

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**НАЦИОНАЛЬНАЯ ПАЛАТА ИННОВАЦИОННОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**



**Национальный клинический протокол  
о порядке проведения искусственного прерывания  
беременности**

**Ташкент 2021г.**

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
**Министр Здравоохранения**  
**Республики Узбекистан**

\_\_\_\_\_ **А.М. Хаджибаев**  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ **20** \_\_\_\_ г.

**Протокол № \_\_\_\_\_**

**«СОГЛАСОВАНО»**  
**Первый заместитель председателя**  
**национальной палаты**  
**инновационного здравоохранения**  
**Республики Узбекистан**

\_\_\_\_\_ **Р.Ш.Изамов**  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ **20** \_\_\_\_ г.

**Протокол № \_\_\_\_\_**

**Национальный клинический протокол**  
**о порядке проведения искусственного прерывания**  
**беременности**

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
Состав рабочей группы по созданию клинического протокола .....	6
Руководитель рабочей группы .....	7
Ответственные исполнитель.....	7
Рецензент.....	7
Методологическая поддержка:.....	7
Цели клинического протокола .....	9
Коды МКБ-10.....	9
Список сокращений.....	9
Категория пациентов.....	11
Целевая группа.....	9
Оценка степени доказательности приводимых рекомендаций.....	10
ГЛАВА 1. Искусственное прерывание беременности и его методы.....	11
1.1. Остановка беременности оперативным вмешательством.....	12
1.2. Расширение цервикального канала .....	13
1.3. Медикаментозное прерывание беременности.....	14
1.4. Осложнения искусственного прерывания беременности .....	15
1.5. Методы контрацепции после проведенного искусственного прерывания беременности .....	17
ГЛАВА 2. Организация проведение искусственного прерывания беременности ...	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
2.1. Общие принципы проведения искусственного прерывания беременности.....	18
2.2. Организация искусственного прерывания беременности на основании медицинских показаний.....	22
2.3. Организация искусственного прерывания беременности при аномалиях развития плода.....	25
ГЛАВА 3. Протоколы проведения искусственного прерывания беременности.....	26
3.1. Протокол проведения искусственного медикаментозного прерывания беременности в сроке до 12 недель.....	28
3.2. Протокол проведения искусственного прерывания беременности оперативным путем в сроке до 12 недель.....	32
3.3. Протокол проведения искусственного медикаментозного прерывания беременности в сроке 12-22 недель.....	39

3.4. Протокол проведения искусственного прерывания беременности оперативным путем в сроке 12-22 недель.....	43
3.5. Протокол проведения искусственного прерывания беременности в сроке после 22 недель.....	48
ГЛАВА 4. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ .....	501
Общий подход к проблемам приверженности.....	501
Признаки неэффективности искусственного прерывания беременности .....	501
ГЛАВА 5. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ .....	523
Критерии качества оказания услуг по прерыванию беременности в медицинском учреждении .....	523
ТАБЛИЦЫ и ПРИЛОЖЕНИЯ .....	55
1-таблица. Методы искусственного прерывания беременности в сроке до 22 недель.....	55
2-таблица. Методы искусственного прерывания беременности в сроке после 22 недель .....	56
Приложение 1. Список медицинских противопоказаний для продления беременности .....	57
Приложение 2. Список социальных показаний для искусственного прерывания беременности .....	70
Приложение 3.	
Приложение 4. Протокол прерывания беременности согласно сроку беременности и методу искусственного прерывания .....	77
Приложение 5. Напоминания для женщин по самоконтролю в период искусственного прерывания и после прерывания.....	83
Приложение 6. Список необходимых документов для искусственного прерывания беременности .....	86
Приложение 7. Показатели отчета для статистического анализа.....	87
Приложение 8. Используемые инструменты и материалы .....	89
Приложение 9. Методы дезинфекции и стерилизации необходимых инструментов для искусственного прерывания беременности .....	91
Приложение 10. Мониторинг обслуживания прерывания беременности путем оперативного вмешательства .....	94
Приложение 11. Анонимный опросник по оценке обслуживания искусственного прерывания беременности .....	96
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	97

## ВВЕДЕНИЕ

Искусственное прерывание нежелательной беременности (аборт) является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин. Всемирная организация здравоохранения признала аборт серьезной проблемой охраны репродуктивного здоровья женщин.

Во всем мире каждая четвертая женщина в течение своей жизни к процедуре прерывания беременности обращается один или несколько раз. Ежегодное число абортов по миру составляет около 56 миллионов, из них 25 миллионов небезопасны, в результате чего 22 000 женщин умирают, что составляет примерно 8% всех случаев материнской смертности.

Проблема абортов, несмотря на установившуюся тенденцию к снижению их числа, по-прежнему требует решения в силу того, что является одной из ведущих причин материнской смерти, воспалительных заболеваний половых органов, бесплодия, а также отрицательно влияет на течение последующих беременностей и родов, увеличивая частоту невынашивания, материнской и перинатальной патологии.

Хирургический аборт, осуществляемый насильственной дилатацией шейки матки и острым кюретажом полости матки, является одной из самых частых причин гинекологических заболеваний, бесплодия и невынашивания беременности. В связи с этим постановлением специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (июнь 1995г.) принято положение: «В условиях, при которых аборт не противоречит законодательству, выполнение аборта должно быть безопасным».

В настоящее время альтернативой хирургическому острому кюретажу является мануальная вакуумная аспирация и медикаментозное прерывание беременности.

В марте 2010 года Всемирный конгресс по проблемам аборта (Лиссабон) признал, что медикаментозный аборт — самая цивилизованная технология прерывания беременности, признанная мировым сообществом. Распространенность абортов, в том числе и небезопасных, во многом определяется законодательной политикой страны. По рекомендациям ВОЗ, медицинские работники обязаны знать и применять на практике основы национального законодательства в отношении абортов и вносить свой вклад в дальнейшее развитие нормативной базы, стратегии и протоколов в целях обеспечения доступности высококачественного обслуживания, предусмотренного действующим законодательством, а также соблюдения прав женщин на гуманное к ним отношение и получение необходимой помощи в условиях конфиденциальности

Проблемы сохранения репродуктивного здоровья населения, планирования семьи и безопасности абортов являются чрезвычайно актуальными для государства. Это подтверждает принятый Министерством здравоохранения республики в 2019 году закон «Об охране репродуктивного здоровья граждан». Одним из его направлений является улучшение качества услуг по охране репродуктивного здоровья, а также безопасное прерывание беременности. На основании закона издан приказ №124 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан «О порядке проведения искусственного прерывания беременности» и разработан данный клинический протокол.

### **Состав рабочей группы по созданию клинического протокола**

1. Садиков М.Ф. – Начальник Главного управления охраны материнства и детства (ГУОМид) Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.
2. Абдусаматова Б.Э. – заместитель начальника ГУОМид Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.
3. Шорустамова Д.Ю. - специалист ГУОМид Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.
4. Пахомова Ж.Е.- д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Ташкентской медицинской академии (ТМА), председатель Ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана (ААГУ).
5. Нажмутдинова Д.К. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ТМА, заместитель председателя ААГУ
6. Курбанбекова Д.С.- к.м.н., врач высшей категории, член правления ААГУ, Многопрофильная клиника ТМА
7. Абдуллаева Л.М. – д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ТМА, член правления ААГУ.
8. Алиева Д.А. – д.м.н., Республиканский специализированный научно-практический центр акушерства и гинекологии (РСНПЦАиГ), член правления ААГУ.
9. Асатова М.Ю. – д.м.н., профессор, зав.кафедрой акушерства, гинекологии и перинатальной медицины Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (ЦРПКМР), член правления ААГУ.
10. Атаниязова А.А. – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Нукусского филиала ТМА, член правления ААГУ.
11. Аюпова Ф.М. – д.м.н., профессор, зав.кафедрой акушерства и гинекологии ТМА, член правления ААГУ.
12. Бабаджанова Г.С, - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ТМА, член правления ААГУ.
13. Ешимбетова Г.З. – д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатальной медицины ЦРПКМР, член правления ААГУ.
14. Закирова Н.И. – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Самаркандского медицинского института(СамМИ), член правления ААГУ.
15. Зуфарова Ш.А. – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Ташкентского педиатрического медицинского института (ТашПМИ), член правления ААГУ.
16. Каримов А.Х. – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ТМА, член правления ААГУ.
17. Каримова Р.Д. – д.м.н., профессор, зав.кафедрой акушерства и гинекологии ЦРПКМР, член правления ААГУ.
18. Каттаходжаева М.Х. – д.м.н., профессор, зав.кафедрой акушерства и гинекологии Ташкентского Стоматологического Института, член правления ААГУ.
19. Курбанов Д.Д. – д.м.н., профессор, зав.кафедрой акушерства и гинекологии ЦРПКМР, член правления ААГУ.
20. Надырханова Н.С. – директор Республиканского специализированного научно-практического центр акушерства и гинекологии (РСНПЦАиГ), член правления ААГУ.
21. Уринбаева Н.А. – д.м.н., директор ТашПМИ, член правления ААГУ.
22. Магзумова Н.М. – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ТМА, член правления ААГУ.
23. Максудова М.М. – врач акушер-гинеколог, Центр Здоровья Женщин, член правления ААГУ.
24. Ниязметов Р.Э. – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ЦРПКМР, член правления ААГУ.
25. Расуль Заде Ю.Г. – д.м.н., профессор кафедры ТашПМИ, член правления ААГУ.
26. Рузиева Н.Х. – д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ТашПМИ, член правления ААГУ.

27. Султанов С.Н. – д.м.н., профессор, научный сотрудник РПЦ, главный врач Центра женского здоровья «Ayolcare», член правления ААГУ.

28. Юсупов У. Ю. – д.м.н., РСНПЦАиГ, член правления ААГУ.

### **Руководитель рабочей группы**

Пахомова Ж.Е. – д.м.н., профессор, председатель ААГУ.

### **Ответственные исполнители**

Курбанбекова Д.С. - к.м.н., врач высшей категории, Многопрофильная клиника ТМА.

### **Рецензенты:**

Родика Комендант – д.м.н., профессор, консультант ВОЗ.

Каримов З.Д. - д.м.н., профессор, директор Городского Перинатального центра (ГПЦ), член правления ААГУ.

Уринбаева Н.А. – д.м.н., директор ТашПМИ, член правления ААГУ.

### **Методологическая поддержка:**

Ядгарова К.Т. - к.м.н., начальник отдела разработки медицинских стандартов и протоколов, Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан.

### **Цели и задачи**

#### **Цель:**

Обеспечить женщинам предоставление качественных услуг с применением безопасных методов по искусственному прерыванию беременности во всех звеньях здравоохранения Республики Узбекистан в соответствии с последними рекомендациями ВОЗ.

#### **Задачи:**

1. Обеспечить лечебные учреждения нормативной и методологической базой для предоставления качественных услуг по искусственному прерыванию беременности.
2. Повысить качество и доступность искусственного прерывания беременности.
3. Обеспечить безопасность методов искусственного прерывания беременности.

### **Коды МКБ-10**

**О06** Аборт неуточненный

**О04** Медицинский аборт

**О07.4** Неудачный медицинский аборт без осложнений

**О03.4** Неполный аборт без осложнений

**О05.4** Неполный аборт без осложнений

**О04.4** Неполный аборт без осложнений

**О06.4** Неполный аборт без осложнений

**О04.9** Полный или неуточненный аборт без осложнений

**О06.9** Полный или неуточненный аборт без осложнений

**О05.9** Полный или неуточненный аборт без осложнений

**О03.9** Полный или неуточненный аборт без осложнений  
**О03** Самопроизвольный аборт  
**О05.2** Неполный аборт, осложнившийся эмболией  
**О03.2** Неполный аборт, осложнившийся эмболией  
**О20.0** Угрожающий аборт  
**О04.2** Неполный аборт, осложнившийся эмболией  
**О06.2** Неполный аборт, осложнившийся эмболией  
**О06.3** Неполный аборт с другими и неуточненными осложнениями  
**О04.3** Неполный аборт с другими и неуточненными осложнениями  
**О04.7** Полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией  
**О05.7** Полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией  
**О07.2** Неудачный медицинский аборт, осложнившийся эмболией  
**О03.7** Полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией  
**О05.3** Неполный аборт с другими и неуточненными осложнениями  
**О03.3** Неполный аборт с другими и неуточненными осложнениями  
**О06.7** Полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией  
**О05.1** Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением  
**О04.8** Полный или неуточненный аборт с другими или неуточненными осложнениями  
**О05.8** Полный или неуточненный аборт с другими или неуточненными осложнениями  
**О06.1** Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением  
**О04.1** Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением  
**О07.3** Неудачный медицинский аборт с другими и неуточненными осложнениями  
**О03.1** Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением  
**О03.8** Полный или неуточненный аборт с другими или неуточненными осложнениями  
**О06.8** Полный или неуточненный аборт с другими или неуточненными осложнениями  
**О06.6** Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением  
**О05.6** Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением  
**О07.1** Неудачный медицинский аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением  
**О04.6** Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением  
**О03.6** Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением  
**О06.0** Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  
**О05.0** Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  
**О03.0** Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  
**О04.0** Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  
**О07.0** Неудачный медицинский аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  
**О06.5** Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  
**О04.5** Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  
**О03.5** Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  
**О05.5** Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов



## Список сокращений

ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВКК	Врачебный консультативный консилиум
ВМС	Внутриматочная спираль
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ВПР	Врожденный порок развития
ВУЗ	Высшие учебные заведения
ДПМ	Дата последней менструации
ЖКТ	Желудочно-кишечный тракт
ИПР	Индукция преждевременных родов
МА	Медикаментозный аборт
МВА	Мануальная вакуумная аспирация
МКБ-10	Международная классификация болезней Десятого пересмотра
НПВС	Нестероидные противовоспалительные средства
ОАК	Общий анализ крови
ПАП-тест	Цитология по Папаникалау
РВА	Ручная вакуумная аспирация
РЭ	Расширение и эвакуация
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ХГ	Хорионический гонадотропин
ХГЧ	Хорионический гонадотропин человеческий
ЦРБ	Центральная районная больница
ЧДД	Частота дыхательных движений
ЭВА	Электрическая вакуумная аспирация
ЭКГ	Электрокардиограмма
HBsAg	Поверхностный антиген вируса гепатита В

## Предназначение клинического протокола

Данный протокол предоставляет методическую помощь врачам, представляющим услуги по прерыванию беременности. Данный протокол не замещает руководство ВОЗ и представляет собой документ, адаптированный в рамках Национальной программы по безопасному искусственному прерыванию беременности в соответствии с последними рекомендациями ВОЗ.

## Категория пациентов

Беременные женщины, желающие прервать беременность до 12 недель;  
Беременные женщины, имеющие медицинские противопоказания для пролонгирования беременности;  
Беременные женщины с социальными показаниями для прерывания беременности.

## Целевая группа:

Организаторы здравоохранения, преподаватели медицинских ВУЗов, колледжей и постдипломного непрерывного образования, акушер-гинекологи, врачи общей практики, врачи узкой специальности, генетики, акушерки, патронажные медсестры. Студенты, клинические ординаторы, магистранты медицинских ВУЗов.

**Оценка степени доказательности приводимых рекомендаций**  
*Шкала уровня достоверности*

<b>Категория доказательств</b>	<b>Источник доказательств</b>	<b>Определение</b>
А	Рандомизированные контролируемые исследования	Доказательства основаны на хорошо спланированных рандомизированных исследованиях, проведенных на достаточном количестве пациентов, необходимом для получения достоверных результатов. Могут быть обоснованно рекомендованы для широкого применения
В	Рандомизированные контролируемые исследования	Доказательства основаны на рандомизированных контролируемых исследованиях, однако количество включенных пациентов недостаточно для достоверного статистического анализа. Рекомендации могут быть распространены на ограниченную популяцию
С	Нерандомизированные клинические исследования	Доказательства основаны на нерандомизированных клинических исследованиях или исследованиях, проведенных на ограниченном количестве пациентов
Д	Мнение экспертов	Доказательства основаны на выработанном группой экспертов консенсусе по определенной проблеме

## ГЛАВА 1. Искусственное прерывание беременности и его методы

### 1.1. Понятие об искусственном прерывании беременности.

**Медицинский аборт** — искусственное прерывание беременности, выполненное медицинским персоналом с соблюдением всех требований метода. Медицинский аборт проводят в медицинском учреждении с информированного согласия женщины и обязательным оформлением соответствующей медицинской документации. Прерывание беременности осуществляются по желанию женщины до 12 недель беременности, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины — независимо от срока беременности.

В мире ежегодно производится от 36 до 53 млн. искусственных прерываний беременности, т.е. каждый год аборт производят 4% всех женщин в возрасте от 15 до 44 лет. Предполагается, что в мире приблизительно каждая четвертая беременность заканчивается искусственным абортом. В значительной степени распространенность абортов в различных странах зависит от доступности и качества служб планирования семьи и полового воспитания населения.

Внедрение методов современной контрацепции снижает частоту абортов, но не может полностью устранить потребность в них, так как ни один из используемых способов не дает стопроцентной гарантии предотвращения беременности. Таким образом, даже в странах с широким распространением контрацепции аборт необходим в качестве крайнего средства в случае несостоятельности примененной контрацепции.

Различные страны имеют отличающиеся рекомендации по методам прерывания беременности, обусловленные различным законодательством, регуляторно-правовой базой, фармаконадзором, наличием на рынке зарегистрированных препаратов, уровнем доступности и качества медико-профилактической помощи населению, стоимостью медицинских услуг.

Аборт является главной причиной гинекологической заболеваемости, с ним связывают риск возникновения ранних осложнений и отдаленного влияния на репродуктивное здоровье. В развивающихся странах риск летального исхода из-за осложнений, вызванных небезопасным абортом, в сотни раз превышает соответствующий риск при квалифицированном выполнении аборта в безопасных условиях.

Важными факторами, которые могут повлиять на риск развития осложнений, являются: вид анестезии, общее состояние здоровья женщины, метод аборта, навыки и подготовка медицинского персонала.

Основными методами искусственного прерывания беременности являются: хирургическое и медикаментозное прерывание беременности.

#### 1.1. Хирургические методы прерывания беременности.

До 90-х годов прошлого столетия основным хирургическим методом прерывания беременности был метод дилатации и кюретажа. Этот метод имеет высокий риск травмы матки и внутренних органов, а также повреждения эндометрия, и на сегодняшний день не используется для прерывания беременности.

Рекомендуемый безопасный хирургический метод прерывания беременности сроком до 15 недель – **вакуумная аспирация**. Высокая эффективность вакуумной аспирации доказана в нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях. Частота полных абортов составляет 95–100%. Электрическая и ручная вакуумная аспирация равноэффективны. Вакуумная аспирация подразумевает эвакуацию содержимого полости матки через пластиковую или металлическую канюлю, подсоединенную к источнику вакуума. При электрической вакуумной аспирации (ЭВА) применяется электрический

вакуумный насос. При ручной вакуумной аспирации (РВА) отрицательное давление создается вручную, при этом пластиковый аспиратор объемом 60 мл, называемый также шприцем, удерживается в руках. Имеющиеся в распоряжении аспираторы снабжены пластиковыми канюлями разного размера – диаметром от 4 до 16 мм. Для каждого вмешательства в зависимости от срока беременности и степени расширения канала шейки матки следует подобрать канюлю соответствующего размера. В зависимости от срока беременности ее прерывание методом вакуумной аспирации занимает от 3 до 10 минут и может проводиться амбулаторно с применением анальгетиков и/или местной анестезии. Полнота эвакуации подтверждается при осмотре аспирированной ткани. На очень ранних сроках беременности канюлю можно вводить без предварительного расширения канала шейки матки. Однако обычно перед введением канюли канал шейки матки расширяют с помощью механических или осмотических расширителей, а также лекарственных средств, таких как Мизопростол или Мифепристон. В большинстве случаев беременность может быть безопасно прервана с помощью вакуумной аспирации без использования кюреток или других инструментов. Большинство женщин, перенесших искусственный аборт в I триместре беременности под местной анестезией, чувствуют себя достаточно хорошо, чтобы покинуть лечебно-профилактическое учреждение после пробуждения и наблюдения в палате в течение примерно 30 минут. После прерывания беременности более поздних сроков при использовании седации или общей анестезии обычно требуется более длительное наблюдение. Вакуумная аспирация – очень безопасная процедура. При анализе 170 000 аборт, выполненных в I триместре беременности с применением вакуумной аспирации в Нью-Йорке, тяжелые осложнения, потребовавшие госпитализации, отмечены менее чем у 0,1% женщин. Осложнения вакуумной аспирации, хотя и редкие, включают инфекции половых органов, кровотечение, повреждение шейки матки, неполный аборт, перфорацию матки, осложнения анестезии и развивающуюся беременность. Схваткообразная боль в животе и кровотечение, как и во время менструации, наблюдаются после любого прерывания беременности.

## **1.2. Расширение канала шейки матки и эвакуация плодного яйца – (расширение и эвакуация (РЭ))**

*Расширение канала шейки матки и эвакуация плодного яйца (РЭ)* применяют после 12–14-й недели беременности. При выполнении квалифицированными опытными медицинскими работниками это наиболее безопасный и эффективный хирургический метод прерывания беременности поздних сроков. РЭ требует подготовки шейки матки с помощью осмотических расширителей или лекарственных средств. Для эвакуации содержимого полости матки применяют ЭВА, канюли диаметром 12–16 мм и абортцанг. В зависимости от срока беременности достаточное расширение канала шейки матки требует от 2 часов до 2 дней. Многие медицинские работники считают полезным выполнять РЭ под ультразвуковым контролем, однако он необязателен. По данным рандомизированных контролируемых исследований по сравнению РЭ с интраамниальным введением простагландина PGE<sub>2</sub>, РЭ – более быстрый, безопасный и приемлемый метод прерывания беременности сроком по крайней мере до 18 недель. Чтобы безопасно выполнять РЭ, как и любое другое вмешательство, медицинские работники нуждаются в обучении, оборудовании и навыках. РЭ можно выполнять амбулаторно с применением парацервикальной анестезии и нестероидных противовоспалительных средств или седации. Общая анестезия не требуется, так как повышает риск вмешательства. РЭ обычно занимает не более 30 минут. Персонал и женщины должны ожидать более обильное кровотечение, чем после аборта в I триместре беременности. Персонал должен быть обучен консультированию и предоставлению информации об абортах во II триместре беременности.

**Немедленное исследование тканей, удаленных из полости матки,** после хирургического аборта необходимо для исключения внематочной беременности и оценки полноты аборта. После вакуумной аспирации обученные медицинские работники могут визуально определять ворсины хориона и плодное яйцо при сроках с 6-й недели беременности. Если эвакуированная ткань их не содержит, следует думать о внематочной беременности и проводить дальнейшее обследование. Кроме того, медицинские работники должны знать, как выглядит удаленная ткань при пузырьном заносе. Если объем удаленной ткани меньше ожидаемого, следует думать о неполном аборте и необходимости повторной эвакуации. Если осмотр удаленных тканей выполняют обученные медицинские работники при каждом хирургическом аборте, то проводить их гистологическое исследование во всех случаях не нужно.

### **1.3. Медикаментозные методы искусственного прерывания беременности.**

Медикаментозные методы прерывания беременности безопасны и эффективны. Режимы медикаментозного прерывания беременности включают назначение Мифепристона - блокатора прогестероновых рецепторов, который препятствует действию прогестерона, нарушая тем самым развитие беременности, в комбинации с последующим применением синтетического аналога простагландина (обычно Мизопростол), который усиливает сокращения матки и способствует изгнанию плодного яйца. Аналог простагландина Гемепрост сходен с Мизопростолом, но дороже, требует замораживания и может назначаться только интравагинально.

Таким образом, хотя показано, что эффективность Гемепроста и Мизопростол одинакова, препаратом выбора для искусственного аборта среди аналогов простагландинов является Мизопростол. Проявления медикаментозного аборта аналогичны проявлениям самопроизвольного аборта и включают схваткообразную боль, обусловленную сокращениями матки, и длительное менструальноподобное кровотечение.

Кровотечение длится в среднем 9 дней, но изредка продолжается до 45 дней. Побочные эффекты включают тошноту, рвоту и диарею. Мифепристон и аналоги простагландинов противопоказаны при острой и хронической надпочечниковой и печеночной недостаточности, наследственных порфириях и аллергии к любому из препаратов. Мифепристон неэффективен при внематочной (эктопик) беременности. Подозрение на внематочную беременность требует обследования и при подтверждении диагноза - немедленного лечения. Осторожность и индивидуальный подход необходимы при длительном приеме глюкокортикоидов, нарушениях гемостаза, тяжелой анемии, сердечно-сосудистых заболеваниях и факторах их риска.

Доказано, что медикаментозные методы прерывания беременности приемлемы в разных условиях, в том числе при ограниченных ресурсах. Комбинация Мифепристона и Мизопростол для медикаментозного аборта сейчас включена в перечень основных лекарственных средств ВОЗ. Поскольку эти препараты становятся все более доступными, руководители программ должны знать, что требуется включить в перечень предоставляемых медицинских услуг при медикаментозных методах прерывания беременности

### **1.4. Лечение осложнений искусственного аборта.**

Если искусственный аборт выполняется соответствующим образом обученным персоналом в условиях, отвечающих современным санитарно-гигиеническим требованиям, осложнения наблюдаются крайне редко, а риск смерти ничтожно мал. Средства и навыки, необходимые для лечения большинства осложнений аборта, аналогичны таковым для лечения самопроизвольного аборта (выкидыша).

**Развивающаяся беременность.** Неэффективное прерывание беременности возможно при использовании как медикаментозных, так и хирургических методов, хотя чаще бывает при

медикаментозном аборте. При наличии признаков развивающейся беременности женщине предлагают как можно быстрее эвакуировать плодное яйцо из матки.

**Неполный аборт** - редкое осложнение вакуумной аспирации, если ее выполняет квалифицированный медицинский работник. Такой аборт чаще бывает при медикаментозном прерывании беременности. Основные симптомы включают кровотечение из влагалища и боль в животе, возможны клинические проявления присоединившейся инфекции. При неполном аборте возможны как вакуумная аспирация, так и назначение Мизопростола. При сравнении вакуумной аспирации и применения Мизопростола при неполном самопроизвольном аборте (выкидыше), когда размеры матки на момент лечения не превышают таковые при сроке беременности 13 недель, не было отмечено различий в частоте полного аборта и осложнений. Тактика лечения неполного аборта должна основываться на клиническом состоянии женщины и ее предпочтениях.

