

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
КЫРГЫЗСКАЯ АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОВ И НЕОНАТОЛОГОВ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕРЕПОДГОТОВКИ И
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
АЛЬЯНС ПО РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ

Медикаментозный аборт в I и во II триместрах беременности

Клинический протокол

Клинический протокол Медикаментозный аборт в I и во II триместрах беременности в организациях здравоохранения Кыргызской Республики принят Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утвержден Приказом МЗ КР № 42 от 18 января 2017 года.

Клиническая проблема

Безопасные прерывания нежелательной беременности

Название документа

Медикаментозный аборт в I и во II триместре беременности

Этапы оказания помощи

Первичная и стационарная медицинская помощь.

Цель пересмотра клинического протокола

Продвижение качественных услуг безопасного аборта и расширение доступа к этим услугам.

Целевые группы

Клинический протокол предназначен для персонала, вовлеченного в предоставление услуг по аборту (непосредственные поставщики услуг - гинеколог, врач общей практики, акушерка, средний медицинский персонал, не медицинский обслуживающий персонал).

Рекомендуется использовать для прерывания беременности по желанию женщин: по медицинским и социальным показаниям.

Дата создания

Создано в 2016 году

Планируемая дата обновления

Проведение следующего пересмотра планируется в январе 2020, либо раньше при появлении новых ключевых доказательств. Все поправки к клиническому руководству будут опубликованы в периодической печати.

Любые комментарии и пожелания по содержанию клинического руководства приветствуются.

Адрес для переписки с рабочей группой

Кыргызская Республика, г. Бишкек
ул. Московская 225, КГМА
кафедра акушерства-гинекологии
e-mail: askerov.arsen@inbox.ru
rhak@infotel.kg

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	артериальное давление
БА	безопасный аборт
ВЗОМТ	воспалительные заболевания органов малого таза
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ГГБ	Городская Гинекологическая Больница
ДЗ	Департамент Здравоохранения
ИППП	Инфекции передающиеся половым путем
КААН	Кыргызская Ассоциация Акушеров-гинекологов и Неонатологов
КГМА	Кыргызская Государственная Медицинская Академия
КГМИПиПК	Кыргызский Государственный Медицинский Институт Переподготовки и Повышения Кадров
КНЦРЧ	Кыргызский Научный Центр Репродукции Человека
УОМПиЛП	Управление Организации Медицинской Помощи и Лекарственных Препаратов
МА	медикаментозный аборт
МВА	мануальная вакуумная аспирация
МЗ КР	Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики
МФПР/IRPF	Международная Федерация Планированного Родительства
НПВП	нестероидные противовоспалительные препараты
НЦОМид	Национальный Центр Охраны Материнства и Детства
НХЦ	Национальный Хирургический Центр
ОО АРЗ	Общественное объединение «Альянс по репродуктивному здоровью»
ОЗ	организации здравоохранения
ОПВ	объем околоплодных вод
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПС	планирование семьи
РМИЦ	Республиканский Медико-Информационный Центр
СРЗП	сексуальное и репродуктивное здоровье и права
ЧД	частота давления
ЧООБ	Чуйская Областная Объединённая Больница
ЦПС	Центр Планирования Семьи
Gynuity	Неправительственная организация по научным исследованиям по медикаментозному аборту
ФИГО/FIGO	Международная Федерация Акушеров-Гинекологов

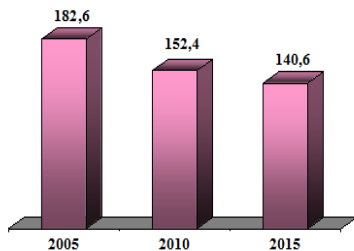
Введение

Термин «медикаментозный аборт» означает прерывание нежелательной беременности с помощью лекарственных препаратов, вызывающих выкидыш, что является альтернативной хирургическому вмешательству.

За последние два десятилетия претерпели существенное развитие доказательная база и технологии безопасной комплексной медицинской помощи по прерыванию нежелательной беременности, а также обоснование ее оказания с позиций соблюдения прав человека. Многие страны при поддержке Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) приняли клинические протоколы и стандарты оказания качественных услуг по безопасному аборту, отказались от небезопасных методов прерывания беременности: кюретажа, амниоцентеза. Несмотря на это, по оценкам, в мире выполняется 22 миллиона небезопасных абортов в год, что приводит к смерти 47 000 женщин и тяжелым осложнениям еще у 5 миллионов.

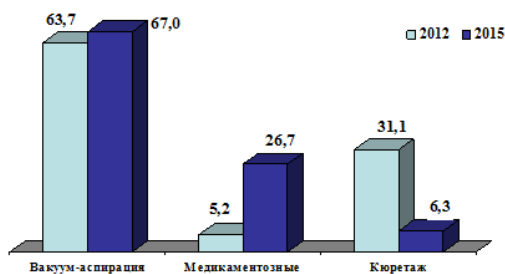
В Кыргызстане последние 15 лет происходили значительные изменения в клинической документации, регламентирующей деятельность специалистов, оказывающих услуги по прерыванию нежелательной беременности. За этот период произошло снижение числа абортов, в том числе криминальных и небезопасных. Следует отметить, что произошло это в первую очередь в связи с официальным внедрением медикаментозного аборта (клинический протокол по МА, утвержден в 2011 г), за 4 года в структуре искусственных абортов использование медикаментозного аборта выросло на 21,5% (по данным РМИЦ).