**Кровотечение** может быть обусловлено задержкой остатков плодного яйца в полости матки, травмой или повреждением шейки матки, коагулопатией или, в редких случаях, перфорацией матки. В зависимости от причины кровотечения лечение может включать повторную эвакуацию и назначение утеротонических средств для остановки кровотечения, инфузионную терапию и, в тяжелых случаях, переливание компонентов крови, факторов свертывания, лапароскопию или лапаротомию. Вследствие низкой частоты кровотечения после вакуумной аспирации утеротонические средства обычно не используют, хотя они могут быть показаны при РЭ. Длительное менструальноподобное кровотечение – ожидаемое следствие медикаментозного аборта. Как правило, кровянистые выделения постепенно уменьшаются в течение примерно 2 недель после медикаментозного аборта, но в отдельных случаях могут сохраняться до 45 дней. Кровотечение редко бывает настолько обильным, чтобы представлять собой неотложное состояние. Хирургическое удаление содержимого полости матки может выполняться по требованию женщины, при длительном или обильном кровотечении, вызывающем анемию, либо при признаках инфекционного осложнения.

**Инфекционные осложнения** после надлежащим образом выполненного искусственного аборта редки. Однако открытый канал шейки матки после аборта или родов способствует восходящей инфекции половых органов. Клиническая картина обычно включает лихорадку или озноб, выделения из влагалища или канала шейки матки с неприятным запахом, боль в животе, в том числе внизу живота, длительное кровотечение или кровянистые выделения из влагалища, болезненность при пальпации матки и/или лейкоцитоз. При подтверждении диагноза показана антибактериальная терапия, при подозрении на задержку остатков плодного яйца в полости матки – повторная эвакуация ее содержимого. В тяжелых случаях может потребоваться госпитализация. Антибактериальная профилактика снижает риск инфекционных осложнений хирургического аборта, поэтому ее следует по возможности проводить. Данные о частоте клинически значимых инфекций матки и ее придатков после медикаментозного аборта немногочисленны. Однако наблюдаются они редко и, возможно, реже, чем после вакуумной аспирации. Многие клинические проявления инфекций матки и ее придатков, например, боль, достаточно неспецифичны, что затрудняет диагностику. При боли внизу живота, болезненности при пальпации живота и придатков матки, выделениях из влагалища и лихорадке показано назначение антибактериальных средств широкого спектра действия.

**Перфорация матки** обычно протекает незамеченной, а дефект заживает самостоятельно, без лечения. При изучении результатов одномоментных искусственного аборта в I триместре беременности и лапароскопической стерилизации более чем у 700 женщин показано, что в 12 из 14 случаев дефект матки была настолько мал, что не был бы выявлен, если бы не выполнили лапароскопию. При подозрении на перфорацию матки все, что может быть нужно – это наблюдение и антибактериальное лечение. Диагностическим методом выбора является лапароскопия (при наличии и необходимости). Если по данным лапароскопии и/или с учетом состояния женщины, предполагается повреждение кишечной



петли, крупных кровеносных сосудов или других структур, может потребоваться лапаротомия для устранения повреждений.

**Осложнения анестезии.** Местная анестезия безопаснее общей как при вакуумной аспирации в I, так и при РЭ во II триместре беременности. Если применяется общая анестезия, персонал должен быть обучен лечению сердечно-легочной реанимации. В местах, где применяются наркотические анальгетики, должны быть легкодоступны их антидоты.

**Разрыв матки** – редкое осложнение. Его риск выше при прерывании беременности поздних сроков и при наличии рубца на матке. Однако разрыв матки описан и в отсутствие этих факторов риска. По данным метаанализа, риск разрыва матки при применении Мизопростола для аборта во II триместре беременности у женщин с кесаревым сечением в анамнезе составляет 0,28%.

**Отдаленные последствия.** У подавляющего большинства женщин надлежащим образом проведенный искусственный аборт не имеет отдаленных последствий для здоровья в целом и репродуктивного здоровья в частности. Исследования не выявили негативного влияния безопасного искусственного аборта в I триместре беременности на течение последующих беременностей. Отрицательные психологические последствия отмечаются у очень небольшого числа женщин и скорее являются продолжением предсуществующих обстоятельств, чем результатом искусственного аборта.

### **1.6. Методы контрацепции после искусственного прерывания беременности.**

Предотвращение повторной нежелательной беременности является необходимой составляющей качественного оказания медицинской помощи женщинам при аборте.

Применение «гормональной реабилитации» с помощью КОК после медикаментозного аборта не имеет научного обоснования, так как синтез гонадотропных и стероидных гормонов в послеабортном периоде не изменяется, а овуляция наступает уже в цикле прерывания беременности на 2-3-й неделе после приема Мифепристона у 55% женщин, в следующем цикле - у 85%, т.е. на уровне популяции.

Исследования, проведенные в последние годы, свидетельствуют о том, что контрацепция после аборта должна быть начата как можно раньше - сразу после прерывания беременности. Это способствует увеличению количества пользователей надежной контрацепцией и повышению приверженности, т.е. более продолжительному использованию контрацепции по сравнению с отсроченным введением.

Исследованиями было показано, что, если женщина не начала использовать контрацепцию сразу после аборта, то:

выбор метода контрацепции рекомендуется выполнять на основе метода ИНФОРМИРОВАННОГО ВЫБОРА, который предполагает самостоятельный выбор метода пациенткой в соответствии с ее потребностями и ожиданиями на основании информации, предоставленной врачом и последующей оценкой приемлемости выбранного метода в соответствии с критериями ВОЗ.

Качественное консультирование - это фактор высокой приверженности, так как те, кто доволен выбранным методом, используют его в течение более длительного времени.

«Первая линия» контрацепции для большинства женщин, в том числе после родов и после аборта (в том числе для подростков): пролонгированные обратимые методы - Long-Acting Reversible Contraception (англ., LARC) - имплантат, ВМС, внутримышечная инъекция, вагинальное кольцо (уровень доказательности рекомендаций - А).

КОК также является приемлемым методом контрацепции после аборта, если женщина выбрала этот метод.

Сроки начала применения контрацептивов приводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ, 2012 г.:

**ВМС.** В отношении ВМС при медикаментозном аборте рекомендуется их введение между 9 и 14 днем после приема Мифепристона (в день контрольного осмотра). Возможно также введение между 3 и 9 днями, если есть уверенность, что аборт произошел. Никакого дополнительного метода не требуется.

Объем кровотечения, частота экспульсии и интенсивность болевых ощущений при выборе ВМС существенно не отличаются между группами с немедленным и отсроченным (через 4 недели) введением ВМС. Также не было зарегистрировано беременностей, перфорации или случаев воспалительных заболеваний тазовых органов. Кроме этого, преимуществом немедленного введения ВМС отмечалась безболезненность процедуры. Особо подчеркивается, что качество консультирования по вопросу принятия решения о контрацепции имеет решающее значение в выборе имплантата или ВМС и сроков их введения.

Соблюдение данных рекомендаций демонстрирует значительно более низкий процент повторных абортов.

**Гормональные контрацептивы.** В случае наличия противопоказаний для использования средств длительного действия, или предпочтении женщиной КОК, пластыря или влагалищного кольца, их следует начать принимать в день приема Мифепристона (или через 2-3 дня, но не позднее 5-го дня).

При использовании сразу после приема Мифепристона/Мизопростола гормональных контрацептивов отсутствуют различия:

- В частоте полного аборта
- Сроков экспульсии плодного яйца
- Количестве осложнений
- Длительности и объеме кровотечения.

<u>Метод</u>	<u>Когда начать</u>
<b>Гормональная контрацепция (таблетки (КОК), кольцо, пластырь, инъекционные препараты, импланты)</b>	В день выполнения аборта или в день приема <i>Мифепристона</i> (Мизопростола)
<b>ВМС</b>	В день контрольного осмотра ( <i>между 9 и 14 днем</i> ), убедившись, что плодного яйца в матке нет
<b>Барьерные методы</b>	При возобновлении половой жизни

1. Искусственное прерывание беременности проводится: по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель; при наличии медицинских показаний, угрожающих жизни беременной, независимо от срока беременности;

при наличии социальных показаний при сроке беременности до 22 недель.

2. Искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности, показаний и противопоказаний может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода.

3. Выбор метода искусственного прерывания беременности осуществляется с учетом срока и предпочтений женщины. При наличии других противопоказаний (заболевания и состояния, при которых прерывание беременности угрожает жизни или наносит серьезный ущерб здоровью) этот вопрос решается индивидуально консилиумом врачей.



4. Рекомендуемыми методами искусственного прерывания беременности являются( Таблица№1):

при медикаментозным методе: использование Мифепристона в комбинации с простагландинами;

при хирургическом методе: вакуумная аспирация – электрическая (далее - ЭВА) или мануальная (далее -МВА) для прерывания до 12-14 недель беременности, расширение и эвакуация плодного яйца после 12 недель.

В связи с более низкой частотой возникновения осложнений, вакуумная аспирация (ЭВА или МВА) рекомендуется для хирургического прерывания беременности до 12–14 недель. Дополнять ее выскабливанием (кюретаж) полости матки не следует. Расширение канала шейки матки и выскабливание (кюретаж) (РВ), если оно еще используется для прерывания беременности, рекомендуется заменить вакуумной аспирацией. (Настоятельность рекомендаций ВОЗ: высокая).

5. Искусственное прерывание беременности проводится в амбулаторных и стационарных условиях в зависимости от срока беременности:

медикаментозное прерывание беременности до 84 дней аменореи (до 12 недель) проводится в амбулаторно-поликлинических условиях;

хирургическое прерывание беременности до 12 недель проводится в амбулаторно-поликлинических условиях при акушерско-гинекологических клиниках.

7.Искусственное прерывание беременности сроком до 12 недель при наличии сопутствующих болезней у женщины (с повышенным риском) или по медицинским показаниям осуществляется только в гинекологическом отделении клиники независимо от метода прерывания.

медикаментозное прерывание беременности с 85 дней аменореи (с 12 недель) до 22 недель проводится в гинекологическом отделении клиники;

искусственное прерывание беременности после 22 недель проводится в акушерском отделении стационара.

8. В частных медицинских учреждениях искусственное прерывание беременности проводится до 12 недель беременности по желанию женщины, с обязательным соблюдением всех рекомендаций данного Положения, и с предоставлением статистических отчетов по абортам в Министерство Здравоохранения.

9. Консультирование по медикаментозному и хирургическому (МВА или ЭВА или РЭ) аборту обязаны проводить врачи акушер-гинекологи, врачи общей практики (ВОП), акушерки и патронажные сестры (настоятельная рекомендация ВОЗ - высокая)

10. Обязательную специальную подготовку и сертификацию врачи акушер-гинекологи должны проходить только для выполнения хирургического прерывания беременности после 12 недель (настоятельная рекомендация ВОЗ – высокая).

11. Обучение врачей общей практики, магистров, клинических ординаторов, медсестр высшего образования по всем методам прерывания беременности (МВА, ЭВА и медикаментозного прерывания) проводится в медицинских ВУЗах до и постдипломного образования (настоятельная рекомендация ВОЗ - высокая).

12. Применение дилатации и кюретажа как для прерывания беременности, так для лечения самопроизвольных прерываний или осложнений МА в дальнейшем не рекомендуется (настоятельная рекомендация ВОЗ - высокая).

13. При прерывании беременности до 12 недель лекарственные препараты: Мифепристон и Мизопропрост выдаются клиникой на платной основе или их приобретает сама женщина по рецепту в аптеке. При прерывании беременности по медицинским и социальным показаниям, а также женщинам из социально уязвимых групп и подростков, препараты выдаются в медицинских учреждениях на бесплатной основе.

14. В объем квалифицированной медицинской помощи при искусственном прерывании беременности входит консультирование, информированное согласие,

обследование с целью установления срока, психологическая поддержка женщины, адекватное обезболивание, послеабортная контрацепция с соблюдением принципов конфиденциальности. Обязательно обеспечение приватности и уважительное отношение к достоинству пациентки.

15. Для первичной консультации, обследования и искусственного прерывания беременности женщина может обратиться в семейную поликлинику по месту жительства (или прописки) или в частные медицинские учреждения. Врач ВОП или врач акушер-гинеколог проводит необходимое обследование для определения срока беременности, оценки состояния здоровья и консультирование по методам искусственного прерывания беременности.

16. Консультированием должен заниматься профессионально подготовленный специалист. Для проведения эффективного консультирования рекомендуется иметь:

образовательные визуальные и письменные материалы для женщин, содержащие описание процессов медикаментозного аборта и вакуум-аспирации, методы контрацепции; памятка с инструкцией по дальнейшему самонаблюдению; бланк информированного согласия;

Во время консультирования женщина информируется о существующих методах искусственного прерывания беременности, приемлемых для определенного срока беременности, и о предоставлении права выбора метода прерывания беременности самой женщине. Женщина должна располагать достаточным временем для принятия решения, даже если для этого потребуется повторное посещение клиники спустя какое-то время. В любом случае в процессе беседы важно, чтобы женщина поняла, какой метод ей больше подходит и является безопасным, и что безопаснее и эффективнее делать аборт при малом сроке беременности.

Также нужно осветить следующие вопросы:

- какие методы обследования нужно пройти, для чего они необходимы;
- какие действия будут предприниматься во время и после выполнения аборта;
- какие неудобства будет испытывать женщина (например, ноющие или схваткообразные боли внизу живота и обильные кровотечения);
- сколько времени займет сама процедура;
- какими болеутоляющими средствами и методами она сможет воспользоваться;
- какой риск и осложнения могут быть обусловлены применением того или иного метода аборта;
- через какое время она сможет возобновить привычный образ жизни, в том числе половую жизнь;
- в чем будет выражаться последующее наблюдение после аборта;
- о методах контрацепции
- должен быть обеспечен быстрый доступ к специалисту, способному ответить на вопросы и оказать необходимую помощь и уход;
- при необходимости обеспечить дополнительное консультирование женщины по другим существующим гинекологическим проблемам;

17. Объем обследования для проведения искусственного прерывания беременности включает следующее:

**Сбор анамнеза.** Необходимо тщательно собирать соматический, акушерско-гинекологический, эпидемиологический анамнез, выяснить наследственные болезни, менструальную функцию, течение и исход предыдущих беременностей. Следует выяснить нарушения гемостаза и склонность к кровоточивости, наличие инфекций, передаваемых половым путем, перенесенные заболевания и оперативные вмешательства, аллергические реакции, длительный прием определенных лекарственных препаратов (кортикостероиды,

антикоагулянты), оценить вероятность насилия и принуждение, а также физические и психические проблемы со здоровьем.

**Установление факта наступления и определение срока беременности:**

- срок от первого дня последней менструации;
- гинекологический осмотр с бимануальным исследованием размеров матки.
- тест на беременность по моче (ХГЧ), если женщина проводила дома, и/или количественное определение ХГЧ в крови (или моче) при подозрении на внематочную или неразвивающуюся беременность;
- ультразвуковое исследование органов малого таза всем женщинам необязательно. Если ультразвуковое исследование доступно, его можно провести при несоответствии размеров матки при бимануальном исследовании с целью исключения внематочной беременности, пороков развития матки, опухоли матки и придатков, неразвивающейся беременности и пузырного заноса.

Гемодинамические показатели (например, артериальное давление, пульс и температура тела) отслеживаются в обязательном порядке.

Определение гематокрита и уровня гемоглобина осуществляется у женщин с наличием анемии в анамнезе или с симптомами выраженной анемии.

Группу крови и резус-фактор определяют женщинам, готовящимся пройти процедуру прерывания беременности в случае, если соответствующие сведения неизвестны и по ним отсутствует документальное подтверждение.

При наличии клинических признаков заболеваний и состояний, которые могут оказать влияние на течение и исход аборта, могут быть назначены иные лабораторные исследования.

Наличие инфекционных заболеваний половых органов определяется на основании клинических признаков во время осмотра в зеркалах. При необходимости проводится скрининг заболеваний, передающихся половым путем, до проведения добровольного прерывания беременности после разъяснения пациентке его необходимости и получения ее информированного согласия.

Предложение женщине пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию необязательно. Если женщина согласна, тестирование проводится после получения информированного согласия в условиях строгой конфиденциальности.

Обращение женщины за прерыванием беременности может оказаться подходящим случаем для оценки возможной патологии шейки матки. Цитологический анализ шейки матки проводится женщинам, не проходившим данный тест в течение последних 3-х лет. В случае проведения цитологического анализа в момент прерывания беременности женщине необходимо сообщить его результат.

При обращении женщины по поводу проведения прерывания беременности необходимо, чтобы врач выявил и иные медицинские потребности, особенно те, что связаны с репродуктивным здоровьем, либо социальные особенности (насилие, торговля людьми, наличие заболеваний, передающихся половым путем и т.д.), и предоставил женщине рекомендации или направление на лечение в профильную специализированную помощь с целью решения выявленных потребностей

18. При хирургическом методе всем женщинам, независимо от риска воспалительных заболеваний половых органов, должна быть проведена надлежащая антибиотикопрофилактика

19. При выявлении у беременной женщины острых и подострых воспалительных процессов или инфекционных заболеваний любой локализации, включая женские половые органы, желательно отложить прерывание беременности до их излечения, но учитывать при этом срок беременности. Можно также выполнить аборт, одновременно с назначением антибактериальной терапии

20. Каждая женщина, проходящая процедуру прерывания беременности, в

обязательном порядке должна подписать до проведения процедуры информированное согласие о том, что принятое ею решение прервать беременность носит добровольный характер, а также подтверждение тому, что она понимает суть процедуры и существующих альтернатив, возможных рисков, преимуществ и осложнений. Подписанное пациенткой информированное согласие прилагается к соответствующей медицинской карте (Приложение 3).

21. При проведении искусственного прерывания беременности (как при медикаментозном, так и при хирургическом аборте) всем женщинам следует предлагать обезболивание (вербальное, местное, применение анальгетиков, седацию, общую анестезию). Выбор метода обезболивания принадлежит женщине. Однако проводить хирургический аборт под общей анестезией всем женщинам не рекомендуется, поскольку это сопряжено с более высоким риском осложнений.

22. После проведения искусственного прерывания беременности женщине выдаются медицинские документы соответствующего образца: справка о проведении аборта, при необходимости больничный лист, справка для учащихся.

23. После искусственного прерывания беременности каждой женщине предоставляется необходимая информация о возможных осложнениях, симптомах, требующих срочного обращения к врачу, о режиме и гигиенических мероприятиях (в том числе о возвращении фертильности в течении 7-10 дней). Даются рекомендации по профилактике осложнений, а также по предупреждению нежелательной беременности. По мере возможности следует дать женщине номер телефона, по которому она может позвонить в случае сомнений и задать вопросы.

24. При возникновении осложнений после проведенного искусственного прерывания беременности в экстренном порядке медицинская помощь оказывается по месту обращения пациентки (в гинекологическом отделении).

25. При возникновении необходимости госпитализации после проведенного искусственного прерывания беременности:

в амбулаторно-поликлинических условиях: пациентка направляется в гинекологическое отделение стационара в радиусе обслуживания поликлиники;

в частных медицинских учреждениях, имеющих лицензию для данной услуги, при невозможности оказания медицинской помощи пациентка направляется в гинекологическое отделение стационара, с которым заключен договор о сотрудничестве.

26. Выбор контрацепции осуществляется с учетом показаний, противопоказаний, предпочтений женщины и с учетом критерий приемлемости ВОЗ.

## **2.2. Организация оказания услуг по искусственному прерыванию беременности с 12 недель до 22 недель беременности.**

1. Искусственное прерывание беременности с 12 до 22 недель проводится строго в стационарных условиях по медицинским и социальным показаниям.

2. Выбор метода искусственного прерывания беременности осуществляется с учетом ее срока, показаний и противопоказаний, а также предпочтений женщины. При наличии других противопоказаний (заболевания, состояния, при которых прерывание беременности угрожает жизни или наносит серьезный ущерб здоровью) этот вопрос решается консилиумом врачей в каждом отдельном случае.

3. Рекомендуемыми методами искусственного прерывания беременности с 12 до 22 недель являются (Таблица №1):

**А. Медикаментозный метод:** использование Мифепристона в комбинации с Мизопростолом и/или только Мизопростолом в соответствии со сроками и схемами по рекомендуемому ниже стандартам;

**В. Хирургический метод:** до 14 нед - вакуумная мануальная (или электрическая) аспирация; с 14 до 22 недель - расширение и эвакуация (РЭ) с предварительной подготовкой шейки матки;

По возможности предпочтение следует отдавать медикаментозному аборту.

4. Методов внутриматочной инъекции или инстилляции следует избегать, так как они менее эффективны и приводят к большим осложнениям, чем при применении Мифепристон-Мизопростола или только Мизопростола.

5. Прерывание беременности во втором триместре (12-22 нед.) хирургическим путем должно выполняться обученным сертифицированным врачом акушером-гинекологом.

6. Все хирургические методы прерывания беременности во II триместре (независимо от срока) должны выполняться в условиях акушерско-гинекологических стационаров при наличии операционных и реанимационных отделений.

7. Для проведения искусственного прерывания беременности с 12 до 22 недель оформляется:

в амбулаторно-поликлиническом звене: «Индивидуальная карта беременной и родильницы» (Ф.111-х);

в стационаре: «История болезни» (Ф.003/х);

процедура искусственного прерывания беременности регистрируется в бланках статистической отчетности согласно установленной форме (Ф.066/у).

8. Показания к прерыванию беременности устанавливаются на основании стандарта искусственного прерывания беременности по медицинским, социальным показаниям и перечня медицинских противопоказаний к вынашиванию беременности (Приложение 1,2).

9. Медицинские и социальные показания к искусственному прерыванию беременности устанавливаются в амбулаторно-поликлинических или стационарных условиях:

в амбулаторно-поликлинических условиях показания устанавливаются врачебно-консультативным консилиумом (далее - ВКК) в составе: председателя, заместителя председателя, членов комиссии – врача-акушер-гинеколога, врача-терапевта, врача узкой специальности (при соматической патологии), юриста (при социальных показаниях);

в стационарных условиях показания устанавливаются лечебно-консультативным консилиумом (ЛКК) в составе: заместителя главврача по лечебной работе, заведующего отделения, врача акушер-гинеколога, врача- терапевта (при медицинских показаниях) и юриста (при социальных показаниях).

10. После проведенного консилиума:

ВКК выдает заключение с полным клиническим диагнозом, подписанное всеми членами комиссии и регистрирует его в индивидуальной карте беременной и родильницы (ф.111-х) и в журнале по установленной форме;

при наличии психических или венерических заболеваний документация передается в стационар через медицинских работников;

ЛКК вносит заключение в историю болезни (или историю родов) и регистрирует его в журнале по установленной форме.

11. В первичном амбулаторно-поликлиническом звене беременной при установлении показаний к искусственному прерыванию беременности выдаются следующие документы: заключение ВКК, результаты обследования, заключение юриста (подлинники).

12. В объем квалифицированной медицинской помощи при искусственном прерывании беременности входит консультирование, информирование, обследование, психологическая поддержка женщины, адекватное обезболивание, контрацепция и реабилитация после проведенной процедуры.

13. Перед проведением искусственного прерывания беременности врачами проводится беседа, где дается полная информация о состоянии женщины и внутриутробного плода, методе прерывания и его последствиях. Информированное согласие заполняется собственноручно.

14. После искусственного прерывания беременности (независимо от его метода) женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови в течение последующих 72 часов проводится иммунизация иммуноглобулином антирезус Rho(D) человека в соответствии с инструкцией к препарату.

15. Длительность пребывания в стационаре после операции искусственного прерывания беременности определяется врачом акушером-гинекологом, терапевтом в зависимости от состояния женщины индивидуально.

16. При выписке из стационара по медицинским показаниям выдается больничный лист.

17. Методы обследования для проведения прерывания беременности

**Сбор анамнеза.** Необходимо тщательно собирать соматический, акушерско-гинекологический, эпидемиологический анамнез, выяснить наследственные болезни, течение и исход предыдущих беременностей, перенесенные заболевания и оперативные вмешательства, аллергические реакции, длительный прием определенных лекарственных препаратов (кортикостероиды, антикоагулянты), а также физические и психические проблемы со здоровьем.

**Срок беременности устанавливается** по следующим показателям:

Время от первого дня последней менструации;

акушерско-гинекологический осмотр;

ультразвуковое исследование органов беременности.

**Физикальное обследование:** пульс, артериальное давление, частота дыхания, температура тела;

Акушерско-гинекологический осмотр: наружный осмотр и осмотр в зеркалах и вагинальное исследование;

Необходимо установить срок беременности, исключить многоплодную беременность и фиброму матки, выслушать сердцебиение плода.

**Лабораторные исследования:**

Общий анализ крови, коагулограмма по показаниям, группа крови и резус-фактор.

Дополнительные лабораторные исследования назначаются при наличии соматической патологии или инфекции половых путей.

Ультразвуковая диагностика: Ультразвуковое обследование проводится рутинно до и после прерывания беременности

## 18. Консультирование

Консультирование должно быть добровольным, проходить в конфиденциальной обстановке, и этим должен заниматься профессионально подготовленный специалист (врач акушер-гинеколог).

Во время консультирования женщина информируется о существующих методах искусственного прерывания беременности, приемлемых для определенного срока беременности и о том, что право выбора метода прерывания беременности предоставляется ей самой. Женщине необходимо разъяснить порядок (технику) выполнения аборта с прояснением таких вопросов:

какие методы прерывания беременности существуют для ее срока беременности, их преимущества и недостатки;

о возможных побочных эффектах и осложнениях выбранного ею метода прерывания;

какие обследования нужно пройти, для чего они необходимы;

какие действия будут предприниматься во время и после выполнения прерывания беременности;

какие неудобства будет испытывать женщина (например, ноющие или схваткообразные боли внизу живота, кровотечение и пр.);

сколько времени займет сама процедура;

какими болеутоляющими средствами и методами она сможет воспользоваться; какой риск и осложнения могут быть обусловлены применением того или иного метода прерывания;

через какое время она сможет возобновить привычный образ жизни, в том числе половую жизнь;

в чем будет выражаться последующее наблюдение после прерывания.

Отмечено, что чем более подробно проведено консультирование и достигнутое женщиной понимание сути процесса, тем выше эффективность проводимой процедуры.

#### **19. Информированное согласие**

Перед проведением искусственного прерывания беременности необходимо получить информированное согласие у женщины по следующим пунктам:

Согласна прервать беременность в данном сроке в связи с наличием у нее медицинского или социального показания.

Будет соблюдать все пункты протокола процедуры прерывания беременности.

Ознакомлена с побочными эффектами лекарственных препаратов при МА, а также с возможными осложнениями выбранного ею метода прерывания.

Согласна находиться в клинике до завершения прерывания беременности.

Согласна при необходимости вернуться в клинику на контрольное обследование.

Согласна при необходимости прибегнуть к хирургическому вмешательству при МА.

20. После полного изгнания плода и плаценты через 2 часа проводится контрольное обследование. При подтверждении полного индуцированного прерывания беременности женщина может быть выписана домой, если она соматически здорова, а прерывание беременности было проведено из-за ВПР или по социальным показаниям.