Число аборт на 1000 родов,
Кыргызская Республика, 2005, 2010, 2015г.г.



По оценкам ВОЗ – число аборт в стране

Структура искусственных аборт в сроке
беременности до 12 недель по видам,
Кыргызская Республика, 2012, 2015г.г. (%)



В связи с необходимостью обновления рекомендаций по проведению безопасного аборта, учитывающих передовой опыт, основанный на принципах доказательной медицины, и направленных на защиту здоровья и соблюдения прав женщин, ВОЗ в 2013 году переиздала публикацию «Безопасный аборт (второе издание): рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики».

Наличие свободного доступа к выполнению раннего безопасного аборта позволяет существенно снизить высокий уровень материнской смертности и заболеваемости. Такая форма обслуживания помогает системе здравоохранения избежать связанных с небезопасным абортм затрат; это так же позволяет предоставлять соответствующую помощь тем женщинам, которые еще недостаточно охвачены программами по планированию семьи и в том числе тем, в отношении которых методы контрацепции оказались неудачными.

Важнейшим условием для устранения осложнений после аборта является наличие квалифицированного и опытного персонала, соответствующего оборудования и эффективной системы экстренного направления в другие лечебные организации. Осложнения могут возникнуть во время операции, в восстановительный период или после него или на нескольких из этих этапах. Поэтому у организаций здравоохранения должен быть утвержденный клинический протокол по устранению осложнений. В большинстве случаев осложнения могут быть успешно устранены, если надлежащее лечение было начато вовремя.

Медикаментозный аборт с помощью мифепристона и мизопростола является весьма безопасным методом прерывания беременности на ранних сроках. Современные методы прерывания беременности, в том числе медикаментозный аборт, при правильном их выполнении, ассоциируются с меньшим риском, чем продолжение беременности или кюретаж и другие инвазивные методы ее прерывания.

Исследования показали, что медикаментозный аборт весьма приемлем как для женщин, так и для медработников во всем мире. Так, например, исследования, проведенные в Китае, Кубе, Индии, Вьетнаме, Непале, Южной Африке, Турции и Тунисе свидетельствуют о том, что 90% женщин были «довольны» или «очень довольны» результатами медикаментозного аборта. При этом важно интегрировать в услугу безопасного аборта консультирование по выбору метода контрацепции. Все медицинские работники должны быть обучены обсуждать все доступные клиентам методы контрацепции, включая действие и побочные эффекты, избегая при этом предвзятости и ложной информации.

Доступность медикаментозного аборта и осознанный информированный выбор женщины могут качественно изменить систему оказания услуг в организациях здравоохранения вторичного и первичного уровня, а также снизить число криминальных и небезопасных абортм, а так же оборот несертифицированных препаратов и их бесконтрольное использование.

Важно отметить, что у подавляющего большинства женщин нет противопоказаний к прерыванию беременности на ранних сроках с помощью мифепристона и мизопростола (до 71 дня гестации). В большинстве стран медикаментозный аборт противопоказан лишь незначительному числу женщин, что оговорено в документации, регламентирующей проведение абортм.

Данный протокол предназначен для помощи медицинским работникам сферы предоставления высококачественных и ориентированных на клиента процедур медикаментозного аборта и связанных с этим услуг, и охватывает все аспекты предоставления всесторонней помощи при абортм в первом и во втором триместре беременности. Рекомендации по клиническим процедурам основаны на принципах научно-обоснованной практики и доказательной медицины, которые приемлемы ко всем аспектам предоставления услуг.

Цель протокола - продвижение качественных услуг безопасного аборта и расширение доступа к этим услугам.

Ожидаемые результаты

Снижение материнской смертности и заболеваемости от небезопасных абортм

Снижение влияния аборта на здоровье женщин

Снижение частоты нежелательной беременности

Снижение частоты небезопасных аборт
 Снижение частоты внутрибольничной инфекций
 Улучшение доступа к безопасному абарту
 Улучшение качества и доступа к уходу после абарта (включая обеспечение контрацепцией после абарта)
 Повышение уровня удовлетворенности пациентов.

Целевые пользователи

Клинический протокол предназначен для персонала, вовлеченного в предоставление услуг по абарту (непосредственные поставщики услуг - гинеколог, врач общей практики, акушерка, средний медицинский персонал, не медицинский обслуживающий персонал).

Рекомендуется использовать для прерывания беременности по желанию женщин: по медицинским и социальным показаниям.

Состав рабочей группы по пересмотру протокола

Для пересмотра клинического протокола по медикаментозному абарту на всех уровнях оказания медицинской помощи была создана мультидисциплинарная рабочая группа.

Создание мультидисциплинарной группы позволило включить в процесс разработки и оценки рекомендаций все заинтересованные стороны и рассмотреть проблему с разных точек зрения.

Создание мультидисциплинарной группы позволило исключить личную заинтересованность разработчиков. Разработчики клинического протокола подписали Декларацию об отсутствии конфликта интересов, включая заинтересованность продвижения фармацевтических препаратов из личной и иной выгоды. Разработчики не являются сотрудниками каких-либо фармацевтических компаний и не представляют их интересы.

В состав мультидисциплинарной группы вошли врачи различных специальностей, эксперты по созданию клинических протоколов, акушерки и медицинские сестры, а также группа технической поддержки.

Руководитель рабочей группы

Асылбашева Р.	МЗ КР, главный акушер-гинеколог
---------------	---------------------------------

Руководитель обеспечивал эффективную работу группы и координацию взаимодействия между членами авторского коллектива.

Ответственные исполнители

Аскеров А.А.	КГМА, заведующий кафедры акушерства и гинекологии, д.м.н., профессор
Шоонаева Н.Д	КГМИПиПК, заведующая кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии, д.м.н.
Кулмурзаева З.Н.	ЧООБ, заведующая отделения гинекологии, к.м.н.
Чиркина Г.Э.	ОО «Альянс по репродуктивному здоровью», исполнительный директор, международный эксперт по вопросам СРЗП и БА

Ответственные исполнители осуществляли систематизированный поиск литературы, критическую оценку информации, обобщение данных и составление предварительного и основного текстов руководства.

Медицинские консультанты:

Акушерство и гинекология:	Бообекова А.А. - заведующая УОМП МЗ КР Осмоналиева Р.К. - доцент, к.м.н. кафедра акушерства и гинекологии КГМА Мамаджанова Г.К. - главный специалист Департамента Здравоохранения г. Бишкек Ракишев М.А. - заместитель главного врача Городской Гинекологической Больницы Рустанбекова С.С. - заведующая отделением гнойной септической гинекологии Национального Хирургического Центра Коздрович С.Н. - клинический руководитель клиники ОО «Альянс по репродуктивному здоровью»
Врачи общей	Жалиева Г., Турдалиева Г.М., Бекибаева Б.Б., Жумалиева А.О., Нагаева Д.,

практики:	Аманова Т., Иманкожоева Ч.И., Молдоакматова Э.К.
Средний медицинский персонал:	Орозалиева А. - акушерка клинического родильного дома № 2 г. Бишкек
Неправительственная организация:	Маатказиева А.Н. - программный координатор ОО «Альянс по репродуктивному здоровью», национальный эксперт по вопросам БА и репродуктивных прав

В эту группу вошли практикующие специалисты, предоставляющие услуги безопасного аборта, а также специалисты, работающие в области продвижения СРЗП. Они были приглашены из ведущих организаций здравоохранения Кыргызской Республики.

Введение медицинских консультантов в состав разработчиков позволило обсудить отдельные рекомендации, для которых не было найдено доказательств, а также вопросы применимости протокола в организациях здравоохранения всех уровней. Участие представителей неправительственных организаций позволило рассматривать клинический протокол и рекомендуемые подходы с точки зрения соблюдения прав клиентов.

Протоколы согласительных заседаний мультидисциплинарной рабочей группы по разработке клинических протоколов велись на базе кафедр акушерства и гинекологии КГМИПиПК, КГМА. Все члены группы подписали декларацию об отсутствии конфликта интересов.

Процесс апробации и утверждения

С 2010 года по 2016 год во всех организациях здравоохранения клинический протокол по МА был внедрен и в настоящее время используется обученными специалистами.

В 2010 г. клинический протокол по медикаментозному аборту был апробирован в клинических родильных домах № 1,2 г. Бишкек, родильном доме НЦОМид и Чуйской областной объединенной больницы, в дружественных клиниках для молодежи ОО АРЗ в г.Бишкек и г.Каракол. В процессе апробации клинического протокола были получены комментарии и замечания по форме изложения и отдельным рекомендациям, которые были учтены при его доработке.

Получены положительные отзывы:

- **Родика Комендант**, д.м.н., координатор Восточно-Европейского региона Международной Федерации Акушеров-Гинекологов (FIGO), координатор Международного Консорциума по медикаментозному аборту, консультант ВОЗ по безопасному аборту, кафедра акушерства и гинекологии Кишиневского государственного медицинского университета.
- **Джумалиева А.Д.** к.м.н., заместитель директора по науке КНЦРЧ,
- **Биялиева Г.С.**, к.м.н., и.о. доцента кафедры акушерства и гинекологии КГМИПиПК.

После апробирования и рецензирования данный клинический протокол был утвержден Экспертным советом по оценке качества КР/КП Министерства здравоохранения КР.

Председатель Экспертного совета МЗ КР по оценке качества клинических руководств и протоколов – Тойматов С.Ш., начальник УОМПиЛП МЗ КР.