21. Если прерывание беременности было проведено по медицинским показаниям, женщина остается в стационаре до стабилизации состояния. Выписка осуществляется совместно с врачом терапевтом и акушер-гинекологом. Дальнейшее наблюдение этих женщин будет проводиться в семейных поликлиниках по месту жительства.

22. Необходимо обеспечить тесный контакт с медицинским персоналом лечебного учреждения по телефону для получения консультации или поликлиники по месту жительства, а также наблюдение патронажной медсестры (при медицинских показаниях).

23. Женщина должна быть четко проинформирована о том, что при необходимости следует обратиться за неотложной медицинской помощью.

24. Женщин, имеющих медицинские противопоказания для пролонгирования беременности, после прерывания необходимо взять на диспансерный учет по месту жительства (или прописки) и провести с ними программу по оздоровлению.

#### ***2.3. Организация проведения искусственного прерывания беременности при наличии аномалии развития плода.***

1. При выявлении методами пренатальной диагностики (ультразвуковое исследование, МРТ плода, специализированная нейросонография/эхокардиография, пренатальное кариотипирование, молекулярная диагностика) врожденных синдромов и/или аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни и/или приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов последующего эффективного лечения показано проведение перинатального консилиума в целях решения вопроса о целесообразности, показаниях и противопоказаниях для искусственного прерывания беременности независимо от срока беременности

2. Пренатальный консилиум - это комиссия, состоящая из высококвалифицированных специалистов, формирующаяся в центральных районных поликлиниках, акушерско-гинекологических стационарах на основании приказа руководителя. В состав пренатального консилиума входят: заведующий отделения, врач акушер-гинеколог, ВОП,

врач-неонатолог, врач ультразвуковой диагностики, при необходимости узкие специалисты и(или) юрист.

3. Задача пренатального консилиума - установить показания и противопоказания к пролонгированию беременности, а в случае ВПР - определить прогноз и тактику ведения беременности.
4. Результатом проведения перинатального консилиума являются окончательный диагноз и заключение. Заключение консилиума подписывается всеми членами консилиума, утверждается подписью руководителя медицинской организации и заверяется ее печатью. Беременной женщине предлагается заверить заключение консилиума собственноручной подписью и получить информированное согласие ее самой и мужа.
5. Заключение консилиума составляется в трех экземплярах (один остается в медицинской организации, в которой проведен перинатальный консилиум, второй и третий выдаются беременной женщине для предоставления в медицинские организации, осуществляющие антенатальное наблюдение и последующую медицинскую помощь) и направление для госпитализации в стационар (на срок не более 5 рабочих дней).
6. В случае установления пренатального диагноза (врожденных пороков развития (ВПР) или хромосомных нарушений у плода) беременной выдается заключение с полным клиническим диагнозом и прогнозом данной беременности на основании Приказа министра здравоохранения Республики Узбекистан от 17 июля 2018 года «Об утверждении Положения о порядке предупреждения рождения детей с врожденными дефектами, несовместимыми со здоровьем и жизнью плода» №40-А (Национальная база данных законодательства, 01.08.2018 г., 10/18/3047/1605).
7. При проведении перинатального консилиума в том медицинском учреждении, где будет осуществлено искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям, создается врачебная комиссия. Персональный состав комиссии и порядок ее деятельности определяется руководителем медицинской организации. При подтверждении показаний и определении метода искусственного прерывания беременности с учетом противопоказаний Комиссией утверждается заключение, заверенное подписями членов Комиссии и печатью медицинской организации.
8. Лечащий врач предоставляет беременной женщине и ее родственникам информацию о результатах обследования, наличии у матери соматической патологии или ВПР у плода, разъясняет прогноз для здоровья и жизни матери или новорожденного, методы лечения, связанные с ними риски, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия и результаты проведенного лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.
9. При хромосомных нарушениях и(или) врожденных пороках развития у плода с прогнозом, неблагоприятным или несовместимым для жизни и здоровья ребенка, показано прерывание беременности по медицинским показаниям.
10. При наличии патологии плода, совместимой с жизнью ребенка, но приводящей к инвалидности, на основании решения пренатального консилиума проводится информирование беременной, ее мужа и/или родственников о прогнозе и тактике ведения беременности.
11. Если женщина отказывается прервать беременность из-за наличия тяжелых соматических заболеваний или ВПР у плода, на основании решения пренатального консилиума проводится информирование беременной и ее мужа или родственников о прогнозе и оформляется ее информированный отказ (Приложение 3) от прерывания беременности при ВПР у плода – информированный отказ берется у обоих супругов, и беременность ведется в соответствии с национальными стандартами.

Решение вопроса о сроках искусственного прерывания беременности при ВПР у плода и определение для этого лечебного учреждения соответствующего уровня пренатальный консилиум выносит в соответствии с Приказом министра здравоохранения Республики Узбекистан от 17 июля 2018 года «Об утверждении Положения о порядке



предупреждения рождения детей с врожденными дефектами, несовместимыми со здоровьем и жизнью плода» №40-А (Национальная база данных законодательства, 01.08.2018 г., 10/18/3047/1605).

12. При наличии у плода ВПР, сочетающихся с хромосомными аномалиями или наличии множественных ВПР, в максимально ранние сроки беременности следует провести кариотипирование, ЭХО-кардиографию, магнитно-резонансную томографию плода и медико-генетическое консультирование врача-генетика. Полученные результаты позволяют сделать окончательное заключение о совместимости или несовместимости врожденного порока развития с жизнью плода или новорожденного.
13. При выявлении ВПР, несовместимых с жизнью плода или новорожденного, независимо от срока беременности необходимо провести консультирование и направить на искусственное прерывание беременности в акушерско-гинекологические стационары по месту жительства (или по месту прописки).
14. При выявлении ВПР, совместимых жизнью плода:
  - a. После получения информированного согласия женщины и ее мужа (или родственников) пролонгирование беременности осуществляется по национальным стандартам. Беременная для родоразрешения направляется в перинатальный центр и другие специализированные лечебные учреждения, где могут оказать высококвалифицированную и высокотехнологичную медицинскую помощь плоду и новорожденному;
  - b. При информированном отказе женщины и ее мужа (или родственников) от пролонгирования беременности она направляется на искусственное прерывание беременности:
    - c. при сроке беременности до 21 недель 6 дней - по месту жительства или по месту прописки женщины в гинекологическое отделение родильного дома;
    - d. при сроке беременности 22 и более недель - в перинатальные центры и другие специализированные учреждения родовспоможения, где могут оказать высококвалифицированную и высокотехнологичную медицинскую помощь плоду и новорожденному.
15. Перед направлением на искусственное прерывание беременности пациентка проходит обследование: общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмму, определение основных групп крови и резус-принадлежности, анализ мочи общий, микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, ЭКГ и консультацию терапевта, консультации специалистов при наличии соматических заболеваний.
16. Метод прерывания беременности выбирается в зависимости от срока беременности, общего состояния женщины, с учетом показаний и противопоказаний, а также желания женщины. С беременной и ее родственниками проводится беседа о возможности проведения элиминации плода - пренатальной остановке сердечной деятельности плода при их информированном согласии.
17. Проводится акушерско-гинекологический осмотр, оценка показаний и противопоказаний к методам прерывания беременности в данной ситуации.
18. Прерывание беременности до 22 недель проводится в гинекологическом отделении, а в 22-й недели и более - в родильных отделениях акушерско-гинекологической клиники.
19. Весь материал (плодное яйцо, плод, плацента), полученный во время прерывания беременности по медицинским показаниям, подлежит обязательному патологоанатомическому, генетическому (при ВПР) обследованию.
20. После искусственного прерывания беременности по поводу ВПР и хромосомных нарушений у плода супружеская пара направляется на генетическое обследование в региональный скрининг-центр до наступления следующей беременности.

## ГЛАВА 3. Протоколы проведения искусственного прерывания беременности

### 3.1. Протокол проведения медикаментозного прерывания беременности в первом триместре

#### Описание метода.

Медикаментозное прерывание беременности – это аборт с использованием лекарственных средств, которые вызывают изгнание плодного яйца из полости матки (далее - МА)

Лекарственными средствами для медикаментозного аборта являются Мифепристон с последующим применением Мизопростола (Таблица №1):

Мифепристон – антипрогестерон, который блокирует рецепторы эндометрия, яичника, чувствительные к прогестерону, приводит к отторжению эмбриона, снижению уровня хорионического гонадотропина (ХГ) в крови, лютеолизису, повышению синтеза простагландинов в эндометрии, вызывает активацию сократительной способности миометрия, размягчению и раскрытию шейки матки. Мифепристон выпускается в таблетках по 200мг.

Мизопростол – синтетический аналог простагландина E1, вызывает сокращение матки, способствует размягчению и раскрытию шейки матки, изгнанию плодного яйца из полости матки. Мизопростол выпускается в таблетках по 200 мкг.

Эффективность медицинской процедуры аборта с использованием Мифепристона и Мизопростола составляет 95-98 % до полного изгнания плодного яйца.

ВОЗ рекомендует использование препаратов для МА с гарантийным качеством.

### **Показания.**

Искусственное прерывание беременности до 12 недель по желанию женщины;  
Искусственное прерывание беременности до 12 недель по медицинским показаниям;  
Искусственное прерывание беременности до 12 недель по социальным показаниям;  
Пороки развития матки (двурогая матка, перегородка полости матки);  
Неразвивающаяся беременность до 14 недель;  
Неполный самопроизвольный выкидыш до 13 недель.

### **Противопоказания.**

Подтвержденная или подозреваемая эктопическая беременность;  
Надпочечниковая недостаточность и/или длительное лечение глюкокортикоидами;  
Аллергия в анамнезе на Мифепристон, Мизопропростол или другие простагландины;  
Заболевания крови - наследственная порфирия (редкое генетическое заболевание крови), тяжелая анемия  
Длительная антикоагулянтная терапия;  
Острая почечная или печеночная недостаточность;  
Соматические заболевания в стадии декомпенсации;  
Присутствие внутриматочной спирали (ВМС) в полости матки (необходимо сначала удалить ВМС, после чего проводить МА);  
Пациентки, неспособные воспринимать информацию.

### **Состояния, требующие особой осторожности:**

Отсутствие доступа к получению неотложной медицинской помощи при выполнении МА в амбулаторных условиях (для жительниц отдаленных сельских местностей в радиусе >50 км от ЦРБ)

При отсутствии средств связи и передвижения в амбулаторных условиях срок беременности для прерывания МА следует ограничить до 69 дней, аменореи - до 10 нед..

Кормление грудью при МА можно продолжать. Хотя небольшое количество Мифепристона и Мизопростола могут присутствовать в грудном молоке, никаких побочных эффектов на младенцев и детей выявлено не было. Кормление грудью на 2-4 часа после приема Мизопростола можно прервать.

### **Консультирование**

Пациентке проводят консультирование, во время которой она получает следующие сведения:

- a) Об эффективности, возможных побочных действиях и рисках способа, особенно в отношении вероятности избыточного кровотечения, минимальном тератогенном риске Мизопростола, а также о том, что при неудачном результате медикаментозного способа беременность необходимо будет прервать хирургическим способом;
- b) О возможности при необходимости купировать болевые ощущения во время медикаментозного аборта с помощью нестероидных противовоспалительных препаратов;
- c) порядок приема медикаментов;
- d) симптомы возможных осложнений.

1) Пациентку консультируют по вопросам контрацепции в момент приема Мифепристона (во время первого посещения).

### **Информированное согласие**

Перед проведением искусственного прерывания беременности необходимо получить информированное согласие у женщины (Приложение 3) с прояснением следующих вопросов:

соответствует ли срок беременности, при котором можно делать аборт по желанию женщины;

согласна ли она принимать лекарственные препараты дома самостоятельно;

будет ли женщина выполнять требования, указанные в стандартах проведения прерывания беременности;

согласна ли она при необходимости вернуться в клинику на обследование.

### **Обезболивание**

Вербальная анестезия: необходимость поддержки и внимание близких (словесное обезболивание).

Нестероидные противовоспалительные лекарства (НПВС) - например:

ибупрофен от 400 до 800мг внутрь каждые 3 часа, но не превышающие дозу 3200 мг в сутки;

### **Этапы проведения медикаментозного прерывания беременности до 84 дней аменореи (до 12 недель):**

Мифепристон по 200 мг (1 таблетка) женщина принимает 1 таблетку внутрь у врача в поликлинике или дома (по желанию), фиксируя время приема.

Мизопростол 800мкг (4 таблетки по 200мкг) женщина принимает через 24-48 часов после приема Мифепристона сублингвально (под язык) или трансбуккально (за щеку), рассасывая таблетки в течение 30 минут (или интравагинально). При остатках таблеток в ротовой полости можно принять их внутрь.

Если женщина забыла принять Мизопростол в течение 24-48 часов, то она должна принять его не позднее 72 часов после приема Мифепристона. Если прошло более 72 часов, то метод следует начать заново.

В период приема Мизопростола женщина находится дома.

Контрольный осмотр для подтверждения завершения МА осуществляется не позднее 7-14 дней после проведения процедуры. Если женщина подтверждает полное изгнание плодного яйца, то визит к врачу для подтверждения завершения МА необязателен. В случае отклонения от нормального течения МА женщина может обратиться в клинику в любое время.

На всех этапах проведения МА в амбулаторно-поликлинических условиях пациентка должна иметь возможность контакта со специалистом по МА и медперсоналом поликлиники (телефон и другие средства связи).

При неуверенности и наличии тревоги женщина может принять Мизопростол в поликлинике в присутствии врача и быть под наблюдением в течение 2-3 часов.

МА по медицинским показаниям проводится строго в стационарных условиях.

Результаты проведенного обследования и процедуры искусственного прерывания беременности в амбулаторно-поликлиническом звене заносятся в : «Амбулаторную медицинскую карту» (Ф.025/ь), «Абортную карту» (Ф.003-1). Процедура искусственного прерывания беременности регистрируется в бланках статистической отчетности согласно установленной форме (Ф.066/у).

### **Неразвивающаяся беременность при сроке до 14 недель**

После приема Мифепристона через 24-48 часов принимается Мизопростол 600 мкг (3 таблетки) внутрь или 400мкг под язык. Таблетки рассасывают в течение 30 минут. Их остатки после рассасывания в полости рта можно принять внутрь.

Прерывание неразвивающейся беременности можно проводить без приема Мифепристона, только Мизопростолом по выше указанной схеме.

**При неполном самопроизвольном выкидыше до 13 недель** используется только Мизопростол по 600 мкг ( 3таблетки внутрь (per os)) или 400 мкг (2 таблетки сублингвально).

При проведении МА в амбулаторно-поликлинических условиях врач акушер-гинеколог заполняет протокол проведения МА (Приложение 4) и вносит его в амбулаторную карту, а также выдает женщине ПАМЯТКУ (приложение 5) для самонаблюдения.

**В период изгнания плодного яйца женщина будет отмечать:**

кровянистые выделения из матки такие же, как при нормальной (или обильной) менструации;

схваткообразные боли внизу живота и в пояснице;

тошноту, рвоту и/или диарею;

кратковременное повышение температуры тела и/или иногда озноб.

Все эти симптомы являются нормальным явлением и, как правило, быстро проходят.

#### **Клинические симптомы полного изгнания плодного яйца:**

прекращение болей внизу живота;

резкое уменьшение кровянистых выделений;

гинекологический осмотр: сокращение матки и уменьшение ее в размерах;

формирование или закрытие цервикального канала;

женщина рассказывает о симптомах, подтверждающих аборт

при УЗИ через 2 нед – сформированная полость матки, уменьшение ее размеров,

отсутствие остатков плодного яйца.

В период проведения МА и в течение 2-недель после приема лекарственного препарата необходимо обеспечить тесный контакт с лечебным учреждением по телефону для получения консультации с врачом или патронажной медсестрой.

#### **Послеабортное консультирование и контрацепция.**

Женщине должна быть предоставлена информация по следующим вопросам:

Она может продолжать обычную деятельность: учебу, работу, вождение автомобиля. Следует избегать энергичных действий: тяжелых физических нагрузок, плавания, фитнеса, поднятия тяжестей, верховых поездок и др. в течение не менее 2-х недель.

Применение гигиенических средств: купание только под душем, не рекомендуется купаться в водоёмах, бассейнах, ванной, ходить в сауну; использовать желательны гигиенические прокладки, а не тампоны, особенно в день приема Мизопростола. Спринцевания проводить не рекомендуется.

Некоторым женщинам понадобится вакуумная аспирация для завершения процесса, если медикаменты не были полностью эффективными или при чрезмерном кровотечении.

В связи с риском послеабортной инфекции не рекомендуются сексуальные контакты в течение 7-10 дней.

Информировать женщину о том, что восстановление овуляции может произойти уже спустя 8 дней после приема Мифепристона и есть риск забеременеть.

Объяснить необходимость выбора какого-либо эффективного метода контрацепции и дать точную информацию о приемлемых методах контрацепции в каждом конкретном случае с учётом медицинских критериев .

в день приема Мифепристона или Мизопростола, если нет противопоказаний и женщина согласна, рекомендуется начать прием комбинированных оральных контрацептивов;

Внутриматочная спираль можно установить во время контрольного визита или первой менструации после МА;

женщина должна быть четко проинформирована, куда ей в случае необходимости следует обратиться за неотложной медицинской помощью.

#### **Женщина должна быть проинструктирована, что ей необходимо вернуться в клинику, если она испытывает:**

нарастающие тазовые боли, сильное кровотечение (более 2 больших гигиенических прокладок в час в течение 2 часов подряд;

головокружение / бред в сочетании с сильным кровотечением; внезапное сильное кровотечение спустя две недели или более после приема Мизопростола);

отсутствие или очень слабое кровотечение спустя 48 часов после приема Мизопростола;

лихорадку (если она продолжается более 4 часов или развивается спустя день после приема Мизопростола);

Женщина вправе в любой момент прервать процесс медикаментозного аборта и потребовать хирургического завершения прерывания беременности.

**Последующее наблюдение:**

При проведении прерывания беременности до 12 недель в случае неосложненного МА нет необходимости последующих наблюдений.

**Осложнения медикаментозного прерывания беременности.**

При обращении женщины с наличием каким-либо из осложнений, перечисленных ниже, необходимо осуществить экстренную госпитализацию в гинекологическую клинику для оказания неотложной медицинской помощи.

**Прогрессирующая беременность:**

Частота встречаемости таковой - 0,5% от общего числа проведенных медикаментозных абортов.

Женщине предлагают вакуумную аспирацию или повторное применение Мифепристона и Мизопростола. Данные о риске пороков развития плода при неэффективном медикаментозном аборте немногочисленны и неубедительны. Следовательно, настаивать на прерывании развивающейся беременности, если женщина желает сохранить ее, не нужно. Тем не менее следует информировать женщину, что в связи с тем, что влияние препаратов, вызывающих медикаментозный аборт, на плод неизвестно, ей необходимо наблюдение.

**Неполный аборт:** отсутствие полного опорожнения полости матки от остатков плодного яйца в течение последующих 7-14 дней после приема Мизопростола. Частота встречаемости - 5% от общего числа проведенных медикаментозных абортов.

Лечение: если отсутствуют признаки опасности (лихорадка, обильное кровотечение) - выжидательная тактика.

Можно также предложить повторное назначение дополнительной дозы 600 мкг (3 таблетки) Мизопростола внутрь или 400мкг (2 таблетки) сублингвально. При отказе женщины от дополнительной дозы Мизопростола провести вакуумное хирургическое вмешательство.

**Кровотечение/ большая кровопотеря:** кровянистые выделения из половых путей оцениваются как кровотечение, если женщина использует, как минимум, две больших гигиенических прокладок в час в течение двух часов подряд. Сильное кровотечение, которое бы вызвало клинически значимые изменения гемоглобина, встречается редко. Примерно 1% женщинам потребуется вакуумная аспирация содержимого полости матки с целью остановки кровотечения. Необходимость в переливании крови составляет 0,05% от общего числа проведенных медикаментозных абортов.

Лечение: хирургическое вмешательство при соответствующих показаниях.

**Инфекция:** Инфекция после медикаментозного аборта встречается редко, менее чем 1% от общего числа проведенных медикаментозных абортов.

Лечение: Антибактериальная терапия. При тяжелых формах - госпитализация в гинекологическое отделение.

### 3.2. Протокол проведения хирургического прерывания в первом триместре беременности

#### Описание метода:

Рекомендуемым хирургическим способом прерывания беременности до 12 недель является электрическая или мануальная вакуумная аспирация (МВА) (Таблица №1). Вакуумная аспирация представляет собой предпочтительный способ по сравнению с дилатацией шейки матки и кюретажем полости матки из-за более низкой частоты возникновения осложнений. Она может проводиться на амбулаторном уровне в поликлиниках при акушерско-гинекологических клиниках.

Искусственное прерывание беременности при наличии сопутствующих болезней у женщины (с повышенным риском) или по медицинским показаниям осуществляется только в гинекологическом отделении клиники.

Подготовка шейки матки перед хирургическим абортом является целесообразной. Она должна проводиться в общепринятом порядке пациенткам младше 18 лет и первородящим женщинам в случаях, когда срок беременности превышает 9 недель, а также в любых иных ситуациях, когда врач предполагает возможное развитие тех или иных осложнений во время расширения шейки матки. С целью подготовки шейки матки назначается 400 мкг Мизопростола интравагинально или под язык за 3 часа до проведения операции.

Процедура должна выполняться обученным врачом акушером-гинекологом.

#### Показания

Искусственное прерывание беременности до 12 недель по желанию женщины;

Искусственное прерывание беременности до 14 недель по медицинским и социальным показаниям

Искусственное прерывание беременности при противопоказании и отсутствии эффекта от медикаментозного прерывания;

Неразвивающаяся беременность до 14 недель;

Неполный самопроизвольный выкидыш.

#### 1. Меры предосторожности.

При выявлении у беременной женщины острых и подострых воспалительных процессов любой локализации или острых инфекционных заболеваний необходимо отложить операцию по прерыванию беременности до их излечения. Если срок беременности не позволяет провести полноценное излечение, то следует лечение начать и прервать беременность.

Хирургический аборт следует проводить с осторожностью только в гинекологическом отделении клиники при наличии всех средств неотложной помощи в случае следующих ситуаций:

кровотечение в анамнезе;

нарушение свертывания крови;

перфорация матки в анамнезе;

тяжелая степень анемии;

пороки развития матки (двууголая матка, перегородка полости матки).

#### 4. Информированное согласие

Перед проведением искусственного прерывания беременности необходимо получить информированное согласие у женщины (Приложение 3) с выяснением следующего:

соответствует ли срок беременности, при котором можно делать аборт по желанию женщины;

понимает ли женщина, что принятое ею решение носит добровольный характер, что она полностью воспринимает суть процедуры и существующих альтернатив, избранный ею метод обезболивания, возможные риски, преимущества и осложнения.

Согласна ли она при необходимости вернуться в клинику.

## **5. Предоперационная профилактика с использованием антибиотиков.**

При хирургическом прерывании беременности пациенткам рекомендуется профилактический прием антибиотиков. Рекомендуемые режимы проведения профилактики с использованием антибиотиков:

- a) метронидазол 1г перорально до проведения процедуры, затем 500 мг каждые 6 часов, до 3 доз; или
- b) доксицилин 200 мг перорально за 30-60 минут до процедуры, или 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней, начиная сразу после аборта, в случаях повышенного риска развития хламидиоза.

**6. Подготовка шейки матки** перед хирургическим абортом является целесообразной, и должна проводиться в общепринятом порядке пациенткам младше 18 лет, первородящим женщинам в случаях, когда срок беременности превышает 12 недель, а также в любых иных ситуациях, когда врач предполагает возможное развитие тех или иных осложнений во время расширения шейки матки. Она может проводиться перед прерыванием беременности любого срока одним из следующих методов:

- Мифепристон, 200 мг внутрь за 24–48 ч до аборта;
- Мизопростол, 400 мкг сублингвально за 2–3 ч до аборта;
- Мизопростол, 400 мкг интравагинально за 3 ч до аборта;
- палочки ламинарии интрацервикально за 6–24 ч до аборта.

## **7. Обезболивание.**

### **7.1.Купирование боли.**

#### **7.1.1.Психологическая поддержка.**

Психологическая поддержка, оказываемая в рамках консультаций до, во время и после процедуры, в значительной степени способствует снижению чувства тревоги, особенно при использовании местной анестезии без седативных препаратов. При правильном ее оказании до/во время и после процедуры психологическая поддержка снижает испытываемые женщиной чувства страха и тревоги, а также болевые ощущения.

#### **7.1.2. Использование анальгетических и/или седативных веществ в малых дозах.**

Использование седативных препаратов предполагает состояние заторможенного сознания. Пациентка в состоянии реагировать на физические и вербальные стимулы, при этом не затрагиваются дыхательные рефлексы. Рекомендуется:

- 1) Нестероидные противовоспалительные лекарства (НПВС) - например: Ибупрофен 400 мг перорально за 20-60 минут до операции;
- 2) Бензодиазепины с анксиолитическим действием перорально за 30-60 минут до операции.

**7.1.3. Местная анестезия** сопряжена с меньшими рисками. ВОЗ рекомендует ее для проведения абортс с I триместра беременности.

**Парацервикальная блокада.** Используются местные анестетики, например: 0,5-1% лидокаин, 15-20 мл. Минимальная токсическая доза лидокаина составляет 200 мг, не допускается ее превышение.

Вводится 1-2 мл в подслизистый слой, в место, соответствующее 12 часам циферблата, куда будут наложены щипцы на шейку матки. Щипцы на шейку матки накладываются на обезболенное место.

Парацервикальная блокада осуществляется в месте перехода цервикального эпителия в вагинальный, в двух местах – на 4 и на 8 часов циферблата, по направлению к внутреннему отверстию шейки матки.

После проведения блокады необходимо подождать 1-2 минуты до начала процедуры.

С целью повышения устойчивости пациентки к болевым ощущениям:

- a) При введении иглы необходимо предложить женщине покашлять, чтобы маскировать боль.



б) После проведения блокады необходимо выждать 1-2 минуты до начала вмешательства.

Следите за тем, чтобы не ввести местный анестетик в кровеносный сосуд.

Во время местной анестезии женщина может рассказывать о своих ощущениях, что снижает риск перфорации матки. Уменьшается длительность восстановительного периода. Женщина в состоянии покинуть клинику в более короткие сроки и без постороннего сопровождения, она в состоянии слушать и реагировать на рекомендации врача.

При местной анестезии намного снижается опасность легочной аспирации, если женщина принимала пищу или пила до процедуры.

Местная анестезия дешевле.

#### **7.1.4. Общая анестезия в сравнении с местным обезболиванием.**

Общая анестезия сопровождается повышенным риском развития кровотечений, перфораций, повреждений шейки матки, а также дыхательных осложнений, вызванных системным воздействием анестетиков. Исходя из этого, ее применение возможно только в условиях стационара.