Ответственный эксперт-методолог разработки и оценки качества клинических руководств и протоколов - Барыктабасова Б.К., к.м.н., консультант доказательной медицины МЗ КР.

Стратегия поиска информации

В связи с актуальностью проблемы на сегодняшний день в мире существует большое количество разнообразных клинических руководств, консенсусов, стандартов и прочих документов, посвященных медикаментозному аборту. Рабочей группой было принято решение о пересмотре клинического протокола по медикаментозному аборту для всех уровней организаций здравоохранения Кыргызской Республики путем адаптации существующих международных руководств высокого методологического качества, основанных на принципах доказательной медицины.

Поиск клинических руководств осуществлялся в национальных и международных электронных базах данных в сети Интернет, а также в результате участия членов рабочей группы в международных конференциях и симпозиумах, посвященных темам безопасного аборта.

За основу данного клинического протокола было взято руководство ВОЗ по медикаментозному аборту, второе издание (2013), основанное на последних мировых доказательствах.

Вводное руководство Проведение медикаментозного аборта в условиях нехватки ресурсов (второе издание) 2009 (Gynuity Health project).

Клинический протокол по медикаментозному аборту содержит так же исчерпывающую информацию по консультированию и по контрацепции (1).

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ В I-м И ВО II-м ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Всесторонняя помощь при аборте (необходимые условия):

- Уважение права клиента на конфиденциальность (в клинике гарантирована приватность, уединенная обстановка и конфиденциальность). Клиенты и работники, предоставляющие услуги, должны быть осведомлены о различных ситуациях, при которых закон предусматривает нарушение конфиденциальности (например, в случае насилия). При этом при любых обстоятельствах, нужно обеспечить право клиента на безопасность.

- Обеспечение права на достойное отношение - проявлять доброе и внимательное отношение, поддерживать благожелательные взаимоотношения, не осуждать, не клеймить.

- Уважение права клиента на принятие свободного и информированного решения, это значит предоставить полную и достоверную информацию перед получением согласия на процедуру (информация о процедуре и альтернативах, риске, побочном эффекте и осложнениях, о возможности неудачи, немедицинских аспектах).

Каждая женщина, принявшая решение прервать беременность, должна быть проконсультирована о методах прерывания, о преимуществе и недостатках каждого метода и принять решение, каким из методов она отдает предпочтение. (см. Карта информированного согласия).

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ В I-м ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ (до 71-го дня аменореи)

Медикаментозный аборт в 1-м триместре беременности - искусственное прерывание беременности с помощью лекарственных средств - мифепристона и мизопростола.

Эффективность метода - 95 - 98,5%.

БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

- Медикаментозный аборт с помощью мифепристона и мизопростола является весьма безопасным методом прерывания беременности. Ни один из препаратов не имеет отдаленных последствий для здоровья женщин.

- Описано тератогенное действие мизопростола (уровень В) (6). Во время консультаций очень важно разъяснить пациентке о необходимости контрольного обследования и прерывания беременности в случае продолжающейся беременности, возможно хирургическим путем.

- Применение мифепристона и мизопростола не прерывает внематочную беременность и не влияет на течение внематочной беременности (уровень В) (3).

- Медикаментозный аборт не влияет на последующую возможность забеременеть (уровень С) (7).

- Рекомендуются воздерживаться от кормления грудью в течение нескольких часов (4-6 часов) после приема каждой дозы препарата (уровень С) (7).

- Доступ к получению неотложной помощи. Хотя серьезные осложнения, требующие оказания медицинской помощи или переливания крови, возникают крайне редко, необходимо, чтобы персонал, оказывающий услуги аборта, знал, как обеспечить неотложную помощь или возможность экстренного направления в специализированные медицинские клиники с сопровождением.

- Посещение клиники для контрольного обследования является обязательным при проведении медикаментозного аборта. В случае если женщина не хочет, или не сможет прийти для контрольного обследования, ей нужно предложить другую альтернативу безопасного прерывания беременности (1, 2).

УСЛОВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

- Наличие подготовленных специалистов
- Доступ в течение 15-20 минут к круглосуточной экстренной помощи (при необходимости)
- Возможность проведения бимануального исследования и проведение экспресс-теста или УЗИ (подозрение на наличие внематочной беременности, подтверждение факта беременности и уточнение ее срока, если данные объективного исследования не соответствуют сроку беременности, подсчитанного на основании первого дня последних месячных, сопутствующая гинекологическая патология матки).
- Исключение состояния и заболевания, при котором имеются медицинские противопоказания к прерыванию беременности медикаментозным методом (см. Противопоказания).
- Проведение консультирования и подписание женщиной информированного согласия.

КРИТЕРИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Показания к использованию:

Нежелательная маточная беременность в сроках до 71 дня аменореи, т.е. 10 недель беременности в организациях здравоохранения ПМСП и стационарах, а свыше 71 дня – только в стационарах).

Кроме этого, данный метод рекомендуется женщинам, у которых: выраженное ожирение (ИМТ больше 30) без других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, миома матки, аномалии развития матки, предшествующая операция на шейке матки.

Противопоказания:

- Аллергия на мифепристон, мизопропростол или другие простагландины;
- Терапия кортикостероидами в течение длительного времени;
- Подтвержденная или предполагаемая внематочная беременность;
- Хроническая надпочечниковая недостаточность;
- Геморрагические нарушения, сопутствующая терапия антикоагулянтами;
- Тяжелая анемия;
- Наследственная порфирия.

Состояния, ошибочно трактуемые как противопоказания (уровень С)(6):

- перенесенное кесарево сечение;
- большое число родов;
- ожирение;
- аномалии развития матки.

Остается спорным вопрос о противопоказаниях при заболеваниях сердца, факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний, почечной и печеночной недостаточности и эпилепсии. Рекомендуется направление к специалистам.

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Сведения о проведении медикаментозного аборта заносят в медицинскую карту больного и соответствующие журналы учета. Необходимо сделать соответствующие записи в карте - возраст женщины, исходы предыдущих беременностей, осложнения в течении предыдущих беременностей, срок настоящей беременности, перенесенные в прошлом заболевания или оперативные вмешательства, аллергия на лекарства, прием медикаментов и использование контрацепции, планы дальнейшего применения контрацепции.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

А) Общее физическое обследование - общее состояние здоровья, пульс, АД, ЧД, температура тела (повышенная температура тела, свыше 38 °С рекомендуется уточнение диагноза).

Б) Установление срока беременности на основании:

- начала последней менструации;
- гинекологического обследования - по размеру матки;
- УЗИ - достоверный способ установления срока беременности. УЗИ и лабораторные тестирования являются специальными методами, но не должны считаться обязательными условиями для проведения аборта (уровень Д.)(4).

Другие исследования:

- Определение группы крови и резус-принадлежности с последующим введением при необходимости иммуноглобулина анти-D женщинам с резус отрицательной кровью и отсутствием антител к Rh фактору (по возможности). Иммуноглобулин анти-D следует вводить в момент применения простагландина мизопростола, но не позже 72 часов после аборта, в сроке беременности с 6 недель аменореи иммуноглобулин назначается в дозе 50 мкг в\м. (4). Однако, доказано, что при сроке беременности до 9 недель (63 дня аменореи) теоретический риск изоиммунизации женщины антигенами систем Rh при выполнении медикаментозного аборта крайне низок, определение Rh фактора и введение анти- Rh-иммуноглобулина не считаются необходимыми для медикаментозного прерывания беременности в ранних сроках.
- Анализ крови на RW, ВИЧ, коагулограмма (тромбоциты, свертываемость крови), группа крови и резус фактор - не входят в число необходимых перед проведением медикаментозного аборта, но существует небольшой риск завершения хирургическим абортom, для которого эти анализы необходимы. В организациях здравоохранения, где всем женщин проводят лабораторные исследования для исключения

ИППП, в отсутствие клинических признаков инфекции не следует откладывать искусственный аборт до получения результатов этих исследований (9).

- Бактериологическое исследование мазка не рекомендуется, так как метод не является высокоспецифичным и чувствительным и приносит мало пользы (уровень С)(6).
- Если имеется острая инфекция (ВЗОМТ), необходимо назначить антибиотики перед абортом и провести обследование на наличие инфекций, передаваемых половым путем, прервать беременность медикаментозным методом, с последующим лечением выявленных случаев инфекций (уровень С) (7).

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СХЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ АНТИБИОТИКАМИ

Риски инфицирования полости матки после медикаментозного аборта очень низкие, поэтому антимикробная профилактика не требуется.

Однако при наличии клинических проявлений инфекции следует немедленно назначить антимикробные средства, после чего выполнить искусственный аборт. В организациях здравоохранения назначаются исследования для исключения ИППП, но не следует откладывать искусственный аборт до получения результатов этих исследований.

ТЕХНОЛОГИЯ МЕТОДА

Визит 1:

- Диагноз маточной беременности сроком не более 71 дней от 1-го дня последней менструации (для ОЗ ПМСП и стационара) и свыше 71 дня (только для стационара);
- Консультирование, включая предоставление информации о методах прерывания нежелательной беременности, недостатках и рисках, возможность выбора метода аборта и контрацепции, подписание информированного согласия (см. Раздел до и пост абортное консультирование);
- Консультирование по вопросам использования методов контрацепции (см. Раздел до и пост абортное консультирование);
- Мифепристон **200 мг** per os, натощак;
- Если после приема мифепристона в течение первого часа возникла рвота, то препарат дают повторно в той же дозе. Если у пациентки до приема препарата были жалобы на тошноту, обусловленную беременностью, необходимо внутримышечно ввести метоклопрамид 2 мл, либо противорвотные препараты в таблетированной форме.