Если пациентка отдает предпочтение общей анестезии, в течение всей операции по прерыванию беременности и контролируемого введения анестетических препаратов в помещении, где проводится процедура, должен присутствовать медицинский персонал, обладающий соответствующей квалификацией в анестезиологии.

На всем протяжении общей анестезии и введения седативных препаратов проводится непрерывная оксигенация, непрерывная оценка сердечно-сосудистой деятельности и температуры тела женщины, должен быть в/в доступ и наличие оборудования для вспомогательной искусственной вентиляции легких.

Сильное седативное действие и общая анестезия редко бывают необходимы до 12 недель при МВА

## **8. Техника проведения хирургического прерывания беременности.**

### **Мануальная или электрическая вакуумная аспирация до 12 недель (до 84 дней аменореи) беременности.**

Перед началом процедуры необходимо убедиться в готовности, стерильности и исправности инструментов, используемых для вакуум - аспирации. В шейку матки вводятся только стерильные инструменты. Части расширителей, канюль или зондов, предназначенных для введения в матку, не должны касаться нестерильных поверхностей или объектов, в том числе стенок влагалища.

Необходимо иметь наготове несколько одноразовых канюль примерно того размера, какой необходим в соответствии с размером матки. Каждая канюля стерильна, если целостность упаковки не нарушена. Перед вскрытием проверяйте целостность упаковки. Лучше использовать канюлю, которая плотно проходит через шейку, чтобы вакуум передавался из шприца в матку без утечки. Желательно иметь под рукой канюли нескольких размеров.

#### **8.1. Выбор канюли подходящего размера:**

Допускается использование канюли с диаметром на один размер меньше, нежели срок беременности (со дня последней менструации). Так, например, если последняя менструация была у пациентки 10 недель назад, диаметр канюли может быть равен 9-10 мм; допускается использование стандартных гибких канюль диаметром 6, 7, 8 мм на всех сроках беременности до 10-ой недели без использования твердых расширителей.

Приблизительный размер матки (недель ДПМ)	Приблизительный размер канюли
5 - 7 ДМП	5 мм
7 - 9 ДПМ	6 мм

Проверка шприца. Шприц должен удерживать вакуум. Выбрасывайте шприцы, не удерживающие вакуум, или имеющие видимые трещины или дефекты.

Перед использованием шприц необходимо проверить на удержание вакуума. Для этого необходимо оставить шприц на несколько минут с вакуумом. Следует заменить уплотнительное кольцо или взять другой шприц, если этот не держит вакуум.

### **8.2. Этапы мануальной вакуумной аспирации:**

1) Попросите женщину опорожнить мочевого пузырь. Проверить размер и положение матки при бимануальном исследовании. Надо быть внимательными к любым признакам инфекции и быстро реагировать на таковые в соответствии со стандартными протоколами;

2) Ввести гинекологическое зеркало во влагалище для осмотра шейки матки;

3) Обработать шейку матки и влагалище антисептиком.

Необходимо следовать бесконтактной методике проведения процедуры: любые инструменты или части инструментов, водимые в шейку матки, должны быть стерильными. Не допускается их контакт с предметами и поверхностями перед введением в шейку матки.

4) Провести обезболивание.

5) Фиксировать шейку матки пулевыми щипцами и осторожно распрямить канал шейки матки натяжением.

6) Измерить длину полости матки, при этом можно использовать канюлю. Точка, ближайшая к кончику канюли, находится в 6 см от него, а другие расставлены через 1 см;

7) Расширить канал шейки матки по мере необходимости. Расширение канала шейки матки требуется, если он не пропускает канюлю, соответствующую размеру матки. При необходимости такое расширение можно произвести постепенно и аккуратно, механическим путем с использованием пластиковых или металлических расширителей Гегара, осмотическим расширителем или серией канюль возрастающего диаметра. При этом надо стараться не повредить шейку матки. Наилучшим методом является подготовка шейки матки простагландинами;

8) Введите осторожно канюлю через канал шейки в полость только за внутренний зев. Облегчить введение можно, если вращать канюлю, оказывая на нее мягкое давление;

9) Присоедините готовый шприц к канюле, держа ее конец в одной руке, а шприц в другой. Убедитесь в том, что канюля не продвинулась дальше в матку, пока вы присоединяли шприц;

10) Проведите канюлю в полость матки медленно, пока она не коснется дна. Отметьте глубину матки по точкам, которые видны на канюле. Затем слегка потяните канюлю назад;

11) Освободите нажимной клапан на шприце, чтобы передать вакуум через канюлю в матку. Через канюлю в шприц начнет проходить ткань с кровью и пузырьками;

12) Удалите содержимое матки, мягко и осторожно передвигая кончик канюли в полости матки, вращая при этом шприц. Важно не вывести канюлю (ее отверстие) из цервикального канала, иначе вакуум будет потерян. Если это произойдет, следуйте инструкциям по восстановлению вакуума. Пока вакуум в шприце сохранился, а канюля остается в матке, ни в коем случае не держите шприц за ручки плунжера. Обеспечивайте неподвижность ручек плунжера на кромке корпуса шприца. Если плунжер проскользнет в шприц, ткань и воздух могут быть выброшены обратно в матку;

13) Проверьте признаки завершения процедуры. Она заканчивается, когда в канюле появляется красная или розовая пена без ткани, ощущается шероховатость при перемещении канюли по внутренней поверхности полости матки, матка сокращается вокруг канюли (охватывает ее);

14) Отсоедините шприц и удалите все инструменты (канюлю, пинцет и зеркало);

### **8.3. Техника осмотра аспирированных тканей.**

- 1) Осмотр тканей и определение частей продукта зачатия способствует предупреждению осложнений прерывания беременности, позволяет своевременно заподозрить и диагностировать эктопическую или молярную беременность (хорионаденому). Эта процедура должна проводиться непосредственно в процедурном кабинете, когда пациентка еще находится на гинекологическом столе. Она включает:
  - 2) Высвобождение содержимого электрического вакуумного аспиратора или шприца для мануальной вакуумной аспирации через специальную цедилку.
  - 3) Промывку содержимого цедилки холодной водой с последующим его помещением в прозрачный сосуд.
  - 4) Оценку содержимого, удаленного из полости матки; обеспечение перетекания осматриваемых тканей с их подсветкой снизу для определения наличия продукта зачатия. Необходимо убедиться в наличии плодного яйца при сроке беременности менее 8 недель и в наличии частей эмбриона при сроке беременности более 8 недель.
  - 5) При необходимости – передать образцы тканей на патологоанатомический анализ.
  - б) Если осмотренные ткани или продукт зачатия имеют неполный характер, то подозревается неполный аборт с соблюдением выполнения следующих этапов медицинской помощи и обследования:
    - а) осмотр пациентки;
    - б) повторная аспирация;
    - с) проведение ультразвукового исследования.
  - 7) Если полученный аспират не содержит ожидаемого результата зачатия, следует предположить наличие эктопической беременности. Женщину предупреждают относительно симптомов и опасностей эктопической беременности и проводят:
    - а) ультразвуковое исследование;
    - б) если полость матки оценивается как пустая, необходимо определить количественное содержание ХГЧ в сыворотке крови. Оно осуществляется повторно спустя 48 часов после операции. При наличии снижения более чем на 50% нет необходимости в проведении дальнейшего обследования для выявления эктопической беременности;
    - с) Если количественное серологическое определение ХГЧ не указывает на какие-либо изменения либо их изменение незначительно, необходимо задокументировать наличие эктопической беременности и полностью ее излечить. В противном случае необходимо направить пациентку в медицинское учреждение с более высоким уровнем оказания медицинской помощи.
  - 8) Женщина остается под наблюдением до исключения диагноза эктопической беременности либо до документированного оформления соответствующего направления.
  - 9) После осмотра полученные во время аборта ткани уничтожаются в соответствии с процедурой утилизации отходов.
  - 10) Ткани с отклонениями в обязательном порядке изучаются врачом-патологоанатомом с целью исключения диагноза молярной беременности или хорионэпителиомы.

#### **8.4. Введение после процедуры прерывания беременности. Контрацепция.**

- 1) Большинство тяжелых осложнений, вызванных прерыванием беременности, могут быть выявлены непосредственно после аборта. Доступность и качество услуг по послеабортному наблюдению представляют собой важную составляющую услуг по прерыванию беременности.
- 2) В течение восстановительного периода женщина находится под наблюдением врача или медсестры/акушерки, обученной приемам послеоперационного ухода. Длительность пребывания пациентки в медицинском учреждении устанавливается в индивидуальном порядке.
- 3) После проведения общей анестезии медицинский персонал службы анестезиологии и интенсивной терапии обеспечивает 2-3-часовое наблюдение за состоянием пациентки в течение восстановительного периода.

4) При выписке пациентка должна находиться в удовлетворительном состоянии, со стабильными показателями артериального давления и пульса, а также с положительной динамикой уменьшения кровянистых выделений и снижения болевых ощущений.

5) Женщина должна быть проинформирована относительно признаков нормального течения постабортного периода, относительно симптомов возможных послеоперационных осложнений, а также о восстановлении репродуктивной функции в период после аборта. Женщине выдается памятка по самонаблюдению.

б) Информация должна содержать следующие сведения:

а) Признаки нормального восстановления:

- незначительные спазмы матки в течение нескольких последующих дней, которые можно устранить приемом нестероидных противовоспалительных препаратов;

- Незначительные кровянистые выделения наподобие менструальных, длительностью до 30 дней с постепенным снижением интенсивности;

б) инструкции относительно приема любых прописанных лекарственных препаратов;

с) Сведения о личной гигиене, контрацепции и возобновлении половой жизни, а также о возобновлении менструации :

- Нельзя что-либо вводить во влагалище в течение нескольких дней после прекращения кровотечения (спринцевания, тампоны);

- новая менструация начнется через 4-8 недель;

- детородная функция пациентки восстановится в скором времени после проведения процедуры (7-10 дней), поэтому, если в настоящее время беременность нежелательна, необходимо позаботиться о контрацепции;

- пациентке рекомендуется воздержаться от половых отношений, пока продолжается кровотечение;

д) Признаки и симптомы, требующие незамедлительного обращения в клинику и вмешательства:

- длительное и/или более обильное кровотечение, нежели выделения во время обычной менструации (более 2 прокладок за час в течение двух часов подряд);

- сильные или усиливающиеся боли;

- выделения с неприятным запахом;

- повышение температуры тела, озноб;

- обмороки (потери сознания);

е) информация относительно порядка поддержания круглосуточной связи и контактных данных медицинских учреждений, куда можно обращаться круглосуточно в случае необходимости получения срочной медицинской помощи;

ф) точная информация о приемлемых методах контрацепции в каждом конкретном случае с учётом медицинских критериев приемлемости.

## 9. Осложнения хирургического прерывания беременности:

1) Наличие **неясной аспирированной ткани** при аборте на первом триместре или при лечении неполного выкидыша. Если аспирированной ткани мало или она не содержит явных продуктов зачатия, это может свидетельствовать о неполном удалении содержимого матки или на эктопическую беременность. Такие продукты также уже отсутствуют и при выкидыше.

Тактика: УЗИ органов малого таза, ХГЧ в крови (или моче), наблюдение.

**Неполная аспирация содержимого матки.** Использование слишком маленькой канюли или преждевременное прекращении аспирации может привести к неполному удалению ткани, геморрагии и инфекции. Во время вакуум-аспирации необходимо тщательное наблюдение за признаками опорожнения матки и внимательное исследование удаленной ткани. При неполной аспирации требуется повторная процедура и, как правило, введение антибиотиков.

**Эктопическую беременность** следует подозревать при отсутствии ворсин, мембран или частей эмбриона при обследовании аспирированной ткани. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ, определение ХГЧ в динамике и при необходимости - лапароскопия.

**Острая гематометра** – задержка крови в полости матки, не сопровождающаяся воспалительным процессом. Это осложнение заключается в нарушении оттока крови из матки, что приводит к расширению ее полости. Проявляется сильными схваткообразными болями и вагусными симптомами, появляющимися обычно в пределах двух часов после процедуры. Пальпация позволяет обнаружить увеличение матки, ее болезненность, неоднородность консистенции. Подтверждение диагноза возможно при ультразвуковом исследовании.

Тактика: повторная аспирация содержимого матки, введение средств, повышающих тонус матки и приводящих к ее сокращению. Антибактериальная терапия.

**Перфорация тела или шейки матки.** Эти осложнения наиболее вероятны при несоблюдении техники операции и наличии сопутствующей инфекции. Для предотвращения этих осложнений важно правильно определить положение шейки матки и тела матки. Перфорация матки может привести к повреждению внутренних органов и кровеносных сосудов.

Тактика: УЗИ преимущественно трансвагинально, наблюдение, при необходимости - диагностическая лапароскопия.

Хирургическая активность зависит от характера повреждения матки и соседних органов. При подозрении на перфорацию матки необходимо принять надлежащие меры, включающие лапароскопию и в некоторых случаях - лапаротомию.

#### **Кровотечение.**

Лечение кровотечения зависит от его причины и тяжести. Может включать в себя повторную аспирацию, введение утеротонических средств, массаж матки, переливание крови и ее компонентов, лапаротомия.

#### **Инфекция малого таза.**

Лечение антибиотиками.

#### **Воздушная эмболия.**

Это случается редко — в случаях, когда поршень шприца продвигается вперед, а канюля все еще остается в полости матки.

### 3.3 Протокол проведения медикаментозного прерывания беременности с 12 до 22 недель.

#### Описание метода.

Медикаментозный аборт является безопасным и эффективным методом прерывание беременности во втором триместре с использованием лекарственных препаратов: Мифепристон и Мизопростол (Таблица №1).

Эффективность медицинской процедуры аборта с использованием Мифепристона и Мизопростола составляет 95-98 % с полным изгнанием плодного яйца и не требует проведение кюретажа или аспирации полости матки.

ВОЗ рекомендует использование препаратов для МА с гарантийным качеством.

Лекарственные препараты Мифепристон и Мизопростол выдаются клиникой на бесплатной основе.

#### Показания:

1. Медицинские показания (Приложение 1);
2. Социальные показания (Приложение 2);
3. Острое маловодие, хориоамнионит;
4. Врожденные пороки развития (ВПР) и хромосомные нарушения у плода

#### Противопоказания:

- надпочечниковая недостаточность и/или длительное лечение глюкокортикоидами;
- известная аллергия в анамнезе на Мифепристон, Мизопростол или другие простагландины;
- заболевания крови - (редкое генетическое заболевание крови - порфирия);
- нарушения свертываемости крови и/или длительная антикоагулянтная терапия;
- присутствие внутриматочной спирали (ВМС) в полости матки (необходимо сначала удалить ВМС);
- рубец на матке (после 24 недель)
- экстрагенитальные заболевания в состоянии декомпенсации.

#### Состояния, требующие особой осторожности:

- Пороки развития матки
- У пациенток с острым воспалительным заболеванием женских половых органов одновременно с МА следует начать антибактериальное лечение.
- Всем женщинам с тяжелой анемией начать лечение анемии, при необходимости прерывание беременности вести на фоне кровезаменителей.

#### Консультирование

Пациентка во время консультирование должна быть проинформирована:

- о порядке приема медикаментов, длительности процедуры и ее эффективности, возможных побочных действиях и осложнениях метода, и о том, что при неудачном результате медикаментозного способа беременность необходимо будет прервать хирургическим способом;
- о купировании болевых ощущений во время медикаментозного аборта с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов (при необходимости);
- о приемлемых методах контрацепции.

#### Информированное согласие

Перед проведением искусственного прерывания беременности необходимо получить информированное согласие у женщины (Приложение 3) по следующим пунктам:

- Согласна прервать беременность на данном сроке;
- Согласна оставаться в клинике и принимать лекарственные препараты до полного опорожнения матки;
- \_ Согласна выполнять требования, указанные в стандартах проведения прерывания беременности;

-Согласна при необходимости вернуться в клинику на обследование.

### **Обезболивание**

Вербальная анестезия: необходимость поддержки и внимание близких (словесное обезболивание).

Нестероидные противовоспалительные лекарства (НПВС) - например:

ибупрофен от 400 до 800мг внутрь каждые 3 часа, но не превышающие дозу 3200 мг в сутки;

### **Медикаментозное прерывание беременности с 12 до 22 недель**

А. Мифепристон по 200 мг (1 таблетка) женщина принимает 1 таблетку внутрь у врача в поликлинике или дома (по желанию), фиксируя время приема.

После приема Мифепристона через 24-48 часов женщина госпитализируется в гинекологическое отделение стационара для приема Мизопростол. Мизопростол принимают в дозе 400мкг ( одна таблетка – 200мкг) каждые 3 часа сублингвально (под язык) или трансбуккально (за щеку), рассасывая таблетки в течение 30 минут. Препарат можно ввести интравагинально. При остатках таблеток в ротовой полости можно принять их внутрь.

Доза Мизопростол принимается до полного изгнания плода и плаценты.

Если женщина не приняла Мизопростол в течение 24-48 часов, то она может принять его не позднее 72 часов после приема Мифепристона. Если прошло более 72 часов, то метод следует начать заново.

Если Мифепристон не доступен, то аборт можно провести только Мизопростолом: использовать повторные дозы 400 г Мизопростол, вводимого вагинально, сублингвально или буккально каждые 3 часа. (ВОЗ, 2018)

Следует отметить, что при этом период изгнания плода и плаценты более длителен, чем при комбинации Мифепристон-Мизопростол.

### **Неразвивающаяся беременность при сроке 14-22 недели**

- После приема Мифепристона через 24-48 часов принимается 400 мкг Мизопростол (2 таблетки по 200мкг) под язык или интравагинально каждые 4-6 часов до полного изгнания плода и плаценты. Остатки таблеток через 30 минут после рассасывания в полости рта можно принять внутрь.

**Неполный аборт при сроке 13-22 недели:** используется только Мизопростол по 400 мкг (2 таблетки по 200 мкг) ) каждые 3 часа сублингвально (под язык) или трансбуккально (за щеку). Таблетки рассасывают в течение 30 минут или вводят интравагинально. При остатках таблеток в ротовой полости можно принять их внутрь.

Доза Мизопростол принимается до полного изгнания плода и плаценты.

МА во втором триместре может длиться от нескольких часов до суток или больше. В этот период необходимо создать для женщины психологически комфортные условия, поддержку со стороны медицинского персонала и присутствующего рядом (при ее согласии) близкого человека. Следует проводить гемодинамическое наблюдение с регистрацией показателей каждые 3 часа (Таблица №2).

Если в течение 24 часов прерывания беременности не происходит, Мифепристон можно ввести повторно через 3 часа после последней дозы Мизопростол, а через 12 часов возобновить прием Мизопростол. При отсутствии эффекта от медикаментозного прерывания беременности (отсутствие полного изгнания плодного яйца) в течение 48 -72 часов следует пересмотреть тактику и решить вопрос индивидуально.

**Клинические симптомы и ведение в период изгнания плода и плаценты и после аборта**  
**Женщина будет отмечать:**

- a) схваткообразные боли внизу живота и в пояснице;
- b) тошноту, рвоту и/или диарею;
- c) кратковременное повышение температуры тела и/или иногда озноб;
- d) излитие околоплодных вод.

Все эти симптомы являются нормальным явлением. После полного изгнания плода и плаценты вышеуказанные симптомы быстро проходят.

**Симптомы полного изгнания плода и плаценты:**

- a) прекращение болей внизу живота;
- b) резкое уменьшение кровянистых выделений;
- c) при гинекологическом осмотре: сокращение матки и уменьшение ее в размерах; формирование и закрытие цервикального канала;

Женщину после полного изгнания плода и плаценты могут беспокоить менструальноподобные выделения из половых путей различной степени выраженности (от скудных кровянистых до мажущихся) в течение от 20-25 до 40 дней.

Изгнание последа при отсутствии кровотечения выжидают в течение 2 часов с приемом дополнительной дозы Мизопростола 400мкг (2 таблетки). Если через 2 часа нет симптомов отделения и выделения последа или полного опорожнения матки, то проводится хирургическое вмешательство (вакуумная аспирация, ручное отделение и выделение последа).

Контрольный гинекологический осмотр женщины с оценкой цервикального канала и размеров матки проводится через 2 часа после полного изгнания плода и плаценты.

Выписка женщины домой после прерывания беременности решается индивидуально в каждом конкретном случае.

Женщина должна быть четко проинформирована, что при необходимости ей следует обратиться за неотложной медицинской помощью.

**Осложнения:**

**Кровотечение** является ожидаемым побочным эффектом и, как правило, не бывает чрезмерным. Обильное кровотечение (более 500 мл), требующее переливания крови, встречается с частотой около 0,7 %.

**Неполный аборт**, как правило, связан с длительной задержкой плаценты и является наиболее распространенной причиной обильного кровотечения (8 - 19 %). В этом случае требуется инструментальное удаление остатков плаценты.

**Разрывы шейки матки** при медикаментозном аборте возможны, как и в случаях использования дилатации и эвакуации, с той же частотой (0,1-0,2 %). Однако при изучении этого осложнения в ходе ретроспективного когортного исследования не было отмечено разрывов шейки матки, требующих наложения швов.

**Разрыв матки** после медикаментозной стимуляции во II триместре с применением Мифепристона и Мизопростола встречается крайне редко (0,1%) и обычно возникает при необходимости завершения процедуры хирургическим вмешательством. Имеется единичное свидетельство разрыва матки при применении Мизопростола у женщины с рубцом после кесарева сечения.

**Инфекция** является редким осложнением после медикаментозной индукции аборта в поздних сроках. Имеется лишь одно сообщение о применении антибиотиков у 2,6 % женщин по поводу предполагаемой инфекции. С увеличением срока гестации риск инфекционных осложнений увеличивается. Исследованиями было показано, что в целом предоставление антибиотиков во время медикаментозного аборта способствовало снижению относительного риска инфекций на 76%.

Для профилактики инфекции рекомендуется рутинная антибиотикопрофилактика всем женщинам в случае хирургического завершения аборта (в день его выполнения перед началом манипуляции). При медикаментозном завершении аборта антибиотикопрофилактика всем женщинам не рекомендуется, но является целесообразной у женщин групп риска:

если у пациентки в течение последних 12 месяцев была выявлена хламидийная инфекция без подтверждения ее эрадикации;

- лица, у половых партнеров которых выявлена хламидийная инфекция;



- диагностированный бактериальный вагиноз (независимо от наличия или отсутствия клинической картины);  
женщины, имеющие 2 и более половых партнера в течение последних ????? месяцев.

### 3.4. Протокол проведения хирургического прерывания беременности с 12 до 22 недель.

#### Описание метода:

Рекомендуемым хирургическим способом прерывания беременности после 12 недель является электрическая или мануальная вакуумная аспирация (ЭВА, МВА), расширение канала шейки матки и эвакуация плодного яйца (РЭ) с предварительной подготовкой шейки матки (Таблица №1).

2. Мануальная или электрическая вакуумная аспирация (МВА) или электрическая вакуумная аспирация (ЭВА) до 14 недель беременности с предварительной подготовкой шейки матки простагландинами проводится соответственно описанию данных методов в Приложении 3.

3. Расширение канала шейки матки и эвакуацию плодного яйца (РЭ) с предварительной подготовкой шейки матки применяют после 14-й недели беременности.

При выполнении квалифицированными опытными медицинскими работниками это наиболее безопасный и эффективный хирургический метод прерывания беременности на поздних сроках.

Чтобы безопасно выполнять РЭ, как и любое другое вмешательство, медицинские работники нуждаются в обучении, оборудовании и навыках. Процедура должна выполняться обученным сертифицированным врачом акушером-гинекологом.

Независимо от срока все хирургические методы прерывания беременности во II триместре должны выполняться в условиях акушерско-гинекологических стационаров при наличии операционных и реанимационных отделений.

#### Показания:

1. РЭ применяются при наличии противопоказаний для проведения МА
2. Медицинские показания (Приложение 1);
3. Социальные показания (Приложение 2);
4. Острое маловодие, хориоамнионит;
5. Врожденные пороки развития и хромосомные нарушения у плода

#### Противопоказания.

1. Острые и подострые воспалительные заболевания женских половых органов.
2. Острые воспалительные процессы любой локализации.
3. Острые инфекционные заболевания.

#### Меры предосторожности.

Хирургический аборт ПОСЛЕ 12 НЕД следует проводить с осторожностью и при наличии всех средств неотложной помощи с учетом возможных рисков:

- кровотечения в анамнезе;
- нарушения свертывания крови;
- перфорация матки в анамнезе;
- тяжелая степень анемии;
- заболевания системы кровообращения и септические состояния;
- миома матки;
- рубец на матке;
- пороки развития матки (двуругая матка, перегородка полости матки).

#### Консультирование

Персонал должен быть обучен консультированию и предоставлению информации об абортах во II триместре беременности

Пациентка во время консультирования должна быть проинформирована:

- о порядке проведения РЭ, методах предварительной подготовки шейки матки,

длительности процедуры, эффективности, возможных ранних и поздних осложнениях метода, способах обезболивания, послеабортном течении, о приемлемых методах контрацепции.

### **Информированное согласие**

Перед проведением искусственного прерывания беременности необходимо получить информированное согласие у женщины (Приложение 3), с подтверждением следующего:

- Согласна прервать беременность на данном сроке;
- Согласна прервать беременность методом РЭ с предварительной подготовкой шейки матки;
- Ознакомлена с возможными осложнениями данного метода;
- Согласна оставаться в клинике до окончания процедуры;
- согласна выполнять все требования, указанные в стандартах проведения прерывания беременности;
- Согласна при необходимости вернуться в клинику на обследование.

### **Предоперационная профилактика с использованием антибиотиков.**

При хирургическом прерывании беременности пациенткам рекомендуется профилактический прием антибиотиков. Рекомендуемые режимы проведения профилактики с использованием антибиотиков на примерах:

- Метронидазол 1г перорально до проведения процедуры, затем 500 мг каждые 6 часов до 3 доз; или
- Доксициклин 200 мг перорально за 30-60 минут до процедуры, или 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней, начиная сразу после аборта ( в случаях повышенного риска развития хламидиоза).

### **Обезболивание.**

#### **1.Купирование боли.**

##### **1.1. Психологическая поддержка.**

Психологическая поддержка, оказываемая в рамках консультаций до, во время и после процедуры, в значительной степени способствует снижению чувства тревоги, особенно при использовании местной анестезии без седативных препаратов. При правильном ее оказании до, во время и после процедуры психологическая поддержка снижает испытываемые женщиной чувства страха и тревоги, а также болевые ощущения.

##### **1.2. Использование анальгетических и/или седативных веществ в малых дозах.**

Использование седативных препаратов предполагает состояние заторможенного сознания, при котором пациентка в состоянии реагировать на физические и вербальные стимулы, сохраняя при этом дыхательные рефлексы. Рекомендуется:

- 1) Нестероидные противовоспалительные лекарства (НПВС) - например: Ибупрофен 800 мг перорально за 20-60 минут до операции;
- 2) Бензодиазепины с анксиолитическим действием перорально за 30-60 минут до операции.