Визит 2:

- Прием мизопростола **400 мкг** сублингвально\буккально или интравагинально в дозе **800 мкг** однократно через **36-48 часов - оптимально (не раньше 24-х и не позднее 72-х часов)** после приема мифепристона. При приеме сублингвально\буккально женщинам, как правило, рекомендуется подержать таблетки за щекой или под языком в течение 20-30 минут, а затем проглотить остатки таблеток. Затем мизопростол назначают в дозе 400мкг каждые 3 часа интравагинально или сублингвально, но не более 4-х раз. Если через 24 часа не появились кровянистые выделения прием мизопростола в той же дозе - повторить;
- Медикаментозное прерывание беременности протекает по типу подобному менструальной реакции, и характеризуется: появлением тянущих болей внизу живота, как правило, несильных и легко переносимых пациенткой; кровянистые выделения из половых путей (начало кровянистых выделений в среднем через 25-28 часов после приема препарата, длительностью от 5 до 45 дней, по обильности соответствуют менструальным или немного превосходят их на 2-3 прокладки);
- Во время экспульсии плодного яйца могут отмечаться схваткообразные боли и усиление кровянистых выделений. У большинства пациенток процесс протекает без каких-либо жалоб;
- Болевой синдром. **Наиболее типичными эффектами приема мизопростола являются: боль и вагинальные кровотечения. Эти симптомы ожидаемы и связаны с процессом прерывания беременности.** В случае возникновения интенсивных болей внизу живота, обусловленных маточными сокращениями, проводится прием нестероидных противовоспалительных препаратов (парацетамол 500 мг или кетопрофен 100 мг или ибупрофен 500 мг однократно внутрь); (см. Раздел «Устранение побочных эффектов»);
- Почти у 90% женщин изгнание плодного яйца происходит в течение 4-6 часов, после применения мизопростола. При неэффективности, если беременность развивается, женщине предлагают повторное назначение мизопростола или хирургический аборт;
- При неполном аборте, в отсутствие тяжелого кровотечения, женщину наблюдают, предлагают ей повторное применение мизопростола (назначается мизопростол в дозе 600 мкг внутрь или 400 мкг сублингвально) или хирургический аборт;

- При неполном самопроизвольном аборте, если клиническое состояние женщины стабильно, и она не хочет ни медикаментозного, ни хирургического лечения, возможна выжидательная тактика;
- Тактика лечения неполного аборта должна основываться на клиническом состоянии женщины и ее предпочтениях;
- Длительное менструальноподобное кровотечение - ожидаемое следствие медикаментозного аборта. Как правило, кровянистые выделения уменьшаются в течение двух недель, но в отдельных случаях могут сохраняться до 45 дней;
- Хирургическое удаление содержимого полости матки может выполняться по требованию женщины, при длительном или обильном кровотечении, вызывающем анемию, либо при признаках инфекционного осложнения.
- В каждом конкретном случае следует убедиться в том, что аборт завершен. Это можно произвести на основании медицинского обследования (симптомы аборта со слов женщины и объективного обследования, подтверждающей уменьшение матки) и ультразвукового исследования. Однако для того, чтобы убедиться в успешном завершении процедуры посещение клиники не является обязательным требованием.
- УЗИ может быть эффективным методом оценки успешного проведения аборта, если врач/медработник владеет техникой проведения исследования. Очень важно уметь дифференцировать сгустки крови и остатки продуктов зачатия от неполного аборта и продолжающейся беременности. Если женщина клинически здорова, то нет показаний к хирургическому аборту, даже если при УЗИ обнаружены остатки продуктов зачатия. Как и при самопроизвольном выкидыше, зачастую целесообразно прибегнуть к выжидательной тактике, за исключением случаев продолжающейся беременности.
- Женщины, обращающиеся в ОЗ по поводу медикаментозного аборта, могут начинать использовать контрацептивы в день принятия мизопростола. Женщинам, которые собираются использовать ВМС, рекомендуется установить его после завершения аборта. Выбор соответствующего метода контрацепции зависит от наличия противозачаточных средств на местах, потребностей и предпочтения самой женщины.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ: АЛГОРИТМ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Посещение	Время посещения	Мероприятия
Первое посещение		<ul style="list-style-type: none"> • Установление диагноза маточной беременности сроком не более 71 дней от 1-го дня последней менструации (для ОЗ ПМСП и стационара) и свыше 71 дня (только для стационара). • Получение информированного согласия. • Прием мифепристона (200 мг) per os. • Обсуждение методов контрацепции и выбор метода ПС.
Второе посещение	Через 36-48 ч после приема мифепристона	<ul style="list-style-type: none"> • Прием мизопростола (400-800 мкг) сублингвально\буккально или интравагинально. • Через 24 часа возможен повторный прием мизопростола. • Обсуждение методов контрацепции. • Оценка успешного проведения аборта. • Консультирование по использованию средств контрацепции.

Лекарственные препараты мифепристон и мизопропрост выдаются в ОЗ для медикаментозного аборта на платной основе или их приобретает сама женщина по рецепту врача в аптеке.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИФЕПРИСТОНА У ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП ПАЦИЕНТОК

Курение. Не является ограничением в применении мифепристона. Если женщина старше 35 лет (при использовании в сочетании с простагландинами) курит более 10 сигарет в сутки, эффективность действия препарата снижается или развиваются более выраженные метроррагии (уровень Д) (5).

Бронхиальная астма. Вследствие воздействия мифепристона эффективность лечения кортикостероидами может снизиться на 3-4 дня после его приема. В этих случаях возможна корректировка курса лечения. Например, при лечении астмы кортикостероидными ингаляциями, следует внести коррективы в схему приема, увеличив дозу вдвое за 48 ч. до приема мифепристона и сохраняя ее на таком уровне в течение приблизительно одной недели (уровень Д) (9).

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕГУЛЯЦИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

- Прогрессирование беременности (0-1,5%)
- Неполный индуцированный выкидыш (0-1,3-4,6%)
- Обильное маточное кровотечение (0-1,4%) (4, 6, 8)
- Инфекционное осложнение

Эти осложнения требуют коррекции в условиях гинекологического отделения стационара.

Острая гематометра (постабортный синдром) - может наблюдаться через нескольких часов и в течение 3 дней после аборта. При этом матка становится чрезмерно напряженной, переполняется кровью и оказывает давление на прямую кишку. Наблюдаются спастические сокращения, которые могут сопровождаться симптомами раздражения блуждающего нерва (nervus vagus), например, склонность к обморокам, бледность, брадикардия, понижение АД, редкое дыхание, потоотделение. При этом наблюдается полное отсутствие кровянистых выделений из влагалища или же минимальное их количество. Лечение заключается в незамедлительной аспирации жидкости и сгустков крови из матки, что сразу же приводит к разрешению проблемы. После опорожнения полости матки назначаются препараты, способствующие ее сокращению в сочетании с антибиотиками.

Инфекционные осложнения: Открытый канал шейки матки после аборта или родов способствует восходящей инфекции половых органов. Клиническая картина обычно включает лихорадку или ознобы, 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 антимикробная терапия, при подозрении на задержку остатков плодного яйца в полости матки - эвакуации ее содержимого.

Редкие случаи **анаэробной инфекции** без лихорадки после медикаментозного аборта: В этих случаях температура тела не повышается или повышается незначительно, отмечается тошнота, рвота, слабость разной интенсивности, незначительная боль в животе. Затем наблюдается быстрое ухудшение состояния в течение нескольких часов или дней, тахикардия, рефрактерная артериальная гипотония, выпоты в полостях тела, повышение гематокрита и нейтрофильный лейкоцитоз, токсический шок.

Первая помощь при чрезмерном вагинальном кровотечении

- Убедитесь в проходимости дыхательных путей.
- Проверьте пульс, АД и дыхание.
- Подключите в\в систему через венозный катетер с соответствующим диаметром.
- Держите пациентку в тепле.
- Приподнимите пациентке ноги.
- Используйте средства, вызывающие сокращение матки (окситоцин), массаж матки, опорожнение матки хирургическим аспирационным путем, бимануальная компрессия матки.
- Если возможно, подайте кислород через маску или назальную канюлю (6-8л\м).
- Инфузия растворами Рингера или физ.р-ра, в количестве 1л и продолжайте в течение 15-20 минут. Не давайте жидкостей через рот.
- Если уровень гемоглобина ниже 50г\л или гематокрит меньше 15%, начните переливание препаратов крови.
- Контролируйте количество вводимой жидкости\крови (по возможности с использованием диаграммы).
- Контроль мочеиспускания. Проверьте, нет ли анурии или уменьшение количества мочи. Темный цвет мочи может указывать на уменьшение функции мочеотделения.
- Проверьте гемоглобин, гематокрит, группу крови и резус-фактор, количество тромбоцитов. Лабораторные исследования не должны задерживать лечение.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ И СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЯМ

Шифр О. 04

Медикаментозное прерывание беременности во втором триместре беременности - искусственное прерывание беременности (самопроизвольное изгнание или извлечение эмбриона, плода) в период до 22 недель беременности с помощью лекарственных средств мифепристона и мизопростола.

Искусственное прерывание беременности до 22 недель может быть проведено по социальным и медицинским показаниям.

Эффективность метода - 97,9% -99,5%

Безопасность - применение мифепристона и мизопростола весьма безопасно.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СРОКЕ БОЛЕЕ 12 НЕДЕЛЬ И ДО КОНЦА 21-ОЙ НЕДЕЛИ

Искусственное прерывание беременности во втором триместре по социальным показаниям проводится по желанию женщины в сроке беременности до 22 недель только при следующих социальных показаниях:

1. Наличие инвалидности I-II группы у жены и/или мужа
2. Смерть мужа во время беременности жены
3. Пребывание мужа или женщины в местах лишения свободы
4. Наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав
5. Наличие официального статуса безработного у женщины или ее мужа
6. Женщина, имеющая официальный статус беженца или вынужденного переселенца
7. Расторжение брака во время беременности
8. Беременность в результате изнасилования
9. Многодетность (число детей 5 и более)
10. Наличие в семье ребенка-инвалида
11. Материальная необеспеченность (доход на 1 члена семьи менее официального установленного прожиточного минимума).
12. Возраст беременной женщины младше 18 лет;

Вопрос об искусственном прерывании беременности во втором триместре по социальным показаниям устанавливается на заседании комиссии по прерыванию беременности по социальным показаниям.