**1.3. Местная анестезия** сопряжена с меньшими рисками. Она рекомендуется ВОЗ для проведения абортот с II триместра беременности.

**Парацервикальная блокада.** Используются местные анестетики, например, 0,5-1% лидокаин, 15-20 мл. Минимальная токсическая доза лидокаина составляет 200 мг, не допускается ее превышение.

Вводится 1-2 мл в подслизистый слой, в место, соответствующее 12 часам циферблата, куда будут наложены щипцы на шейку матки. Щипцы на шейку матки накладываются на обезболенное место.

Парацервикальная блокада осуществляется в месте перехода цервикального эпителия в вагинальный, в двух местах – на 4 и на 8 часов циферблата, по направлению к внутреннему отверстию шейки матки.

После проведения блокады необходимо подождать 1-2 минуты до начала процедуры.

С целью повышения устойчивости пациентки к болевым ощущениям:

с) При введении иглы необходимо предложить женщине покашлять, чтобы маскировать боль.

д) После проведения блокады необходимо выждать 1-2 минуты до начала вмешательства.

Следить за тем, чтобы не ввести местный анестетик в кровеносный сосуд.

Во время местной анестезии женщина может рассказывать о своих ощущениях., она в состоянии слушать и реагировать на рекомендации врача. Таким образом снижается и риск перфорации матки, и длительность восстановительного периода.

При местной анестезии намного снижается опасность легочной аспирации, если женщина принимала пищу или пила до процедуры.

Местная анестезия дешевле.

#### **1.4. Общая анестезия в сравнении с местным обезболиванием.**

Общая анестезия сопровождается повышенным риском развития кровотечений, перфораций, повреждений шейки матки, а также дыхательных осложнений, вызванных системным воздействием анестетиков.

Если пациентка отдает предпочтение общей анестезии, в течение всей операции по прерыванию беременности и контролируемого введения анестетических препаратов в помещении, где проводится процедура, должен присутствовать медицинский персонал, обладающий соответствующей квалификацией в анестезиологии.

На всем протяжении процедуры проводится непрерывная оксигенация, непрерывная оценка сердечно-сосудистой деятельности и температуры тела женщины, должен быть в/в доступ и наличие оборудования для вспомогательной искусственной вентиляции легких.

Сильное седативное действие и общая анестезия бывают необходимы не так часто при правильном, полноценном консультировании и осуществлении вербальной анестезии.

#### **Техника проведения расширения и эвакуации полости матки.**

РЭ требует подготовки шейки матки с помощью осмотических расширителей или лекарственных средств. Соответствующее расширение шейки матки должно быть получено мягко и постепенно. Подготовка шейки матки перед расширением и эвакуацией может быть достигнута с помощью Мизопростола в дозе 400 мкг сублингвально или 600 мкг орально за 2-3 часа до процедуры.

Должны быть доступны сокращающие матку препараты (Окситоцин, метилэргометрин, карбетоцин и другие), чтобы помочь в контроле маточных кровотечений. Профилактический вазоконстриктор (Вазопрессин) следует использовать интрацервикально или парацервикально с целью уменьшения кровопотери.

Для эвакуации содержимого полости матки применяют ЭВА или МВА, канюли диаметром 12–16 мм и абортцанг соответствующего сроку беременности размера. В зависимости от срока беременности достаточное расширение канала шейки матки требует от 2 часов до 2 дней.

Многие медицинские работники считают полезным выполнять РЭ под ультразвуковым контролем, однако он необязателен.

РЭ обычно занимает не более 30 минут. Персонал и женщины должны ожидать более обильного кровотечения, чем аборт в I триместре беременности.

#### **4. Другие хирургические методы прерывания беременности поздних сроков:**

Большие операции не должны быть основными методами прерывания беременности. Гистеротомия для прерывания беременности сегодня не применяется, поскольку частота осложнений, смертность и стоимость гистеротомии существенно выше РЭ или МА. Аналогичным образом для прерывания беременности не должна применяться экстирпация матки. Исключение составляют женщины, имеющие другие показания к этой операции.

## **VII. Послеабортное/послеродовое консультирование и контрацепция.**

Женщина должна быть проинформирована относительно признаков нормального течения постабортного периода, симптомов возможных послеоперационных осложнений и восстановления репродуктивной функции в период после аборта.

Информация должна содержать следующие сведения:

g) Признаки нормального восстановления:

- незначительные спазмы матки в течение нескольких последующих дней, которые можно устранить приемом нестероидных противовоспалительных препаратов;

- Незначительные кровянистые выделения наподобие менструальных, длительностью до 30 дней с постепенным снижением интенсивности;

h) Женщине необходимо соблюдать график посещений врача при необходимости, а также инструкции относительно приема любых прописанных лекарственных препаратов;

i) Сведения о личной гигиене и возобновлении половой жизни, а также о возобновлении менструации и контрацепции:

- пациентка не должна что-либо вводить во влагалище в течение нескольких дней после прекращения кровотечения (спринцевания, тампоны);

- новая менструация начнется через 4-8 недель;

- детородная способность пациентки восстановится в скором времени после проведения процедуры (7-14 дней), поэтому, если в настоящее время беременность нежелательна, необходимо позаботиться о контрацепции;

- пациентке рекомендуется воздержаться от половых отношений, пока продолжается кровотечение;

j) Признаки и симптомы, требующие незамедлительного вмешательства:

- длительное и/или более обильное кровотечение, нежели выделения во время обычной менструации (более 2 прокладок в за час в течение двух часов подряд);

- сильные или усиливающиеся боли;

- выделения с неприятным запахом;

- повышение температуры тела, озноб;

- обмороки (потери сознания);

- женщине следует знать источники срочной медицинской помощи и порядок поддержания круглосуточной связи с медицинским учреждением, а также список медицинских учреждений, куда она может обратиться при необходимости получения неотложной медицинской помощи.

Женщина может получить приглашение явиться для прохождения оценочного осмотра через 2 недели после операции по прерыванию беременности, но это не является обязательным.

### **Ведение пациентки в случае осложнений.**

При обращении женщины с наличием каким-либо из осложнений, перечисленных ниже, необходимо осуществить экстренную госпитализацию в гинекологическую клинику для оказания неотложной медицинской помощи.

1) Необходимо наличие функционирующего оснащения и соответствующих лекарственных препаратов для оказания срочной медицинской помощи, а именно: систему подачи кислорода, инструменты для оральной оксигенации, утеротонические препараты, кристаллоидные растворы для внутривенного введения, антагонисты наркотических препаратов, глюкокортикоиды, адреналин и транквилизаторы.

2) Необходимо обеспечить непрерывное повышение квалификации персонала в вопросах использования оснащения для оказания срочной медицинской помощи; должны быть обеспечены условия для оказания помощи при неотложных состояниях, а также для неотложной перевозки.

- 3) Медицинский персонал должен быть обучен методам сердечно-сосудистой и легочной реанимации.
- 4) Необходимо наличие функционирующего оснащения и нужных лекарственных препаратов для оказания срочной медицинской помощи,

### **1. Кровотечение:**

#### **Интраоперационное кровотечение:**

В случае чрезмерного кровотечения врач обязан принять меры для установления причины кровотечения и его прекращения.

#### **Отсроченное кровотечение:**

1) Если у женщины развивается чрезмерное кровотечение (наполнение в течение часа более чем одной внешней прокладки в течение двух и более часов подряд) после процедуры, она должна находиться под наблюдением в том же медицинском учреждении либо должна быть направлена в медучреждение больничного типа.

2) Как правило, чрезмерное кровотечение в послеоперационный период вызвано гипотонией матки, что является результатом неполного опорожнения полости матки. Предпринимаемые усилия должны быть направлены на полное опорожнение полости матки и проведение обследования удаленной ткани, а также назначение утеротоников.

### **2. Неполный аборт:**

1) Неполный аборт может проявиться сразу же в виде кровотечения, или его симптомы могут проявиться позднее в виде позднего чрезмерного (персистирующего) кровотечения, сопровождаемого острыми схваткообразными болями в нижней части живота. Диагноз устанавливается в результате медицинского осмотра (при проведении бимануального исследования матка мягкой консистенции, увеличена в объеме) и ультразвукового обследования.

2) Незначительное количество оставшихся тканей может выделяться спонтанно, при этом нет необходимости в проведении хирургического вмешательства. Большие количества оставшихся тканей могут стать причиной кровотечения и инфекции. Лечение зависит от общего состояния пациентки, от степени тяжести кровотечения, и варьирует от выжидательной тактики, электрической или мануальной вакуумной аспирации до назначения 400 мкг Мизопростола под язык или 600 мкг перорально с последующим наблюдением пациентки в течение 2-3 часов. При отсутствии признаков инфекции назначение антибиотиков происходит на выборочной основе. Антибиотики необходимы в случае видимых признаков инфекции.

### **3. Перфорация:**

1) Перфорация матки является одним из осложнений прерывания беременности, которое может привести к повышенной заболеваемости и смертности.

2) При наличии подозрений на перфорацию матки, если канюля введена в полость матки, аспирацию необходимо немедленно прекратить до выведения канюли.

3) Подозрение на перфорацию матки является основанием госпитализации женщины в специализированное отделение.

4) При подозрении на перфорацию матки рекомендуется проведение лапароскопии с целью установки диагноза.

5) При подозрении на перфорацию, но с отсутствием у пациентки соответствующих симптомов, женщина подлежит наблюдению в условиях стационара как минимум в течение 48 часов.

6) Если перфорация произошла в амбулаторных условиях, пациентка подлежит обязательной госпитализации.

### **4. Гнойно-септические осложнения:**

1) Гнойно-септические осложнения после аборта являются причиной повышенной заболеваемости.

2) Подозрения на гнойно-септические осложнения являются показанием для госпитализации женщины в специализированное отделение.

- 3) На любой случай гнойно-септических осложнений должно составляться экстренное извещение для соответствующего эпидемиологического уведомления.
- 4) Лечение антибиотиками. Интенсивность терапии зависит от тяжести гнойно-септического осложнения.

### 3.5. Протокол искусственного прерывания беременности после 22 недель.

Прерывание беременности в сроке 22 недели и более проводится при наличии медицинских показаний со стороны беременной женщины или у плода:

врожденных аномалий развития, несовместимых с жизнью, или сочетанных аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни и здоровья, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения.

Безопасным и предпочтительным методом прерывания беременности после 22 недель является: медикаментозный метод.

#### Медикаментозное прерывание беременности 22 недели и более\* (индукция преждевременных родов (ИПР.))

Индукцированные преждевременные роды проводится медикаментозным путем:

- С применением Мифепристон и Мизопростола;
- С применением только Мизопростола.

А. Мифепристон по 200 мг (1 таблетка) женщина принимает 1 таблетку внутрь у врача в поликлинике или дома (по желанию), фиксируя время приема.

Б. После приема Мифепристона через 24-48 часов женщина госпитализируется в акушерское отделение родильного дома для приема Мизопростола.

Доза, режим приема Мизопростола устанавливается в зависимости от срока беременности и внутриутробного состояния плода:

**22-24 недели** – 400 мкг (2 таблетки по 200 мкг) Мизопростола назначаются сублингвально, буккально или интравагинально каждые 3 часа до изгнания плода и плаценты;

**25-28 недель** – 200 мкг (1 таблетка) Мизопростола назначается сублингвально, буккально или интравагинально каждые 4 часа;

**Более 28 недель** – 100 мкг Мизопростола назначается сублингвально, буккально или интравагинально каждые 6 часов.

После 28 недель для индукции родовой деятельности Мизопростол назначается по 25 мкг интравагинально каждые 6 часов или внутрь (per os) каждые 2 часа до 4 доз.

#### Медикаментозное прерывание беременности при антенатальной гибели плода

**До 26 недель** – Мизопростол назначается по 200 мкг (1 таблетка), сублингвально, буккально или интравагинально каждые 4–6 часов до полного изгнания плода и плаценты.

**26 нед – 28 нед** – Мизопростол назначается по 100 мкг сублингвально, буккально или интравагинально каждые 4 часа.

**После 28 недель** – Мизопростол назначается по 25 мкг интравагинально каждые 6 часов или внутрь (per os) каждые 2 часа.

Если женщина не приняла Мизопростол в течение 24-48 часов, то она может принять его не позднее 72 часов после приема Мифепристона. Если прошло более 72 часов, то метод следует начать заново.

Если Мифепристон не доступен, то индукция родов можно провести только Мизопростолом по вышеуказанным схемам в соответствии со сроком гестации.

Следует отметить, что при этом период изгнания плода и плаценты более длителен, чем при комбинации Мифепристон-Мизопростол.

При отсутствии эффекта от медикаментозного прерывания беременности (отсутствие полного изгнания плодного яйца) в течение 48 -72 часов следует пересмотреть тактику и решить вопрос индивидуально.

Профилактика кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах проводится по стандартному алгоритму ведения. При отсутствии кровотечения, и/или без ультразвуковых или клинических признаков задержки частей последа внутриматочные вмешательства (инструментальное выскабливание, пальцевое или ручное обследование полости матки) не показаны.

При задержке последа в полости матки более 30 минут после экспульсии плода возможно применение Мизопростола.

**Беременность ПОСЛЕ 24 недель с рубцом на матке.** Многочисленные исследования показали, что использование Мизопростола не увеличивает риск разрыва матки в ранне рубцовой матке во втором триместре по сравнению с другими агентами индукции, даже при трех или более предыдущих кесаревых сроках. Риск разрыва матки во время индукции второго триместра у пациентов с рубцовой маткой примерно 0,3%, и он незначительно выше, чем среди пациентов без кесарева сечения.

### **Гистеротомия**

Проводится исключительно при:

- полном предлежании плаценты;
- массивном кровотечении с отслойкой нормально расположенной плаценты;
- тяжелой преэклампсии и отсутствии условий для влагалищного прерывания беременности;
- невозможности родоразрешения через естественные родовые пути из-за грубого порока развития мочеполовой системы у женщины;
- при абсолютных противопоказаниях к использованию других методов прерывания беременности.

Необходимость сопутствующей стерилизации не является показанием для выполнения подобной операции.

При наличии у пациентки резус-отрицательной крови без титра антирезусных антител и резусположительной или неизвестной группы крови плода в течение 72 часов после завершения беременности вводится антирезусный иммуноглобулин в соответствии с инструкцией к препарату.

Крайне важным является психологическое сопровождение пациентки на всех этапах нахождения в медицинском учреждении.

При наличии показаний к антибактериальной терапии целесообразно назначение препаратов широкого спектра действия.

Непосредственно после проведения прерывания беременности показано подавление лактации.

По завершении беременности начиная с 22 недели администрацией медицинского учреждения производится запись с дальнейшей регистрацией акта мертворождения в органах ЗАГС в соответствии с действующим законодательством РУз.

Перед выпиской из медицинской организации после искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого обсуждаются признаки осложнений, при которых женщина обязана незамедлительно обратиться к врачу; даются рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, по выбору метода контрацепции с целью предупреждения нежелательной беременности и прегравидарной подготовке к вынашиванию последующей беременности.

### **Осложнения**



**Аллергические реакции.** В редких случаях после приема Мифепристона отмечается аллергическая реакция в виде кожной сыпи, в связи с чем необходимо применение антигистаминных средств в стандартных разовых или курсовых дозировках.

**Кровотечение.** Избыточная кровопотеря (более 500 мл) может возникнуть вследствие травмирования матки, шейки матки или атонии матки. Частота этого осложнения составляет по данным мировой литературы не более 0,9%, из них необходимость в переливании крови возникает в 0,09 - 0,7% случаев. Риск кровотечения растет с увеличением срока беременности. Алгоритм ведения такой же, как при акушерских кровотечениях

**Разрыв матки** - потенциально серьезное осложнение при прерывании беременности во III триместре (0,2 - 0,4%), которое зачастую сопровождается кровотечением. Для устранения этого осложнения, как правило, требуется лапаротомия (в крайних случаях - гистерэктомия). Недооценка срока беременности может быть причиной неправильного подбора дозы Мизопростола. В периоде индукции родов противопоказано использование Мизопростола в сочетании с другими утеротоническими (Окситоцин) препаратами .

**Инфекции органов малого таза.** Частота инфекционных осложнений составляет 0,8 - 2%. Профилактический прием антибиотиков способствует значительному снижению относительного риска инфекции. Алгоритм ведения - как при акушерских гнойно-септических осложнениях.

**Осложнения анестезиологического пособия.** Уровень серьезных осложнений оценивается как 0,72 на 100 аборт при общей анестезии и 0,31 на 100 аборт при местной анестезии.

## ГЛАВА 4. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ

Искусственное прерывание беременности - это процедура, эмоционально разрушительная как для самой женщины, так и для ее близких. Психологическое состояние женщины часто может поставить под угрозу процесс прерывания беременности и течение послеабортного периода. Кроме того, искусственное прерывание беременности может способствовать развитию депрессии, тревожности и способствовать еще большему отрицательному влиянию на приверженность пациентов. С учетом данных состояний ответственность за успешное проведение искусственного прерывания беременности ложится на работников программы здравоохранения, врачей и самих пациентов. Слабая приверженность к методу прерывания беременности, особенно по медицинским показаниям, может привести к развитию серьезных осложнений, вплоть до смерти женщины при пролонгировании беременности или инвалидизации. Повышение приверженности должно стать первоочередной задачей в борьбе за здоровье женщины.

### **Общий подход к проблемам приверженности**

При наличии приверженности к проводимому искусственному прерыванию беременности следует оценить ситуацию и выявить причины.

#### *Необходимо учитывать следующие факторы:*

- купирование нежелательных явлений (побочных эффектов);
- уровень санитарного просвещения, в том числе повышение осведомленности об искусственном прерывании беременности и объяснение важности соблюдения протокола прерывания беременности;
- удаленность места жительства от места медицинского учреждения больше чем на 50 км;
- финансовые затруднения;
- сопутствующие психиатрические заболевания;
- злоупотребление алкоголем или наркотическими веществами.

Основные категории низкой приверженности:

- пропуск одной из видов лекарств или очередной дозы;
- отказ от приема определенного препарата или очередной дозы;
- отсутствия мониторинга полного индуцированного прерывания беременности;
- консультирование и выполнение искусственного прерывания беременности низкого качества или необученным специалистом.

### **Пропуск одной из видов лекарств или очередной дозы**

Некоторые пациенты не принимают Мифепристон или Мизопростол, а такие при искусственном прерывании после 12 недель - одну из очередных доз Мизопростола. Причиной такой ситуации может быть недееспособность женщины, отсутствие достаточной информации и консультирования. Данная ситуация приводит к прогрессированию беременности, неполному аборту, удлинению длительности процедуры, а в более поздних сроках - к дополнительному хирургическому вмешательству.

#### *Алгоритм действий:*

##### **Женщина пропустила прием Мифепристона:**

- узнать причину;
- в амбулаторных условиях медсестра должна информировать врача.

##### **Женщина пропустила прием Мизопростола:**

- Медсестра информирует врача;
- Врач должен обсудить с пациентом причину и последствия пропуска препарата;
- Если время пропуска Мизопростола после приема Мифепристона превышает более 72 часов, метод МА повторяется заново;

- Если время пропуска Мизопростола после приема Мифепристона не превышает более 72 часов, метод МА можно будет продолжить;
- Если пропущена очередная доза Мизопростола при прерывании беременности после 12 недель – врачу необходимо провести повторную консультацию. При согласии женщины прием очередной дозы Мизопростола продолжается, при отказе - предлагается хирургическое прерывание беременности.

*Признаки неэффективности искусственного прерывания беременности включает в себя:*

- Прогрессирование беременности;
- Неразвивающуюся беременность;
- Неполный аборт
- Возникновение инфекции и развитие септических состояний

С женщиной проводится беседа с решением вопроса о хирургическом аборте или дополнительной дозе, назначении антибиотиков широкого спектра действия.

## ГЛАВА 5. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи (далее - критерии качества) применяются при оказании медицинской услуги по искусственному прерыванию беременности в медицинских учреждениях.

Критерии качества применяются в целях оценки качества оказания медицинской услуги, правильности выбора методов прерывания, качества консультирования, квалификации специалиста, соответствующего оснащения медицинских учреждений.

### Критерии качества оказания услуг по прерыванию беременности

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Достаточное количество знающих и обученных специалистов, оказывающих услуги по искусственному прерыванию беременности.	Да/Нет
2	Услуги по искусственному прерыванию беременности доступны	Да/Нет
3	Медицинские учреждения географически доступны для населения	Да/Нет
4	Действуют эффективные и качественные системы направления.	Да/Нет
5	Необходимое оборудование, расходные материалы и медикаменты доступны в достаточном количестве.	Да/Нет
6	Медицинская помощь по прерыванию беременности предоставляется в чистом учреждении.	Да/Нет
7	Аборты предоставляются в учреждении с местом для уединения.	Да/Нет
8	Аборт проводится в эмоционально и физически комфортном помещении.	Да/Нет
9	Имеются хорошо функционирующие системы транспорта и связи для женщин, желающих прервать беременность	Да/Нет
10	Во всей системе здравоохранения существуют механизмы для проверки осложнений и летальных исходов, связанных с абортами.	Да/Нет
11	Женщины попадают в систему здравоохранения через децентрализованные пункты оказания услуг и получают помощь на самом низком уровне системы.	Да/Нет
12	Услуги по оказанию помощи при аборте интегрированы или связаны с самым полным доступным набором медицинских услуг, в том числе и в области репродуктивного здоровья.	Да/Нет
13	Услуги инфраструктуры эффективно управляются, а административные и логистические факторы не препятствуют своевременному оказанию качественной помощи.	Да/Нет
14	Плата за услуги по аборту находится в пределах доступности для женщин; скорая помощь предоставляется независимо от платежеспособности женщин.	Да/Нет
15	Существует достаточный процент пунктов оказания услуг по прерыванию беременности, которые соответствуют определенному стандарту качества.	Да/Нет

16	Основное оборудование, материалы и лекарства должны управляться через систему складского учета, пополнения запасов и технического обслуживания.	Да/Нет
17	Технология прерывания беременности соответствует соответствующим нормативным требованиям.	Да/Нет
18	Технология прерывания беременности подходит для конкретных условий предоставления услуг	Да/Нет
19	Технология прерывания беременности проводится по национальному протоколу	Да/Нет
20	Технология прерывания беременности приемлема для женщин и поставщиков услуг	Да/Нет
21	Персонал, связанный с абортами, имеет надлежащий надзор	Да/Нет
22	Положения, руководства и другие документы политики были разработаны, утверждены национальными / субнациональными органами власти и / или распространяются среди медицинских учреждений, которые поддерживают доступ к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности в соответствии с рекомендациями ВОЗ.	Да/Нет
23	Имеются соответствующие методы обезболивания.	Да/Нет
24	Клиенты проверяются на соответствие требуемым процедурам.	Да/Нет
25	Выполняется физическая оценка общего и сексуального и репродуктивного здоровья (включая подтверждение гестационного возраста).	Да/Нет
26	Персонал следует утвержденным инструкциям и протоколам для медицинских, хирургических и неполных аборт.	Да/Нет
27	Персонал использует соответствующие технологии.	Да/Нет
28	Предоставляется последующее наблюдение при наличии у женщины опыта аборта.	Да/Нет
29	Если женщина делает аборт в клинике, продукты зачатия исследуются для подтверждения полного аборта	Да/Нет
30	Для мониторинга в период восстановления используются руководства передовой практики	Да/Нет
31	Персонал использует только те методы, которым они должным образом обучены.	Да/Нет
32	Взаимодействие между клиентом и поставщиком медицинских услуг предполагает уважительный уход персонала.	Да/Нет
33	Персонал работает над обеспечением конфиденциальности во время визита.	Да/Нет
34	Персонал обеспечивает конфиденциальную помощь.	Да/Нет
35	Персонал должен защищать достоинство клиента.	Да/Нет
36	Медицинский уход адаптирован к индивидуальным обстоятельствам и потребностям женщины	Да/Нет

Таблица №1

к Национальному протоколу о порядке проведения искусственного прерывания беременности

Методы прерывания беременности до 22 недель																					
Полные недели, прошедшие с первого дня последнего менструального цикла																					
Срок беременности в неделях	4	5	6	7	8	9	10	11	12			13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Рекомендуемые безопасные методы прерывания беременности																					
Медикаментозные методы прерывания беременности																					
<b>Мифепристон</b>		Используется независимо от срока беременности в таблетках по 200мкг. Принимается внутрь за 24-48 часов (но не позднее 72 часов) до приема Мизопростола																			
<b>Мизопростол</b>	Индукция	800 мкг (4 таблетки по 200мкг) однократно Под язык, за щеку или интравагинально										400 мкг (2 таблетки по 200мкг)									
	Замершая беременность	600 мкг (3 таблетки по 200мкг) внутрь или 400мкг (2 таблетки по 200мкг) под язык, можно без приема Мифепристона										Под язык, за щеку или интравагинально Повторные дозы каждые 3 часа до полного изгнания плода и плаценты									
	Неполный выкидыш	Используется только Мизопростол 600мкг(3 таблетки по 200мкг) внутрь или 400 мкг (2 таблетки) под язык, без приема Мифепристона										Используется только Мизопростол 400 мкг (2 таблетки по 200мкг) Под язык, за щеку или интравагинально, без приема Мифепристона Повторные дозы до полного изгнание плода и плаценты									
Мануальная или электрическая вакуум аспирация(МВА или ЭВА) с предварительной подготовкой шейки матки простагландинами ( Мизопростол по 400мкг (2 таблетки)) под язык или интравагинально за 3 часа до процедуры.												Расширение и эвакуация полости матки с предварительной подготовкой шейки матки									

Таблица №2  
к Национальному протоколу о порядке проведения искусственного прерывания  
беременности

Прерывание беременности с 22 недель									
срок беременности в неделях	22	23	24	25	26	27	28	и более	
<b>Медикаментозное прерывание беременности</b>									
Мифепристон	Используется независимо от срока беременности в таблетках по 200мкг. Принимается внутрь за 24-48 часов (но не позднее 72 часов) до приема Мизопростола								
Мизопростол	Индуцированные преждевременные роды (ИПР)	400мкг (2 таблетки по 200мкг) каждые 3 часа под язык, за щеку, интравагинально			200 мкг (1 таблетка) каждые 4 часа, под язык, за щеку, интравагинально			100 мкг каждые 6 часов, под язык, за щеку, интравагинально	
	ИПР при антенатальной гибели плода	200 мкг (1 таблетка) каждые 4-6 часов, под язык, за щеку, интравагинально				100 мкг каждые 4 часа, под язык, за щеку, интравагинально		25 мкг интравагинально каждые 6 часов или внутрь(peros) каждые 2 часа	
	Индукция родовой деятельности							25 мкг интравагинально каждые 6 часов или внутрь(peros) каждые 2 часа	

ПРИЛОЖЕНИЕ №1  
к Национальному протоколу о порядке проведения искусственного прерывания  
беременности

**Перечень медицинских противопоказаний к вынашиванию беременности**

№	Наименование заболевания	Форма, стадии, степень, фаза заболевания	Примечания
<b>КЛАСС 1. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни</b>			
1.	Туберкулёз: а) туберкулёз органов дыхания, подтверждённый бактериологически и гистологически	Все активные формы	
	б) туберкулёз органов дыхания, не подтверждённый бактериологически и гистологически	То же	
	в) туберкулёз нервной системы		Туберкулёзный менингит (A17.0) — туберкулёз мозговых оболочек (головного мозга, спинного мозга) является относительным противопоказанием для прерывания беременности (вопрос решает консилиум в индивидуальном порядке))
	г) туберкулёз других органов и систем д) туберкулёз костей и суставов е) туберкулёз мочеполовых органов (у женщин) ж) туберкулёз кишечника и брыжеечных лимфатических узлов		
	з) милиарный туберкулёз		Является относительным противопоказанием для прерывания беременности (вопрос решает консилиум в индивидуальном порядке)
2.	Краснуха		Прерывание беременности при сроке до 12 нед, в том числе при контакте с больными краснухой и отсутствии иммунитета у беременной
Примечание: При других инфекционных заболеваниях вопрос о прерывании беременности решает консилиум в индивидуальном порядке			



<b>КЛАСС II. Новообразования</b>		
3.	Злокачественные новообразования, требующие проведения химиотерапии или лучевой терапии на область малого таза	Во всех других случаях вопрос о прерывании беременности решается консилиумом
<b>КЛАСС IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ</b>		
4.	Сахарный диабет с тяжелой нефропатией	
5.	Сахарный диабет после трансплантации почки	
6.	Сахарный диабет с прогрессирующей пролиферативной ретинопатией	
7.	Гиперпаратиреоз	Активная фаза (до операции) Тяжёлая форма с висцеральными и костными проявлениями
8.	Акромегалия	
9.	Пролактинома	При резистентности к антагонистам дофамина и хиазмальных нарушениях
10.	Синдром Иценко-Кушинга	Активная фаза
<b>КЛАСС III. Болезни крои и кроветворных органов</b>		
11.	Впервые диагностированные острые лейкозы	
12.	Миелодиспластические синдромы	
13.	Лимфомы из группы высокого риска	
14.	Лимфогранулематоз	III-IV стадии
15.	Хронический миелолейкоз: а) требующий лечения ингибиторами тирозинкиназ б) в терминальной стадии заболевания	Прерывание беременности только в 12 нед.; В случае наступления беременности на фоне терапии ингибиторами тирозинкиназ лечение должно быть прервано и предложены другие виды терапии
16.	Хронические миелопролиферативные заболевания	Властный криз
17.	Апластическая анемия	Тяжёлая форма После 20 нед вопрос о сохранении беременности решает консилиум
18.	Гемолитические анемии: острые гемолитические кризы, тяжёлое рецидивирующее течение	
19.	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	Хроническое непрерывно рецидивирующее Вопрос о сохранении беременности решается консилиумом

		течение, рефрактерное к любым видам терапии	
20.	Острая атака порфирии, при продолжительности «светлого» периода после последней атаки менее 2 лет		
<p>Примечания: 1. Прерывание беременности при сроке до 12 нед показано при впервые диагностированных острых лейкозах, миелодиспластических синдромах, лимфомах из группы высокого риска, лимфогранулематозе III-IV стадии, хронических миелопролиферативных заболеваниях, гемолитических анемиях и острой атаке порфирии.</p> <p>2. Прерывание беременности при сроке более 12 нед по жизненным показаниям решается консилиумом при непосредственном участии врача-гематолога (главного специалиста врача-гематолога города, области, края, республики, при необходимости других специалистов).</p> <p>3. Прерывание беременности осуществляют в условиях многопрофильного стационара 3-го уровня с адекватным обеспечением компонентами крови (свежезамороженная плазма, тромбоконцентраты, эритроцитарная масса).</p>			
<b>КЛАСС V. Психические расстройства</b>			
21.	Хронические и затяжные психические расстройства с тяжёлыми стойкими болезненными проявлениями (психозы и слабоумие) или с высокой степенью вероятности обострения под влиянием беременности и родов		
22.	Наследственные и дегенеративные психические расстройства		Удостоверенные психоневрологическим учреждением у матери или у отца будущего ребёнка
23.	Выраженные психогенные расстройства		
24.	Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ		
25.	Расстройства настроения (аффективные расстройства)		При стойких суицидальных установках и при риске суицидальных действий
<b>КЛАСС VI. Болезни нервной системы</b>			
26.	Воспалительные болезни центральной нервной системы		
27.	Системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему (хорея Гветингтона)	Тяжёлое течение	Выраженная деменция, психотические расстройства
28.	Болезнь двигательного нейрона (боковой амиотрофический склероз)	Тяжёлое течение	Прогрессирующий бульварный паралич, спинальная, мышечная атрофия

29.	Паркинсонизм - тяжёлые формы, в том числе тяжёлые формы ювенильного паркинсонизма	Тяжёлые формы (отсутствие возможности к самообслуживанию)	Осложнения противопаркинсонического лечения (выраженные периоды выключения, дискинезии, ортостатическая гипотония)
30.	Дистонии	Генерализованные формы	
31.	Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы (рассеянный склероз)	Прогрессирующее течение	Нарастающие параличи, атрофия зрительных нервов, нарушения глотания, дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, тазовые расстройства (недержание, острая задержка мочи)
32.	Эпилепсия	Тяжёлое течение	При наличии частых приступов, резистентных к противоэпилептической терапии, и эпилептических психозов
33.	Острые нарушения мозгового кровообращения (церебрального, спинального)	Тяжёлое течение	
34.	Расстройства сна: катаlepsия и нарколепсия		
35.	Поражение нервных корешков и сплетений		
36.	Воспалительная полиневропатия, синдром Гийена-Барре	Тяжёлое течение	Выраженные нарушения сознания (сопор, кома) и жизненных функций (дыхания, сердечно-сосудистой деятельности)
37.	Болезни нервно-мышечного синапса и мышц		
38.	Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Вильсона-Коновалова)	Тяжёлые формы	
<b>КЛАСС VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата</b>			
39.	Злокачественные новообразования органа зрения (придаточного аппарата, глаза, орбиты)		Прерывание беременности необходимо в период проведения комбинированного химиолучевого лечения и на протяжении 3-5 лет после его окончания
<b>КЛАСС IX. Болезни системы кровообращения</b>			
40.	Ревматические пороки сердца:		
	а) пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса		

	б) пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения (НК) 2Б, 3 степени		
	в) пороки сердца, осложнённые бактериальным эндокардитом		
	г) пороки сердца с нарушениями ритма сердца: мерцательная аритмия, частые приступы пароксизмальной тахикардии, полная атриовентрикулярная блокада с приступами Морганьи-Адамса-Стокса		Возможна имплантация электрокардиостимулятора после 20 нед беременности
	д) пороки сердца с тромбэмболическими осложнениями во время беременности или в анамнезе, а также при наличии тромба в полостях сердца		
	е) пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией		
41.	Врождённые пороки сердца:		
	а) пороки сердца с наличием патологического сброса крови (дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток): пороки сердца, сопровождающиеся НК 2Б, 3 стадии пороки сердца, сопровождающиеся лёгочной гипертензией, пороки сердца, осложнённые бактериальным эндокардитом	Лёгочная гипертензия II-IV степени (классификация по Хит-Эдвардсу)	
	б) пороки сердца с затруднённым выбросом крови из левого желудочка (стеноз аорты, коарктация аорты) или из правого желудочка (стеноз лёгочной артерии): пороки сердца, сопровождающиеся НК 2А степени и более наличие постстенотического расширения (аневризма аорты или лёгочной артерии)		
	в) врождённые аномалии атриовентрикулярных клапанов, сопровождающиеся регургитацией 3-4 степени и сложными нарушениями ритма		

	г) кардиомиопатии: дипатационная кардиомиопатия, рестриктивная кардиомиопатия, гипертрофическая кардиомиопатия с выраженной обструкцией выводного тракта левого, правого или обоих желудочков, гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выводного тракта левого желудочка со сложными нарушениями сердечного ритма		
	д) тетрада Фалло		Некорригированная, после паллиативных операций
	е) пентада Фалло		Некорригированная, после паллиативных операций
	ж) аномалия Эбштейна		Некорригированная
	з) сложные врождённые пороки сердца (транспозиция магистральных сосудов, полная форма атриовентрикулярной коммуникации, общий артериальный ствол, единственный желудочек сердца, атрезия атриовентрикулярных или полулунных клапанов)		
	и) синдром Эйзенменгера		
	к) синдром Лютамбаше		
	л) болезнь (синдром) Айерсы (Аэрза) (изолированный склероз лёгочных артерий с лёгочной гипертензией)		
42.	Болезни миокарда, эндокарда и перикарда:		
	а) острые и подострые формы миокардита любой этиологии		
	б) хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения 2Б и 3 степени, сложными и стойкими нарушениями ритма - мерцательной аритмией, частыми приступами пароксизмальной тахикардии, полной атриовентрикулярной блокадой с приступами Морганьи-Адамса-Стокса		

	в) инфаркт миокарда во время беременности или в анамнезе при наличии НК и нарушений ритма		
	г) острые и подострые формы бактериального эндокардита		
	д) перикардит: острые, подострые и хирургические формы, констриктивный перикардит		
43.	Нарушения ритма сердца:		
	а) мерцательная аритмия		Без приёма антикоагулянтов
	б) пароксизмальная тахикардия с частыми приступами		Возможна радиочастотная абляция после 20 нед беременности
	в) синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта с частыми приступами аритмии		Возможна радиочастотная абляция после 20 нед беременности
	г) полная атриовентрикулярная блокада с частыми приступами Морганьи-Адамса-Стокса и частотой сердечных сокращений менее 40 в минуту		Возможна имплантация электрокардиостимулятора после 20 нед беременности
44.	Состояние после перенесенных кардио-хирургических вмешательств:		
	а) после митральной комиссуротомии при: травматической недостаточности митрального клапана; рестенозе; лёгочной гипертензии; активном ревматизме		
	б) после протезирования искусственными или биологическими трансплантатами (при ревматических или врождённых пороках сердца): одного клапана сердца с признаками нарушения функции протеза при многоклапанном протезировании		
	в) после паллиативной (неполной) коррекции врождённого порока сердца (ВПС)		
	г) после хирургической коррекции ВПС с остаточными признаками лёгочной гипертензии		
	д) после хирургической коррекции любого порока сердца, выполненной с неудовлетворительным результатом		

45.	Болезни сосудов:		
	а) заболевания аорты и её ветвей: аневризма аорты в любом отделе (грудном, брюшном), в том числе после реконструктивных операций -шунтирования, протезирования аневризмы магистральных артерий (мозговых, почечных, подвздошных, селезеночной и др.), в том числе после хирургического лечения		
	б)тромбоэмболическая болезнь и тромбоэмболические осложнения (системные эмболии артерий головного мозга, рук, ног, почек, мезентериальных сосудов, а также ветвей лёгочной артерии)		
46.	Гипертоническая болезнь:		
	гипертоническая болезнь при следующих осложнениях во время беременности: а) гипертоническая болезнь IIВ-IIIстадий б) гипертоническая болезнь при отсутствии эффекта от адекватно проводимой терапии		Адекватность гипотензивной терапии оценивается консилиумом
<b>КЛАСС X. Болезни органов дыхания</b>			
47.	Тяжёлая дыхательная недостаточность, некорректируемая терапевтическими методами, развившаяся вследствие заболевания лёгких		
48.	Заболевания, сопровождающиеся высокой лёгочной гипертензией, некорректируемой терапевтическими методами		
<b>КЛАСС XI. Болезни органов пищеварения</b>			
49.	Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, осложнённая стенозом привратника или кровотечением		
50.	Хронический гепатит высокой активности с печеночной недостаточностью		Вопрос о прерывании беременности решается консилиумом
51.	Цирроз печени при наличии портальной гипертензии с риском кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, наличии печеночной недостаточности		

52.	Острая жировая дистрофия печени		
53.	Болезнь Крона, осложнённая стенозом, свищами, нарушениями всасывания и кровотечениями		
54.	Неспецифический язвенный колит, осложнённый токсической дилатацией толстой кишки, профузными поносами, массивными кишечными кровотечениями		
55.	Целиакия с нарушениями всасывания в тонкой кишке		Диагноз должен быть подтверждён гистологическим исследованием тонкой (двенадцатиперстной) кишки и иммунологическими тестами с определением антител к глиадину и тканевой трансглутамазе
56.	Грыжа брюшной стенки		Значительных размеров с расхождением брюшной стенки
57.	Спаечная болезнь кишечника с приступами кишечной непроходимости		
58.	Кишечные свищи		Вопрос о прерывании беременности решается консилиумом
<b>КЛАСС XIV. Болезни мочеполовой системы</b>			
59.	Острый гломерулонефрит		
60.	Любая форма хронического гломерулонефрита	В стадии обострения: нефротический синдром; артериальная гипертензия, резистентная к адекватной антигипертензивной терапии; нарушение функции почек (креатинин крови >200 мкмоль/л)	Адекватность антигипертензивной терапии оценивается консилиумом



61.	Хроническая почечная недостаточность любой этиологии		Уровень креатинина сыворотки крови до зачатия при любом диагнозе не должен превышать 200 мкмоль/л (1,8 мг/дл); прогрессирующее нарастание креатинина сыворотки крови в любой срок беременности
62.	Единственная почка (врождённая или оставшаяся после нефрэктомии), при азотемии, артериальной гипертензии, туберкулёзе, пиелонефрите, гидронефрозе		
<b>КЛАСС XV. Беременность, роды и послеродовой период</b>			
63.	Пузырный занос, в том числе перенесённый ранее (не менее 2 лет)		
64.	Хорионэпителиома		
65.	Чрезмерная рвота беременных, непрекращающаяся при стационарном адекватном лечении		Адекватность терапии оценивается консилиумом
66.	Заболевания и состояния, требующие приёма во время беременности лекарственных средств с возможным тератогенным действием		Вопрос о прерывании беременности решается консилиумом с участием врача-генетика
67.	Неразвивающаяся беременность или антенатальная гибель плода		
<b>КЛАСС XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани</b>			
68.	Врождённый множественный артро-гриппоз		
69.	Ахондроплазия		
70.	Дистрофическая дисплазия		
71.	Ахондрогенезия		
72.	Несовершенный остеогенез		
73.	Врождённое отсутствие конечностей		
74.	Ревматоидный васкулит	В стадии обострения	
75.	Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем	В стадии обострения	Высокая активность с поражением жизненно важных органов
76.	Синдром Фелти, болезнь Стилла, развивающаяся у взрослых	В стадии обострения	

77.	Узелковый полиартериит	В стадии обострения и/или тяжёлое течение	Полиорганные поражения со злокачественной гипертензией
78.	Полиартериит с поражением лёгких (болезнь Черджа-Стросса)	В стадии обострения	Поражение лёгких и кровохарканье
79.	Гранулематоз Вегенера	В стадии обострения и /или тяжёлое течение	Поражение лёгких и почек
80.	Синдром дуги аорты (Такаясу) (неспецифический аортоартериит)	Тяжёлое течение	Поражение аортальных клапанов сердца с симптомами недостаточности кровообращения
81.	Системная красная волчанка	Острое течение, хроническое течение при высокой активности процесса с поражением жизненно важных органов	Поражение почек (нефрит с нефротическим синдромом), центральной нервной системы (психоз, эписиндром), сердца (эндо-, перикардит), лёгких (пневмонит, плеврит) или нарушение их функции
82.	Дермато(поли)миозит	В стадии обострения и/ или требующий длительной терапии высокими дозами глюкокортикоидов	
83.	Прогрессирующий системный склероз (системная склеродермия)	Острое и хрон. теч. при высокой активности процесса	Поражение почек, лёгких, сердца с нарушением их функции
84.	Сухой синдром (Шегрена)	В стадии обострения	Поражение лёгких, почек, с гипергамма-и/или криоглобулинемической пурпурой
85.	Смешанное заболевание соединительной ткани	В стадии обострения	Высокая активность с поражением лёгких, почек, сердца

86.	Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)		При поражении аортальных клапанов с признаками нарушения кровообращения
87.	Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейна-Геноха)		Часто рецидивирующее течение с поражением почек и желудочно-кишечного тракта
88.	Антифосфолипидный синдром		Наличие в анамнезе повторных нарушений мозгового кровообращения, при формировании клапанных пороков сердца, поражении почек с артериальной гипертензией и почечной недостаточностью
<b>КЛАСС XVII. Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения</b>			
89.	Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения		Вопрос о прерывании беременности и неблагоприятном прогнозе для жизни плода должен решаться перинатальным консилиумом
90.	Хромосомные аномалии, подтверждённые кариотипированием плода		Вопрос решается перинатальным консилиумом
91.	Врождённые синдромы и аномалии плода с неблагоприятным прогнозом для жизни плода, установленные методами пренатальной диагностики (УЗИ, кариотипирование плода, молекулярная диагностика)		Вопрос о прерывании беременности и неблагоприятном прогнозе для жизни плода должен решаться перинатальным консилиумом независимо от срока беременности
92.	Состояние физиологической незрелости беременной женщины до достижения возраста 18 лет		До наступления периода жизнеспособности плода
Примечание: При наличии у беременной женщины заболевания, не указанного в инструкции, но при котором продолжение беременности и роды представляют угрозу жизни или грозят тяжелым ущербом здоровью беременной, вопрос прерывания беременности в каждом конкретном случае решается консультативно.			

\* Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

\*\* Классы заболеваний по МКБ-10.

ПРИЛОЖЕНИЕ №2  
к Национальному протоколу о порядке проведения  
искусственного прерывания беременности

**Социальные показания для прерывания беременности.**

Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится только до 22 недель.

**Показания\*** к искусственному прерыванию беременности, не связанные с состоянием здоровья матери и плода, являются социальными.

К ним относятся:

1. смерть мужа во время беременности;
2. пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы;
3. лица, лишённые права материнства;
4. многодетность (более 4-х детей);
5. развод во время данной беременности;
6. беременность после изнасилования;
7. наркомания у женщины или мужа;
8. беременность у подростка до 17 лет;
9. инвалидность у женщины и/или мужа;
10. наличие ребенка- инвалида в семье у беременной женщины.

Социальные показания рассматриваются консилиумом (ВКК) в семейной поликлинике по месту прописки или проживания женщины, в состав которого входят: главный врач, заместитель главного врача, врач общей практики и врач акушер-гинеколог, юрист. Решение оформляется при условии соблюдения конфиденциальности, репродуктивных прав женщин и с учетом ее решения о прерывании беременности.

Беременная предоставляет на заседание консилиума все необходимые документы: паспорт, свидетельство о смерти, свидетельство о разводе, свидетельство о рождении детей, справка из наркодиспансера, справка судебно- медицинской экспертизы, решение суда и др.), а также данные ультразвукового обследования о сроке беременности. Если пациентка не достигла 18 лет или признана в установленном законом порядке недееспособной, необходимо представление соответствующих документов ее законным представителям (при отсутствии таковых вопрос решается совместно с юристом).

**\*Примечание:** при наличии у женщины оснований к прерыванию беременности немедицинского характера, не предусмотренных в настоящем стандарте, вопрос о прерывании беременности решается комиссией .

## Формы информированных согласия для искусственного прерывания соответственно сроку беременности и методу аборта.

### 1. Информированное добровольное согласие на искусственное прерывание беременности до 12 недель медикаментозным методом в амбулаторно-поликлинических условиях

Лечебное учреждение \_\_\_\_\_

Амбулаторная карта \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (полностью) \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

Я, (Ф.И.О) \_\_\_\_\_,

в соответствии Законодательства Республики Узбекистан об охране здоровья граждан, настоящим подтверждаю, что приняла решение о прерывании моей данной беременности со сроком \_\_\_\_\_ недель и согласна на проведение мне процедуры искусственного прерывания беременности.

Я информирована врачом, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим методами. Я самостоятельно выбрала медикаментозное прерывание беременности с помощью препаратов (подчеркните): Мифепристон, Мизопростол как неинвазивный метод искусственного прерывания беременности.

Я предупреждена, что не должна прибегать к подобному методу, если не уверена, что хочу прервать эту беременность.

Я предупреждена, что медикаментозное прерывание беременности может не произойти, или процедура может закончиться неполным абортом. В этих случаях я согласна прервать беременность хирургическим путем (мануальной вакуум-аспирацией и др.).

Я также предупреждена, что, если я решу сохранить беременность после приема указанных выше препаратов, то возможно рождение больного ребенка, и всю ответственность принимаю на себя.

Я подтверждаю, что ознакомилась с протоколом медикаментозного прерывания беременности, противопоказаниями и побочными эффектами при ее проведении, а также с инструкцией на препараты (подчеркните): Мифепристон, Мизопростол.

Я согласна самостоятельно принимать дома препараты Мифепристон и Мизопростол, соблюдая условия данного протокола, а также вернуться в клинику для контрольного обследования.

Я предупреждена, что при желании могу в любое время отказаться от этого метода и потребовать закончить аборт хирургическим путем (мануальной вакуум-аспирацией).

Я поняла, что: \_\_\_\_\_ (Мифепристон) принимаю внутрь в дозе \_\_\_\_\_ самостоятельно дома;

через \_\_\_\_\_ часов Я самостоятельно дома \_\_\_\_\_ (указать путь введения) буду принимать Мизопростол \_\_\_\_\_ мкг;

при наличии неполного аборта возможен повторный прием Мизопростола в той же дозировке и/ или выполнение хирургического (мануальной вакуум-аспирации) аборта.

Мне даны разъяснения:

об основных этапах медикаментозного аборта;

о побочных действиях назначаемых мне препаратов для медикаментозного аборта, а также тех препаратов, которые я могу принять для профилактики рвоты, спазмов, болей, озноба с повышением температуры тела при изгнании плодного яйца из матки;

о возможных осложнениях: аллергической реакции на препараты, патологическом кровотечении/кровопотере, неполном аборте (задержке плодного яйца в полости матки), развитии инфекции и продолжающейся беременности при отсутствии чувствительности моего организма к данным препаратам.

Врач предупредил меня, что 100 % гарантии предотвращения возможных осложнений не бывает, но их частота невелика и составляет суммарно не более 5 %, не исключено, что могут прибегнуть хирургическому методу прерывания.

Я буду иметь связь с медицинским персоналом по телефону \_\_\_\_\_, и могу вернуться для дополнительной консультации и через 7-14 дней на контрольный осмотр для подтверждения полного аборта.

Я получила адрес и координаты клиники для незамедлительного обращения в случае развития осложнений.

Я информирована врачом также о режиме поведения (в том числе половой жизни) и возможных последствиях при его нарушении, необходимости приема назначаемых мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача.

Со мной проведена беседа о целесообразности использования в дальнейшем средств для предупреждения нежелательной беременности, предоставили информацию о существующих методах контрацепции.

Я выбрала \_\_\_\_\_ вид контрацепции и буду его использовать \_\_\_\_\_

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

#### **Заключение**

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением медикаментозного аборта, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне процедуры медикаментозного аборта с использованием препаратов:

Пациент (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Я свидетельствую, что мною в полной мере разъяснены пациентке суть, ход выполнения, риск возможных осложнений и альтернативу проведения медикаментозного прерывания беременности, даны ответы на все вопросы.

Врач (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

### **1. Информированное добровольное согласие на искусственное прерывание беременности до 12 недель хирургическим методом**

Лечебное учреждение \_\_\_\_\_

Абортная карта \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (полностью) \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

Я, (Ф.И.О) \_\_\_\_\_,

в соответствии с Законодательством Республики Узбекистан об охране здоровья граждан, настоящим подтверждаю, что приняла решение о прерывании моей беременности со сроком \_\_\_\_\_ недель и согласна на проведение мне процедуры искусственного прерывания беременности.

Я информирована врачом, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим методами. Я самостоятельно выбрала прерывание

беременности хирургическим методом (мануальной или электрической вакуумной аспирацией, подчеркните).

Я предупреждена, что не должна прибегать к подобному методу, если не уверена, что хочу прервать эту беременность.

Я проинформирована врачом о нижеследующем:

о методах искусственного прерывания беременности: медикаментозном, хирургическом( мануальная или электрическая вакуумная аспирация); о преимуществах, недостатках этих методов и возможных осложнениях;

о методах обезболивания, их эффективности, возможных осложнениях;

о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения искусственного прерывания беременности 100% гарантии предотвращения возможных осложнений во время процедуры и послеабортном периоде не существует ;

о необходимости приема назначенных мне лекарственных препаратов согласно предписанию лечащего врача;

о целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности;

о послеабортном периоде, в том числе режиме половой жизни, и возможных последствиях при его нарушении.

С предварительной подготовкой шейки матки лекарствами: согласна; не согласна.

Мне даны разъяснения об этапах проведения хирургического метода искусственного прерывания беременности путем мануальной вакуум аспирации:

я должна принять Мизопростол \_\_\_\_\_ мкг за \_\_\_\_\_ часов до начала процедуры с целью подготовки шейки матки.

После проведения гинекологического осмотра врач акушер-гинеколог раскрывает шейку матки в зеркалах, проводит обработку антисептическим средством, осуществляет обезболивание и захватывает шейку матки инструментом.

В зависимости от срока беременности подбирается номер пластмассовой одноразовой канюли, которую вводят в полость матки , соединяют со шприцом и проводят удаление плодного яйца.

Во время процедуры я буду чувствовать тянущие боли внизу живота, которые быстро проходят сразу после окончания процедуры. Длительность процедуры составляет 3-5 мин в зависимости от срока беременности. Как только я буду чувствовать себя хорошо, я могу получить консультацию и уйти из клиники. Я понимаю, что после аборта при необходимости могу вернуться на контрольный осмотр.

Мне даны разъяснения о следующих возможных осложнениях и последствиях проведения хирургического аборта:

во время процедуры: травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов, кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаление матки и др.;

в послеабортном периоде: скопление крови (гематометра) или остатков плодного яйца в полости матки, плацентарный полип (до месяца послеабортного периода), острый воспалительный процесс матки и придатков, вплоть до развития перитонита, что потребует оперативного вмешательства, не исключая удаление матки и др.;

отдаленные последствия: бесплодие, внематочная беременность, невынашивание беременности, нарушение менструального цикла, хронические воспалительные заболевания половых органов, преждевременные роды и др.

Не может быть 100 % гарантии предотвращения возможных осложнений, но их частота невелика и составляет суммарно не более 5 %.

В случае необходимости неотложной медицинской помощи, или если меня будет что-то беспокоить в послеабортном периоде, я могу обратиться в лечебное учреждение \_\_\_\_\_ . Я понимаю, что если я попаду в другое

лечебное учреждения с проблемами, связанными с проведенным абортom, то я должна сообщить об этом врачу.

Я согласна соблюдать условия данного протокола и при необходимости находиться в клинике до завершения процедуры прерывания беременности, а также вернуться в клинику для контрольного обследования.

Получив полную информацию об искусственном прерывании беременности, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, я осознанно принимаю решение и добровольно даю согласие на проведение мне хирургического аборта.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

#### **Заключение**

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением хирургического аборта, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне процедуры

Пациент (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Я свидетельствую, что мною в полной мере разъяснены пациентке суть, ход выполнения, риск возможных осложнений и альтернатива проведения хирургического прерывания беременности, даны ответы на все вопросы.

Врач (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

### **3. Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности после 12 недель по медицинским и социальным показаниям**

В лечебном учреждении: \_\_\_\_\_

Медицинский документ (название) № \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия имя печатными буквами)

Год рождения \_\_\_\_\_; телефон: \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

в соответствии с Законодательством Республики Узбекистан об охране здоровья граждан, настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности.

Я проинформирована о моем диагнозе: \_\_\_\_\_

и ознакомлена с причинами необходимости проведения искусственного прерывания беременности: \_\_\_\_\_

Я, Ф.И.О. \_\_\_\_\_ осознанно даю согласие на проведение этой процедуры.

Я проинформирована врачом о нижеследующем:

о сроке моей беременности, о наличии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

о методах искусственного прерывания беременности: медикаментозном, хирургическом (мануальная или электрическая вакуумная аспирация); о преимуществах, недостатках этих методов и возможных осложнениях;

о методах обезболивания, их эффективности, возможных осложнениях;



о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведение искусственного прерывания беременности любым вышеуказанным методом нет 100% гарантии предотвращения возможных осложнений во время процедуры и послеабортном периоде;

о необходимости приема назначенных мне лекарственных препаратов согласно предписанию лечащего врача;

о целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности;

о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после аборта в соответствии с назначением лечащего врача;

о послеабортном режиме, в том числе о половой жизни, и возможных последствиях при его нарушении.

Мне представлен выбор метода прерывания беременности в соответствии со сроком моей беременности, и я выбрала метод (подчеркните):

Медикаментозное прерывание беременности;

Хирургический метод с предварительной подготовкой шейки матки.

Мне даны разъяснения об этапах проведения искусственного прерывания беременности по выбранному мною методу.

Я предупреждена, что медикаментозное прерывание беременности может не произойти, или процедура может закончиться неполным абортом. В этих случаях я согласна прервать беременность хирургическим путем (мануальной вакуум-аспирацией и др.).

Я подтверждаю, что ознакомилась с протоколом медикаментозного прерывания беременности, противопоказаниями и побочными эффектами при ее проведении, а также с инструкцией на препараты (подчеркните): Мифепристон, Мизопропрост.

Я согласна соблюдать условия данного протокола и при необходимости находиться в клинике до завершения процедуры прерывания беременности, а также вернуться в клинику для контрольного обследования.

Я предупреждена, что при желании могу в любое время отказаться от этого метода и потребовать закончить аборт хирургическим путем.

Я поняла, что: \_\_\_\_\_ (Мифепристон) принимаю внутрь в дозе \_\_\_\_\_ в присутствии врача;

через \_\_\_\_\_ часов мне \_\_\_\_\_ (указать путь введения) следует принимать Мизопропрост \_\_\_\_\_ мкг с дальнейшим повторным приемом препарата до завершения прерывания беременности. Препарат буду принимать самостоятельно в клинике под контролем врача (подчеркнуть один из них);

при наличии неполного аборта возможен повторный прием Мизопростола в той же дозировке и/ или выполнение хирургического (мануальной вакуум -аспирации) аборта.

Мне даны разъяснения:

об основных этапах медикаментозного аборта;

о побочных действиях назначаемых мне препаратов для медикаментозного аборта, а также тех препаратов, которые я могу принять для профилактики рвоты, спазмов, болей, озноба с повышением температуры тела при изгнании плодного яйца из матки;

о возможных осложнениях: аллергической реакции на препараты, патологическом кровотечении/кровопотере, неполном аборте (задержке плодного яйца в полости матки), развитии инфекции и продолжающейся беременности при отсутствии чувствительности моего организма данным препаратам.

Врач предупредил меня, что не может быть 100 % гарантии предотвращения возможных осложнений, но их частота невелика и составляет суммарно не более 5 %, и что не исключена возможность хирургического метода прерывания. Я могу выписаться из клиники сразу после завершения процедуры прерывания беременности и контрольного осмотра врача.

Я информирована врачом также о режиме поведения, в том числе о половой жизни, и возможных последствиях при его нарушении, необходимости приема назначаемых мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача, о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств для предупреждения нежелательной беременности.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

#### **Заключение**

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением медикаментозного аборта, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне процедуры медикаментозного аборта с использованием препаратов:

Пациент ФИО: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Я свидетельствую, что мною в полной мере разъяснены пациентке суть, ход выполнения, риск возможных осложнений и альтернатива проведения аборта, даны ответы на все вопросы.

Врач \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Примечание.** В случае, искусственного прерывания беременности при врожденных пороках развития плода (ВПР), информированная беседа и получение информированного согласия проводятся в присутствии мужа или других, несущих ответственность за пациентку, родственников (или представителей).

### Протоколы проведения прерывания беременности.

#### 1. Протокол проведения медикаментозного аборта до 84 дней аменореи(до 12 недель) беременности в амбулаторно-поликлинических условиях

Пациентка (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
Год рождения \_\_\_\_\_ амбулаторная \_\_\_\_\_ карта \_\_\_\_\_

**Визит 1.** Диагноз: Беременность \_\_\_\_\_ нед.( \_\_\_\_\_ дней с первого дня ПМ).  
Анамнез \_\_\_\_\_

Общее состояние \_\_\_\_\_  
Гинекологический осмотр: В зеркалах: \_\_\_\_\_  
Бимануальный осмотр: \_\_\_\_\_

Результаты обследования \_\_\_\_\_  
Дата заполнения информированного согласия “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_  
Пациентка приняла в клинике/дома: препарат \_\_\_\_\_ (Мифепристон),  
торговое название препарата \_\_\_\_\_

доза \_\_\_\_\_, метод введения \_\_\_\_\_ время приема \_\_\_\_\_  
Пациентка будет принимать в клинике/дома: препарат \_\_\_\_\_ (Мизопростол)  
торговое название препарата \_\_\_\_\_

доза \_\_\_\_\_, метод введения \_\_\_\_\_ дата и время приема \_\_\_\_\_  
Обезболивание: указать препарат/доза/кратность \_\_\_\_\_  
Антимикробная профилактика назначена (да/нет). Препарат \_\_\_\_\_  
Доза \_\_\_\_\_, метод введения \_\_\_\_\_, кратность и длительность применения \_\_\_\_\_  
Консультирование по контрацепции (да/нет). \_\_\_\_\_  
укажите метод контрацепции, выбранная женщиной

Длительность пребывания в поликлинике женщины после приема препарата под  
наблюдением врача \_\_\_\_\_ (если женщина хочет принимать лекарства в поликлинике)  
Выдано на руки направление для госпитализации в клинику \_\_\_\_\_  
дата и время госпитализации

В момент ухода домой женщина (не) отмечает (мажущие, скудные, умеренные)  
кровянистые выделения из половых путей (подчеркнуть).

Женщина в \_\_\_\_\_ состоянии ушла домой.  
Дата \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_

Повторный визит в поликлинику для приема Мизопростола может быть не обязательным.  
Повторный визит к врачу после полного завершения аборта при отсутствии экстренных  
показаний возможен в течение 7-14 дней, но он не обязателен;

**Визит 2 (контрольный, через 7-10 дней после МА)** Дата \_\_\_\_\_

Оценка состояния женщины \_\_\_\_\_

Изгнание плодного яйца (со слов женщины) (полное, неполное): дата \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_

Какие побочные эффекты наблюдала \_\_\_\_\_

Преимлемость побочных эффектов \_\_\_\_\_

Оценка эффективности медикаментозного прерывания беременности:

**гинекологический осмотр:** \_\_\_\_\_

УЗИ органов малого таза \_\_\_\_\_  
(если есть необходимость и доступна)

Диагноз: \_\_\_\_\_  
Осложнения \_\_\_\_\_  
Консультирование по методам контрацепции \_\_\_\_\_  
Женщина в \_\_\_\_\_ состоянии ушла домой.  
ФИО врача акушера-гинеколога \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

## 2. Протокол проведения вакуум аспирации (ЭВА /МВА)

Лечебное учреждение \_\_\_\_\_  
№ медицинского документа \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_  
Домашний адрес \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_  
Диагноз: \_\_\_\_\_  
Показания: \_\_\_\_\_  
Результаты обследования: \_\_\_\_\_  
Предварительная подготовка шейки матки: \_\_\_\_\_ дата, время приема \_\_\_\_\_  
название препарата, доза

Обезболивание \_\_\_\_\_  
Техника: шейка матки обнажена в зеркалах, обработана дезинфицирующим раствором, на 11 часах интрацервикально введен местный анестетик \_\_\_\_\_, пулевыми щипцами взята передняя губа шейки матки, без расширения \_\_\_\_\_ с расширением \_\_\_\_\_ : чем проведено расширение \_\_\_\_\_  
канюля размером с № \_\_\_\_\_ введена в полость матки, соединена с шприцом (одноклапанный или двухклапанный, подчеркнуть), в котором за счет полного оттягивания поршня создан вакуум, шприц снят с предохранителя, произведено отсасывание плодного яйца. Содержимое шприца помещено в посуду, осмотрено и констатирован не/полный аборт. Матка сократилась, кровотечения нет. Общая кровопотеря составила \_\_\_\_\_  
Осложнения \_\_\_\_\_

Мероприятия \_\_\_\_\_  
Консультирование по контрацепции \_\_\_\_\_  
Подпись врача акушера-гинеколога \_\_\_\_\_  
Подпись пациентки \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

## 3. Протокол проведения медикаментозного аборта в клинике

Пациентка (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
Год рождения \_\_\_\_\_ история \_\_\_\_\_  
Диагноз: Беременность \_\_\_\_\_ нед.( \_\_\_\_\_ дней с первого дня ПМ).  
Показания для прерывания беременности \_\_\_\_\_  
Анамнез \_\_\_\_\_  
Результаты обследования \_\_\_\_\_  
Метод прерывания МА \_\_\_\_\_

Дата заполнения информированного согласия “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_  
Пациентка приняла: препарат Мифепристон ( \_\_\_\_\_ ) в таблетках,  
торговое название

доза \_\_\_\_\_, серийный номер \_\_\_\_\_, метод введения \_\_\_\_\_  
Антимикробная профилактика применялась (да/нет). Препарат \_\_\_\_\_  
Доза \_\_\_\_\_, метод введения \_\_\_\_\_, кратность применения \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_, Время приема \_\_\_\_\_  
Оценка состояния женщины после приема Мифепристона \_\_\_\_\_

Примечание: Если женщина приняла Мифепристон в поликлинике или дома, указать дату и время приема препарата на направительном бланке для госпитализации в клинику.

Подпись пациентки: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_

Прием Мизопростола: Дата \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_ (через 24-48 часов).

Жалобы \_\_\_\_\_

Мизопростол в таблетках \_\_\_\_\_, серийный номер \_\_\_\_\_,  
торговое название

первичная доза \_\_\_\_\_, метод введения \_\_\_\_\_,  
последующая доза \_\_\_\_\_, метод введения \_\_\_\_\_,  
промежуток времени между приемами доз \_\_\_\_\_,  
кратность приема \_\_\_\_\_, всего женщина приняла препарата \_\_\_\_\_ мкг.

Обезболивание применялось (да/нет) \_\_\_\_\_

Указать препарат/доза/кратность \_\_\_\_\_

Побочные эффекты МА \_\_\_\_\_

Осложнения \_\_\_\_\_

Изгнание плода плаценты (полное, неполное): дата \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_

Оценка эффективности медикаментозного прерывания беременности:

Дата \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_

гинекологический осмотр: \_\_\_\_\_

кровянистые выделения из половых путей (мажущие, скудные, умеренные)

УЗИ органов малого таза \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Осложнения \_\_\_\_\_

Консультирование по методам контрацепции \_\_\_\_\_

Женщина в \_\_\_\_\_ состоянии ушла домой.

Женщина продолжает оставаться в клинике \_\_\_\_\_  
указать причину

ФИО врача \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

#### 4. Протокол проведения Индуцированных преждевременных родов.

Пациентка (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Год рождения \_\_\_\_\_ № истории родов \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Показания к искусственному прерыванию беременности \_\_\_\_\_

Метод прерывания \_\_\_\_\_

Дата заполнения информированного согласия « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Пациентка приняла: препарат \_\_\_\_\_, доза \_\_\_\_\_,

серийный номер \_\_\_\_\_, метод введения \_\_\_\_\_

Время введения \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Антимикробная профилактика применялась (да/нет) \_\_\_\_\_.

Обезболивание применялось (да/нет) \_\_\_\_\_

Указать препарат/доза/кратность \_\_\_\_\_

Подпись врача акушер-гинеколога \_\_\_\_\_

Оценка состояния женщины после приема препарата \_\_\_\_\_

Последующие записи в историю родов записывают не реже 3-х раз в сутки. В записях в истории родов должна содержаться информация о: жалобах, побочных эффектах и осложнениях от препарата.

Для развития регулярной родовой деятельности далее заполняется партограмма. При завершении ИПР следует констатировать:

Изгнание плода и плаценты (полное, неполное): дата \_\_\_\_\_

время \_\_\_\_\_ пол \_\_\_\_\_ масса \_\_\_\_\_ рост \_\_\_\_\_

Оценка эффективности ИПР:

осмотр (гинекологический): \_\_\_\_\_

УЗИ органов малого таза \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Осложнения \_\_\_\_\_

Консультирование по методам контрацепции \_\_\_\_\_

ФИО врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

ФИО пациентки \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Таблица №3  
к Национальному протоколу о порядке проведения искусственного прерывания  
беременности

**Медикаментозный аборт второго триместра. Протокол индуцирования и наблюдение.** Дата и время госпитализации \_\_\_\_\_  
**Ф.И.О женщины:** \_\_\_\_\_ Номер истории болезни: \_\_\_\_\_  
 Прием Мифепристона: Доза \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_ Место приема \_\_\_\_\_  
Дома, в поликлинике, в клинике (указать)

	Наблюдение №1	Наблюдение №2	Наблюдение №3	Наблюдение №4	Наблюдение №5	Наблюдение №6	Наблюдение №7
1. Дата (число/мес/год)	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
2. Температура (С)	___ . ___	___ . ___	___ . ___	___ . ___	___ . ___	___ . ___	___ . ___
3. Кровяное давление	___ / ___	___ / ___	___ / ___	___ / ___	___ / ___	___ / ___	___ / ___
4. Время, приема и доза <b>Мизопростола</b>	___ : ___	___ : ___	___ : ___	___ : ___	___ : ___	___ : ___	___ : ___
5. Уровень вагинального кровотечения*	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Уровень схваток*	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Уровень боли (от 1 до 7 по шкале визуальной оценки боли)							
8. Болеутоляющие препараты							
9. Дополнительные препараты или вмешательства; укажите причины вмешательства							
10. Подпись персонала (врача, медсестры)							
<i>Если изгнание плода и/или плаценты произойдет до 8-й дозы, запишите дату и время; если нужны дополнительные дозы, заполните колонки на другой стороне</i>							
<b>11. Дата и время изгнания плода:</b> ___/___/___ ___:___	<b>12. Дата и время изгнания плаценты:</b> ___/___/___ ___:___						

Вагинальное кровотечение: 0-отсутствие, 1-скудное, 2-умеренное, 3-тяжелое  
 СХВАТКИ: 0-отсутствие, 1-слабые, 2-умеренные, 3-сильные

**Медикаментозный аборт второго триместра**  
**Протокол индуцирования и наблюдения (продолжение)**  
 ФИО: \_\_\_\_\_

История болезни №: \_\_\_\_\_

	Наблюдение №8	Наблюдение №9	Наблюдение №10	Наблюдение №11	Наблюдение №12	Наблюдение №13	Наблюдение №14
1. Дата (число/мес/год)	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
2. Температура (С)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3. Кровяное давление	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___
4. Время, приема и доза <b>Мизопростола</b>	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
5. Уровень вагинального кровотечения*	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Уровень схваток*	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Уровень боли (от 1 до 7 по шкале визуальной оценки боли)							
8. Болеутоляющие препараты							
9. Дополнительные препараты или вмешательства; укажите причины вмешательства							
10. Подпись персонала (врача, медсестры)							

**Если необходимы дополнительные дозы, заполните колонки на следующем листе**



**Памятка по самонаблюдению для женщины при проведении медикаментозного аборта до 84 дней аменореи (до 12 недель) беременности.**

Вы осознанно приступили к искусственному прерыванию беременности. Срок Вашей беременности \_\_\_\_\_. Вами был выбран метод МА с использованием лекарственных препаратов Мифепристона и Мизопростола.

Вы приняли первую таблетку, содержащую Мифепристон. \_\_\_\_ мкг в таблетках \_\_\_\_\_ внутрь в часов, дата \_\_\_\_\_ для прерывания беременности.

Через некоторое время после приема препарата у некоторых может начаться небольшое вагинальное кровотечение, у 16% женщин - полное изгнание плодного яйца, но Вы должны обязательно принять следующий вид препарата для эффективности МА.

Вы должны принять таблетку Мизопростола \_\_\_\_\_ мкг, в таблетках \_\_\_\_\_ через 24-48 часов, но не позднее чем 72 часов после приема Мифепристона.

Если прошло более 72 часов, то метод надо начать заново и снова принять таблетку Мифепристона.

Примечание: при сомнениях для приема Мизопростола можно обратиться к врачу в поликлинику и под его контролем начать прием препарата.

Мизопростол принимается в дозе \_\_\_\_\_ в таблетках \_\_\_\_\_, под язык/ за щеку (его рассасывают в течение 30 минут) или во влагалище.

Симптомы. Ожидайте схваткообразные боли и кровотечение, которое может превосходить как обычное, которое бывает у Вас во время менструации.

У большинства женщин вагинальное кровотечение начинается через 1 час или в течение 7 часов после приема Мизопростола. Это кровотечение продолжается около 1-4 часа и уменьшается сразу после того, как плодное яйцо выйдет наружу.

Пейте много жидкости (избегайте алкоголя) и ешьте легкую пищу. Следите за своим кровотечением. Таблетки, которые не растворились полностью, если вы их вставляли во влагалище, с началом кровотечения могут выйти, однако достаточная концентрация активного вещества таблетки для воспроизведения эффекта уже всосалась через слизистую влагалища.

Экстренные случаи. Экстренные случаи бывают редко, но важно быть к ним подготовленной. Желательно, чтобы кто-то из близких был рядом с Вами для поддержки. У вас должен быть номер телефона врача или медицинского учреждения, тел: \_\_\_\_\_ с которым вы можете в любое время связаться, название и адрес лечебного учреждения \_\_\_\_\_ и маршрут \_\_\_\_\_ к нему, для предоставления экстренной помощи.

Когда звонить с просьбой о помощи. Если вы думаете, что нуждаетесь в экстренной помощи из-за:

чрезмерного кровотечения: 4 и более прокладки, пропитанные кровью, в течение 2 часов;

чрезмерных спазмов или боли, не снимаемых предписанными обезболивающими препаратами;

температуры от 38 С и выше, которая держится более 4 часов, несмотря на прием парацетамола;

сильной рвоты или диареи (поноса) с длительностью более 4 часов, то необходимо вызвать машину скорой медицинской помощи или добраться другим транспортом в известное Вам лечебное учреждение.

Период восстановления:

Любая чувствительность груди, связанная с беременностью, должна исчезнуть в течение нескольких дней. Если у вас происходит выделение молока из груди, используйте

обтягивающий бюстгальтер с абсорбирующим материалом внутри. Выделение должно прекратиться через день или два.

Тошнота должна прекратиться в течение 24-48 часов.

Обычную деятельность: учебу, работу, вождение автомобиля, можно начать как обычно. Избегайте энергичных действий таких как: тяжелые физические нагрузки, плавание, поднятие тяжестей, верховые поездки и др. в течение не менее 2-х недель.

В связи с риском послеабортной инфекции не рекомендуются сексуальные контакты в течение 7-10 дней.

Вы сможете забеременеть через 8 дней после приема Мифепристона. Если с врачом не обсудили подходящий для Вас метод контрацепции, используйте презерватив при половом контакте до следующего Вашего визита к врачу.

Вы можете питаться по Вашему желанию. Однако, если у вас тошнота, вы почувствуете себя лучше при соблюдении осторожности в еде.

Применение гигиенических средств: купание только под душем, не рекомендуется купаться в водоёмах, бассейнах, ванной, ходить в сауну; использовать желательно гигиенические прокладки, а не тампоны, особенно в день приема Мизопростола. Спринцевания проводить не рекомендуются.

Контрольный визит. Осмотр врачом акушером-гинекологом должен быть выполнен спустя 7-14 дней после первого визита. Если Вы убедились в полном изгнании плодного яйца (т.е. видели части плодного яйца), контрольный визит необязателен.

Вас должен осмотреть врач на гинекологическом кресле. При необходимости следует провести ультразвуковое обследование для определения завершенности аборта. Не стесняйтесь связаться с нами и вернуться в клинику в любой момент в процессе процедуры аборта.

У большинства женщин (95 %) аборт завершается к моменту контрольного визита.

Редко беременность может продолжаться (около 1 %), когда лекарства не действуют. В таких случаях врач рекомендует повторный прием Мизопростола или другой метод( использование вакуумной аспирации) и направляет Вас в лечебное учреждение, где выполняется это процедура.

Препараты Мифепристон, как и Мизопростол, не увеличивают риск врожденных пороков у плода, хотя этот вопрос в клинических условиях достаточно не исследован, поэтому продолжать беременность можно под наблюдением.

Если беременность не развивается, но и не удалась из полости матки (около 5 %), вы можете выбрать из ниже предложенных действий: а) повторить Мизопростол и вернуться для проверки через неделю или б) выбрать хирургический аборт.

Повторить попытку или назначить вакуумный аборт придется, если у Вас не прервалась беременность в течение 2 недель после вашего первоначального визита.

Возможность вакуумного аборта. Медикаментозный аборт в более чем 95 % случаев является эффективным.

Некоторым женщинам понадобится вакуумная аспирация для завершения процесса, если медикаменты не были полностью эффективными или проявилось чрезмерное кровотечение.

### **Памятка по самонаблюдению для женщины постабортном периоде.**

Вы осознанно прошли процедуру искусственного прерывания беременности.

Вы можете покинуть клинику сразу после получения постабортного консультирования у врача и при хорошем самочувствии.

В период восстановления вы можете отмечать:

незначительные спазмы матки в течение нескольких последующих дней, которые можно устранить приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, назначенных Вашим врачом;

незначительные кровянистые выделения наподобие менструальных длительностью до 30 дней с постепенным снижением интенсивности;

Вам необходимо соблюдать инструкцию относительно приема любых прописанных врачом лекарственных препаратов;

Применение гигиенических средств: купание только под душем, не рекомендуется купаться в водоёмах, бассейнах, ванной, ходить в сауну; использовать желательно гигиенические прокладки, а не тампоны. Спринцевания проводить не рекомендуется.

Любая чувствительность груди, связанная с беременностью, должна исчезнуть в течение нескольких дней. Если у вас происходит выделение молока из груди, используйте обтягивающий бюстгальтер с абсорбирующим материалом внутри. Выделение должно прекратиться через день или два.

Тошнота, связанная с беременностью должна прекратиться в течение 24-48 часов.

Обычную деятельность: учебу, работу, вождение автомобиля, можно начать как обычно. Избегайте энергичных действий, таких как тяжелые физические нагрузки, плавание, поднятие тяжестей, верховые поездки и др. в течение не менее 2-х недель.

Рекомендуется воздержаться от половых отношений, пока продолжается кровотечение.

Очередная менструация возобновляется через 4-8 недель;

Детородная функция восстановится в скором времени после проведения процедуры (через 7-10 дней), поэтому, если в настоящее время беременность нежелательна, необходимо получить информацию о методах предохранения от нежелательной беременности и выбрать для Вас приемлемый метод.

Экстренные случаи. Экстренные случаи бывают редко, но важно быть к ним подготовленной. У вас должен быть номер телефона врача или медицинского учреждения, тел: \_\_\_\_\_ с которым вы можете в любое время связаться, название и адрес лечебного учреждения \_\_\_\_\_ для предоставления экстренной помощи.

Признаки и симптомы, требующие незамедлительного обращения в клинику :

- длительное и/или более обильное кровотечение, нежели выделения во время обычной менструации (более 2 прокладок за час в течение двух часов подряд);
- сильные или усиливающиеся боли, не снимаемые предписанными обезболивающими препаратами;
- выделения с неприятным запахом;
- повышение температуры тела, озноб;
- обмороки (потери сознания);

Необходимо вызвать машину скорой медицинской помощи или добраться другим транспортом в известное Вам лечебное учреждение.

Контрольный визит необязателен. При необходимости не стесняйтесь связаться с нами и вернуться в клинику в любой момент.

**Перечень необходимой документации (бланков) для искусственного прерывания  
беременности**

1. Амбулаторная медицинская карта Ф.025/Х.
2. Индивидуальная карта беременной и родильницы Ф.111-х.
3. Протокол проведения МА в амбулаторно-поликлинических условиях
4. Абортная карта Ф.003-1.
5. Протокол проведения МА в стационаре.
6. Протокол проведения хирургического аборта.
7. Партограмма
8. История болезни Ф.003/Х.
9. История родов Ф.096/У.
10. История развития новорожденного Ф. 097/Х
11. Журнал врачебно-консультативного консилиума (ВКК).
  12. Журнал лечебно-консультативного консилиума (ЛКК).
  13. Журнал перинатального консилиума
  14. Информированное добровольное согласие на проведение медикаментозного прерывания беременности.
  15. Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности хирургическим методом.
  16. Памятка по самонаблюдению для женщины при проведении МА.
  17. Памятка по самонаблюдению для женщины при прерывании беременности
  18. Образовательные визуальные материалы для консультирования женщин и письменные материалы, содержащие описание процессов медикаментозного аборта и вакуум-аспирации, методы контрацепции.

**Показатели отчетности для получения статического анализа.**

1. **Возраст** до 15 лет, 15-19 лет, 20-35 лет и старше
2. **Место жительства:** город, село
3. **Гестационный возраст:** до 12 недели, 13-21 недели 6 дней
4. **Методы прерывания беременности:**
  - Мануальная вакуум -аспирация
  - Электрическая вакуум -аспирация
  - Выскабливание
  - Медикаментозное
  - Расширение и эвакуация полости матки
5. **Причины прерывания беременности:**
  - Искусственное добровольное прерывание беременности
  - Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям: до 12 недели, 13-22 недель
  - Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям: до 12 недели, 13-22 недель
6. **Нелегальное прерывание беременности:** до 12 недели, 13-22 недель
7. **Самопроизвольное (спонтанное) прерывание беременности:** до 12 недели, 13-22 недель
8. **Консультирование перед прерыванием беременности** (число случаев, % )
9. **Подготовка шейки матки Мизопростолом** (число случаев, % )
10. **Методы обезболивания при прерывании беременности** (при хирургическом аборте):
  - Парацервикальная блокада с местными анестетиками
  - Общая анестезия
  - Другие методы (уточните)
  - Не один метод
11. **Консультирование после прерывания беременности, в том числе по планированию семьи** (число случаев, % )
12. **Предоставление послеабортной контрацепции:** (число случаев, % )
  - Презервативы
  - Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)
  - Инъекционные препараты
  - Внутриматочные спирали
  - Спермициды
  - Добровольная хирургическая стерилизация
  - Не один метод
13. **Осложнения после прерывания беременности:** (число случаев, % )
  - Прогрессирующая беременность
  - Неполное прерывание беременности
  - Повреждения шейки матки
  - Перфорация матки:
    - Легкая
    - Тяжелая
      - Разрыв матки
  - Инфекция половых путей и тазовых органов:
    - Эндометрит
    - Сальпингоофорит

- Пельвиоперитонит
- Перитонит
- Маточное кровотечение
- Анафилактические реакции
- Другие осложнения после прерывания беременности (уточните)

**14. Удовлетворенность пациентов качеством обслуживанием:**

- Удовлетворенный
- Неудовлетворенный

### **Методы дезинфекции и стерилизации инструментов для мануальной Вакуум -Аспирации.**

Iras MVA Plus® и одноклапанные аспираторы обозначаются как инструменты для многоразового использования. Они должны быть продезинфицированы высокоактивными веществами и стерилизованы до использования и после каждой процедуры для удаления загрязнений. Аспираторы можно не хранить стерилизованными или продезинфицированными высокоактивными веществами.

Канюли Iras EasyGrip® могут использоваться повторно после обработки, если это позволено правилами. Такие канюли должны быть продезинфицированы высокоактивными веществами и стерилизованы до следующего использования. Для них необходимо проводить глубокую дезинфекцию или стерилизовать при введении в матку.

Гибкие канюли Кармана и 3-миллиметровые канюли одноразовые. После использования следует утилизировать их как инфицированные отходы.

**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ.** Методы проведения обработки, не указанные в этих инструкциях, могут привести к повреждению и (или) изменению цвета устройства.

Замачивание в дезинфицирующем растворе: после процедуры аспираторы, канюли Iras EasyGrip® и переходники, которые используются повторно, сначала очищают во влажной среде. Если устройства высохнут, загрязнения будет сложно удалить.

В качестве дезинфектанта можно применять 0,5%-й раствор хлора.  
**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ.** Опасно прикасаться руками без защиты к инструментам до очищения.

**ОЧИЩЕНИЕ:** Аспираторы должны быть разобраны перед очищением и дальнейшей обработкой. В ходе этого также надо снять уплотнительное кольцо поршня. Съемные переходники должны быть сняты с гибких канюль Кармана. Тщательно вымойте все поверхности в теплой воде с моющим средством. Лучше использовать моющее средство, чем мыло, так как после мыла может остаться налет.

**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ.** Не используйте острые или заостренные предметы для очищения частей клапана или снятия уплотнительного кольца. Это может повредить устройство и привести к недержанию вакуума.

Рекомендуемые методы обработки инструментов.

После очищения Iras MVA Plus®, одноклапанные аспираторы, канюли Iras EasyGrip®, переходники (если используются) должны пройти дезинфекцию высокоактивными веществами или стерилизацию до использования на других пациентах. После этого устройства можно безопасно использовать для следующей процедуры.

Аспираторы и переходники можно не хранить продезинфицированными высокоактивными веществами и стерилизованными. Канюли должны быть продезинфицированы высокоактивными веществами и стерилизованы после использования.

**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ:** во избежание повреждения инструментов при их обработке важно точно следовать всем инструкциям.

Варианты стерилизации:

Автоклавирование - только для аспираторов Iras MVA Plus®, канюль Iras EasyGrip® и переходников (не помещайте в автоклав одноклапанный аспиратор) Стерилизуйте паром в автоклаве при температуре 121 °C (250 °F) 30 минут. Поместите разобранный аспиратор Iras MVA Plus® на ткань, бумагу или другую подходящую для автоклава упаковку с

биологическим индикатором. Необходимо обработать паром все поверхности. Детали не должны соприкасаться и должны быть расположены так, чтобы отверстия не заслонялись для стока воды. Канюли Iras EasyGrip®, особенно маленьких размеров, могут деформироваться в автоклаве. Чтобы минимизировать это, оберните их в бумагу, ткань или другую подходящую для автоклава упаковку с биологическим индикатором и расположите вдоль стенки или на дне автоклава. Убедитесь в том, что расположение других предметов не приведет к искривлению канюли.

Использование раствора Sporoх -только для адаптеров Iras MVA Plus, канюль EasyGrip® (не используйте Sporoх для одноклапанных аспираторов). Полностью погрузите разобранные части в Sporoх® II на 6 часов. Утилизируйте раствор в соответствии с инструкциями производителя или быстрее по результатам теста Sporoх в пробирках.

2%-й раствор глютаральдегида (Cidex® или эквивалентный ему раствор)- для всех устройств многоразового использования: полностью погрузите разобранные части на 10 часов или на время, указанное в инструкциях производителем. Предметы должны быть погружены полностью. Утилизируйте раствор в соответствии с рекомендациями производителя или быстрее, если раствор помутнел.

Кипячение - только для адаптеров Iras MVA Plus®, канюль EasyGrip® (не кипятите одноклапанные аспираторы.). Кипятите 20 минут. Предметы необязательно полностью погружать, но аспираторы надо разбирать полностью. Канюли могут поменять цвет без потери функциональности. Если вынимать канюли горячими, они могут сплюснуться. Дайте воде остыть до извлечения канюль и держите их за переходник или основание.

После обработки химическими веществами:

части аспиратора можно тщательно прополоскать в чистой питьевой воде;

канюли Iras EasyGrip® нужно тщательно прополоскать в кипяченой воде (для инструментов, продезинфицированных высокоактивными веществами) или в стерилизованной воде (если инструменты стерилизовались);

химические вещества опасны. При обработке инструментов соблюдайте необходимые меры безопасности, например, применяйте средства индивидуальной защиты. Для безопасного использования изучите инструкции по технике безопасности производителя.

Инструменты Iras MVA Plus® и одноклапанные аспираторы должны быть продезинфицированы высокоактивными веществами и стерилизованы после каждой процедуры.

Аспираторы можно не хранить продезинфицированными высокоактивными веществами и стерилизованными.

Канюлю необходимо дезинфицировать высокоактивными веществами или стерилизовать перед введением в матку. Хранить сухие инструменты следует при комнатной температуре в сухом чистом и защищенном от загрязнения контейнере, среда в котором обеспечивает требуемый уровень стерильности. Если такое хранение невозможно, перед следующим употреблением повторите обработку.

Замена канюль : гибкие канюли Кармана и 3-миллиметровые канюли одноразовые. Утилизируйте после первого использования.

При обработке канюль Iras EasyGrip® рекомендованными методами их можно использовать до 25 раз. Фактическое количество использований может отличаться. Утилизируйте и замените канюли, если:

- канюля стала хрупкой;
- канюля треснула, скрутилась или погнулась, особенно в области отверстия;



- ткани невозможно удалить при очищении.

#### Замена аспирантов

При обработке аспирантов рекомендованными методами их можно использовать до 25 раз. Фактическое количество использований может отличаться. Утилизируйте и замените аспиранты, если:

- цилиндр стал хрупким, треснул или на нем появились минеральные отложения, препятствующие движению поршня;
- части клапана треснули, погнулись или сломались;
- кнопки сломались;
- плечи поршня не фиксируются;
- аспиратор не удерживает вакуум

**Оборудование и расходные материалы,  
наличие которых обязательно в учреждениях, осуществляющих электрическую или  
мануальную вакуумную аспирацию**

Медицинские учреждения, наделенные полномочиями оказания услуг по прерыванию беременности в течение первых 12 недель, должны располагать двумя отдельными помещениями: одним – для осуществления медицинских манипуляций, и другим – с кроватями или креслами для восстановления пациенток после процедуры прерывания беременности.

Перед началом процедуры электрической или мануальной вакуумной аспирации необходимо убедиться, что в помещении для проведения манипуляций имеется в наличии следующее оборудование и расходные материалы в рабочем функционирующем состоянии:

**Оборудование:**

- 1) Стол для гинекологического осмотра.
- 2) Мощный источник света (лампа).
- 3) Стул для врача.
- 4) Пластмассовая емкость с раствором для обеззараживания (0,5% раствор хлорамина).

**Стерильные индивидуальные наборы инструментов:**

- 1) Влагалищные зеркала.
- 2) Щипцы для фиксации шейки матки.
- 3) Зажимы типа корнцанг.
- 4) Абортцанг различных размеров (окончатые зажимы)
- 4) Механические расширители Гегара или конусовидные расширители Пратта или Деннистона).
- 5) Осмотические расширители (типа Dialapam, Lamicel).
- 6) Гибкие канюли различных размеров.

**Расходные материалы:**

- 1) Вата, марля.
- 2) Антисептический раствор (предпочтительно без содержания спирта).
- 3) Шприц на 10 мл и спинальная игла 22-го размера для парацервикальной блокады (опционально).
- 4) Перчатки.

**Для электрической или мануальной вакуумной аспирации:**

- 1) Электрический вакуумный аспиратор или шприц для мануальной вакуумной аспирации.
- 2) Адаптеры (для гибких канюль).
- 3) Гибкие или полутвердые пластмассовые канюли Iras.
- 4) Силикон для смазывания шприцов.

**Для осмотра тканей:**

- 1) Фильтрационное устройство (металлическое, пластмассовое или марлевое).
- 2) Прозрачный сосуд.
- 3) Источник света.
- 4) Фиксирующий раствор.

5) Контейнер, отвечающий требованиям патологоанатомической лаборатории.

**Для неотложной реанимации:**

- 1) Оборудование для в/в инфузий и растворы.
- 2) Мешок Амбу и кислород.
- 3) Отвод для подачи воздуха (кислорода).

**Для высокой степени дезинфекции или стерилизации инструментов:**

**1) Неметаллические контейнеры.**

- 2) Моющее средство.
- 3) Чистая вода.
- 4) Раствор хлорамина(КАКОЙ %???)
- 5) Средство для высокой степени дезинфекции или стерилизации.

**Медикаменты:**

- 1) Для обезболивания - нестероидные противовоспалительные лекарства (НПВС)).
- 2) Бензодиазепины с анксиолитическим действием (например, диазепам).
- 3) Местные анестетики - например, лидокаин 0,5 - 1 %.
- 4) Препараты для антибиотикопрофилактики перед проведением аборта.
- 5) Утеротоники.
- 6) Для неотложных состояний - атропин, адреналин, диазепам, глюкокортикоиды.
- 7) Для облегчения расширения шейки матки -Мизопростол 200 мкг.
- 8) В/в растворы (физиологический раствор, Рингер-лактат).
- 9) Противостолбнячная сыворотка.

**Образец опросного листа для мониторинга и оценки мнения пациентов относительно качества  
услуг по хирургическому прерыванию беременности**

**1. Оценка качества услуг по прерыванию беременности**

Медицинское Учреждение \_\_\_\_\_ Отдел \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ ФИО врача \_\_\_\_\_

<b><u>Оценка перед прерыванием беременности</u></b>					
<u>Сбор общего анамнеза</u>					
<u>Сбор акушерско- гинекологического анамнеза</u>					
<u>Аллергия на лекарства</u>					
<u>Оценка АД, Рс, температуры</u>					
<u>Беременность, подтвержденная тестом</u>					
<u>Беременность, подтвержденная УЗИ</u>					
<b><u>Консультация</u></b>					
<u>Проведение в отдельном помещении</u>					
<u>Обсуждение решения</u>					
<u>Обсуждение рисков</u>					
<u>Описание методов прерывания и выбор подходящего из них</u>					
<u>Описание техники проведения</u>					
<u>Обсуждение и выбор способа обезболивания</u>					
<u>Обсуждение необходимости использования контрацептивов</u>					
<u>Интервал между консультацией и процедурой – менее одного часа</u>					
<b><u>Процедура</u></b>					
<u>Мытье рук</u>					
<u>Надевание перчаток</u>					
<u>Определение размера и положения матки</u>					
<u>Контроль наличия инструментов (полный комплект)</u>					
<u>Адекватное обезболивание</u>					
<u>Меры безопасности во время анестезии</u>					
<u>Поддержка пациентов во время местной анестезии</u>					
<u>Тестирование шприца</u>					
<u>Бесконтактный метод</u>					
<u>Адекватное расширение</u>					
<u>Признаки изгнания плода из матки</u>					
<u>Исследование тканей.</u>					
<u>Совпадения размера плода с предполагаемым сроком беременности</u>					
<u>Обеззараживание инструментов (зеркала, расширители, емкости насоса, шприц, канюли)</u>					
<u>Мытье рук</u>					
<b><u>ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕ АБОРТА</u></b>					
<u>Оценка жизненных признаков – как минимум один раз</u>					
<u>Обеспечение письменными домашними инструкциями</u>					
<u>Обеспечение антибиотиками</u>					
<u>Обсуждение нормального периода после аборта</u>					
<u>Обсуждение признаков возможных осложнений</u>					
<u>Консультации по вопросам контрацепции</u>					
<u>Предоставление номера для круглосуточной телефонной связи</u>					
<u>Планирование контрольного посещения</u>					

**Мнение пациентов относительно качества услуг по прерыванию беременности и  
степени их удовлетворенности  
(Анкета для анонимного опроса)**

Медицинское Учреждение \_\_\_\_\_

Отдел \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

1. До прохождения процедуры получили ли вы от медицинского персонала сведения о сущности и этапах процедуры по прерыванию беременности.  
Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Не помню \_\_\_\_\_
2. Были ли вам предоставлены сведения о послеабортном периоде и о признаках возможных осложнений (например, что делать в случае появления болей в животе, температуры или чрезмерного кровотечения; осведомлены ли вы о необходимости исключения половых контактов до прекращения кровотечения?)  
Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Не помню \_\_\_\_\_
3. Присутствовали ли посторонние лица во время консультации или самой процедуры?  
Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Не помню \_\_\_\_\_
4. Обсуждали ли вы с персоналом методы контрацепции после аборта?  
Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Не помню \_\_\_\_\_
5. Как вы считаете, был ли слишком длинным период времени, прошедший от обращения в клинику до проведения процедуры?  
Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Не помню \_\_\_\_\_
6. Считаете ли Вы стоимость этой процедуры доступной?  
Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Не помню \_\_\_\_\_
7. Если вам понадобится вновь обратиться в целях прерывания беременности, воспользуетесь ли Вы услугами этого медицинского учреждения или предпочтете другое? Вы порекомендуете данное учреждение и данную процедуру своим знакомым?  
Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Еще не решила \_\_\_\_\_

Комментарии

---

---

---

---

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Al RA, Yapca OE. Vaginal Misoprostol Compared With Buccal Misoprostol for Termination of Second-Trimester Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2015; 126(3):593-8.
2. American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). Clinical Policy Guidelines (A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion), NAF's textbook. Washington, 2013. <https://www.prochoice.org>
3. Andersson IM, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *PLoS One.* 2014; 9(12):e115957.
4. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception.* 2004 Jan; 69(1):51-8.
5. Blum J, Karki C, Tamang A, Shochet T, Shrestha A, Tuladhar H, Karki A, Sharma J, Abbas D, Dragoman M, Winikoff B., "Feasibility of a hospital outpatient dayprocedure for medication abortion at 13–18 weeks gestation: findings from Nepal" *Contraception* (September 2019)
6. Borgatta L, Kapp N; Society of Family Planning. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 2011 Jul; 84(1):4-18. ↔↔
7. Catherine S.Todd, Jose L.Sanchez, Jean K.Carr. Utilization of contraception and abortion and its relationship to HIV infection among female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. *Contraception.* Volume 74, Issue 4, October 2006, Pages 318-323
8. Chen YP, Wang PH, Tsui KH. Comment on the combination of mifepristone and misoprostol for the termination of second-trimester pregnancy. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2015; 54(4):469-70.
9. Cheng L. Surgical versus medical methods for induced abortion during the second trimester: RHL commentary (last revised: September 28, 2011). WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
10. Dean GI, Colarossi L, Lunde B, Jacobs AR, Porsch LM, Paul ME. Safety of digoxin for fetal demise before second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Contraception.* 2012 Feb; 85(2):144-9].
11. FDA. Drug Safety and availability. Mifeprex information: <http://www.fda.gov/>
12. FIGO. Misoprostol-only recommended regimens. 2017. <https://www.figo.org/>
13. Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with mifepristonemisoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. *Reprod Health Matters.* 2008; 16(31):162-72.
14. I Platais, T Tsereteli, R Comendant, D Kurbanbekova, Beverly Winikoff. Acceptability and feasibility of phone follow-up with a semiquantitative urine pregnancy test after medical abortion in Moldova and Uzbekistan - *Contraception*, 2015
15. Ingrida Platais, Tamar Tsereteli, Galyna Maystruk, Dilfuza Kurbanbekova, Beverly Winikoff. A prospective study of mifepristone and unlimited dosing of sublingual misoprostol for termination of second-trimester pregnancy in Uzbekistan and Ukraine. - *BMJ Sexual & Reproductive Health*, Volume 45, 2019.
16. Jansen NE, Pasker-De Jong PC, Zondervan HA. Mifepristone and misoprostol versus Dilapan and sulprostone for second trimester termination of pregnancy, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* 2008; 21(11):847-51]
17. Kapp N, Borgatta L, Stubblefield P, Vragovic O, Moreno N. Mifepristone in secondtrimester medical abortion: a randomised controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2007 Dec; 110(6):1304-10]

18. Kelly T, Suddes J, Howel D, Hewison J, Robson S. Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13 - 20 weeks of gestation: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2010; 117(12):1512-20.
19. Labour induction with prostaglandins: a systematic review and network metaanalysis/Z. Alfirevic, E. Keeney, T. Dowswell [et al.]/*BMJ*. - 2015. - Vol. 350, N 5. - P.h217, doi: 10.1136/bmj.h217.
20. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; Issue 1. Art. No.: CD006714.pub2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
21. Lopez-Cepero R1, Lynch L, de la Vega A. Effectiveness and safety of lidocaine in the induction of fetal cardiac asystole for second trimester pregnancy termination. *Bol Asoc Med P R*. 2013; 105(1):14-7.
22. Mark AG, Edelman A, Borgatta L. Second-trimester postabortion care for ruptured membranes, fetal demise, and incomplete abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015; 129(2):98103.
23. Mark AG, Wolf M, Edelman A, Castleman L. What can obstetrician/gynecologists do to support abortion access? *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 131: Suppl 1:S53-5.
24. Molaei M, Jones HE, Weiselberg T, McManama M, Bassell J, Westhoff CL. Effectiveness and safety of digoxin to induce fetal demise prior to second-trimester abortion/*Contraception*, 2008 - v.77-p. 223-5. PMID: 18279695
25. Nathalie Kapp , Catherine S. Todt, Klara T. Yadgarova, Gulchaekra Alibayeva, Dilyora Nazarova, Oralia Lozab, Guldjahan S. Babadjanova. A randomized comparison of misoprostol to intrauterine instillation of hypertonic saline plus a prostaglandin F2 $\alpha$  analogue for second-trimester induction termination in Uzbekistan. *Contraception* 76 (2007) 461–466.
26. Nautiyal D, Mukherjee K, Perhar I, Banerjee N. Comparative Study of Misoprostol in First and Second Trimester Abortions by Oral, Sublingual, and Vaginal Routes. *J Obstet Gynaecol India*. 2015; 65(4):246-50.
27. Ouerdiane N, Othmani K, Daaloul W, Ben Hamouda S, Bouguerra B. Efficacy of misoprostol for medical termination of pregnancy in second trimester: Prospective study. *Tunis Med*. 2015; 93(4):212-6.
28. Ramesh S, Roston A, Zimmerman L, Patel A, Lichtenberg ES, Chor J. Misoprostol 1 to 3 h preprocedure vs. overnight osmotic dilators prior to early second-trimester surgical abortion. *Contraception*. 2015; 92(3):234-40.
29. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. London (England): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2011 Nov. 130 p. (Evidence-based Clinical Guideline; no. 7). <http://www.rcog.org.uk>
30. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England. Scotland and Wales, 2010
31. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2012. ↵
32. Sagiv R, Mizrachi Y, Glickman H, Kerner R, Keidar R, Bar J, Golan A. Laminaria vs. vaginal misoprostol for cervical preparation before second-trimester surgical abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*. 2015; 91(5):406-11.
33. Sakkas EG, Detriche O, Buxant F. Rare complication of a late abortion: a case report. *Rev Med Brux*. 2014; 35(6):504-6.
34. Sally Sheldon/Late Abortion: A Review of the Evidence. 2004. <http://www.prochoiceforum.org.uk/pdf/>

35. Sawaya GFI, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a metaanalysis. *Obstet Gynecol.* 1996 May; 87(5 Pt 2):884-90.
36. Senat MV1, Fischer C, Bernard JP, Ville Y. The use of lidocaine for fetocide in late termination of pregnancy/*BJOG*, 2003 - v.110 - p. 296 - 300. PMID: 12628271
37. Sheila Raghavan, Tamar Tsereteli, Asamidin Kamilov, Dilfuza Kurbanbekova, Dilmurod Yusupov, Feruza Kasimova, Dilbar Jymagylova, Beverly Winikoff . Acceptability and feasibility of the use of 400 µg of sublingual misoprostol after mifepristone for medical abortion up to 63 days since the last menstrual period: Evidence from Uzbekistan, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, Volume 18, 2013.
38. Sheldon WR1, Durocher J2, Dzuba IG2, Sayette H3, Martin R2, Velasco MC3, Winikoff B2. Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: a multicenter, randomized trial. *Contraception.* 2019 May; 99(5):272-277.
39. Tanha FD, Gologachi T, Niroomand N, Ghajarzadeh M, Nasr R. Sublingual versus vaginal misoprostol for second trimester termination: a randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 287(1):65-9.
40. Ting WH, Peng FH, Lin HH, Lu HF, Hsiao SM. Factors influencing the abortion interval of second trimester pregnancy termination using misoprostol. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2015; 54(4):408-11.
41. Wang XT1, Li HY, Feng H, Zuo CT, Chen YQ, Li L, Wu ML. Clinical study of selective multifetal pregnancy reduction in second trimester. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2007 Mar; 42(3):152-6.
42. WHO Regional Office for Europe. Making Pregnancy Safer in Uzbekistan. Maternal mortality and morbidity audit. *Activities Report 2002-2008*
43. Yazdani SH, Zemalzadeh M, Bouzar Z, Golsorkhtabar-Amiri M. Effects of vaginal versus oral misoprostol to terminate second-trimester pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2012; 39(4):529-31.
44. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. 4-е изд. Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. М.: "ГЭОТАР-медиа", 2014. 1024 с. (С. 607 - 627).
45. Акушерство: национальное руководство/Коллектив авторов. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1080 с. (стр. 962 - 975).
46. Безопасный аборт: техническое и политическое руководство для систем здравоохранения - второе издание, 2012 г., ВОЗ.
47. Г.Б. Дикке, И.В. Сахаутдинова, Современные методы прерывания беременности в поздние сроки. *Акушерство и гинекология.* 2014; 1: 83 - 88.
48. Г.В. Благодарный, Оценка эффективности и безопасности методов родовозбуждения с применением простагландина E1/Кандидатская диссертация. - 2017. - ФГБНУ НИИ АГиР имени Д. Отта.
49. Г.Т. Сухих, В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Н.Е. Кан, В.Л. Тютюнник, О.Р. Баев, Н.И. Клименченко, Н.К. Тетруашвили, И.И. Баранов, Т.М. Астахова, А.А. Куземин, Н.В. Долгушина, А.А. Балущкина, Р.Г. Шмаков, Н.В. Артымук, Т.Е. Белокриницкая, Медикаментозное прерывание беременности. Клинические рекомендации (баённома лечения). - Минздрав России. - Москва, 2015. - 39 с.
50. Д. Гроссман, К. Блэнгарт, П. Блументаль, Осложнения после хирургического и медикаментозного аборта во втором триместре беременности. *Проблемы репродуктивного здоровья.* 2008; 12: 100 - 111.
51. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Под ред. Л.В. Адамян, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, О.С. Филиппова./Проблемы репродукции, 2014. - 471 с. Н.В.



- Артымук, 10 контраверсий искусственного аборта. Дискуссионные вопросы искусственного прерывания беременности в Российской Федерации/Н.В. Артымук//Statuspresens. - 2014. - N 2(19). - С. 102 - 112
52. Медикаментозное ведение аборта, 2018г., ВОЗ.
53. Н.Е. Кан, В.Л. Тютюнник, И.И. Баранов, М.Б. Ганичкина, Е.А. Калинина, Н.В. Долгушина, Е.Л. Яроцкая, М.П. Шувалова, Г.Р. Байрамова, С.В. Павлович, - Безопасный аборт в I и II триместрах беременности в условиях стационара: Учебное пособие. - Москва: "Центр полиграфических услуг "Радуга", 2017. - 88 с.
54. Н.Е. Кан, И.И. Баранов, Г.Б. Дикке, В.Л. Тютюнник, Медикаментозное завершение беременности в сроки от 12 до 22 недель: показания, методы и результаты. Акушерство и гинекология. 2016; 4: 11 - 15.
55. О материнской смертности в Российской Федерации в 2012 году: Методическое письмо Минздравсоцразвития России от 19 сентября 2013 г. N 15-4/10/2-7065. - 37 с.
56. О.С. Филиппов, З.З. Токова, А.С. Гата, А.А. Куземин, Гудимова. Аборт: особенности статистики в федеральных округах России. Гинекология. 2016; 01: 92 - 96.
57. Поддержание основных медицинских услуг: оперативное руководство в контексте COVID-19, 2020 г., ВОЗ
58. Роль медицинских работников в обеспечении безопасного прерывания беременности и контрацепции после аборта, 2015 г., ВОЗ.
59. Руководство по клинической практике безопасного аборта, 2014 г., ВОЗ.
60. Сводное руководство ВОЗ по мерам самопомощи для здоровья: сексуальное и репродуктивное здоровье и права, 2019 г., ВОЗ.