По письменному заявлению беременной женщины и соответствующих юридических документов, подтверждающих социальные показания, и документов, удостоверяющих личность заявителя (паспорт у взрослых или справка с ГРС, свидетельство о рождении у несовершеннолетних), комиссией выдается разрешение на прерывание беременности.

Медицинскими показаниями для прерывания беременности являются все клинические ситуации, при которых пролонгированные беременности представляет серьезную угрозу жизни и здоровью женщины. Кроме того, аборт выполняется по медицинским показаниям при условии информирования женщины о всех рисках и угрозах и получения ее согласия, в случаях, когда перспективой исхода беременности является рождение нежизнеспособного либо неполноценного потомства. Показания определяются в соответствии законодательством КР и действующими нормативными актами. Госпитализация беременных на прерывание беременности во 2-м триместре осуществляется при наличии заключения комиссии, результатов обследования и документов, удостоверяющих личность.

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ МА ВО II-м ТРИМЕСТРЕ

- острые воспалительные процессы женских половых органов, в том числе, передающиеся половым путем;
- острые воспалительные процессы любой локализации;
- острые инфекционные заболевания;
- гипертермия неясной этиологии;
- при наличии других противопоказаний вопрос решается индивидуально в каждом случае.

Примечание: после излечения указанных заболеваний прерывание беременности производится в соответствии с данным протоколом, но не позднее 21 недели беременности.

МЕТОДЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО II-м ТРИМЕСТРЕ

- Предпочтительный медикаментозный метод прерывания беременности с использованием мифепристона и дальнейшее введение повторных доз мизопростола.
- Хирургический метод используется в качестве альтернативы при неудаче проведения медикаментозного аборта.
- Гистеротомия несовместима с современной практикой выполнения аборта из-за более высоких показателей заболеваемости, смертности и затрат в сравнении с процедурой расширения шейки матки и эвакуации продукта зачатия или с медикаментозными методами аборта. Также не должна осуществляться гистеротомия за исключением тех случаев, которые требуют безотлагательной операции.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МИФЕПРИСТОНА И МИЗОПРОСТОЛА ВО II-м ТРИМЕСТРЕ

Абсолютные противопоказания при использовании мифепристона в сочетании с мизопростолом:

- выявленная ранее аллергическая реакция на какой-либо из вышеназванных препаратов;
- наследственная порфирия;
- геморрагические нарушения (нарушения свертываемости крови).

Необходимо соблюдать осторожность при:

- применении кортикостероидных препаратов;
- хроническая недостаточность надпочечников;
- анемии высокой степени;
- при ранее диагностированных пороках сердца и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний;

ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО II-м ТРИМЕСТРЕ

- Сбор анамнестических данных.
- Определение факта и срока беременности - УЗИ матки и плода.
- Определение гемоглобина и гематокрита.
- Определение группы крови и резус-принадлежности с последующим введением при необходимости женщинам с резус отрицательной кровью и отсутствием антител к Rh фактору иммуноглобулина анти - D (по возможности). Иммуноглобулин анти-D следует вводить лучше в момент применения простагландина мизопростола, но не позже 72 часов после аборта. При сроке 13 и более недель беременности иммуноглобулин назначается в дозе 300 мкг в\м (уровень C) (5).
- Анализ крови на RW, ВИЧ, коагулограмма (тромбоциты, свертываемость крови).
- Бактериологическое исследование мазка проводить не рекомендуется, так как метод не является высокоспецифичным и чувствительным.
- Если имеется острая инфекция (ВЗОМТ) необходимо назначить антибиотики перед абортom в профилактических целях и обследование на наличие инфекций, передаваемых половым путем, прервать беременность медикаментозным методом, с последующим лечением выявленных случаев инфекций.
- Осмотр терапевта, консультация других специалистов (при прерывании по социальным показаниям не обязательно, по показаниям).

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Цель обезболивания - обеспечить условия, чтобы женщина испытывала минимум тревоги и дискомфорта при минимальном возможном риске для ее здоровья. Должен быть определен сотрудник, который будет наблюдать за состоянием женщины, оценивать и обеспечивать ее потребности в обезболивании.

При проведении медикаментозного аборта во втором триместре беременности для большинства женщин требуется применение определенных обезболивающих средств (парацетамол или аналогичный препарат).

ПРОЦЕДУРА АБОРТА ВО II-м ТРИМЕСТРЕ

- Медикаментозный аборт проводит специально обученный медицинский работник (наличие сертификата).
- Перед началом медикаментозного аборта следует провести общий и гинекологический осмотр, убедиться в том, что срок беременности соответствует установленному, и женщина понимает суть процедуры и согласна на ее проведение (см. Информированное согласие).
- Женщину рекомендуется размещать в палате отдельно от рожениц и родильниц, чтобы не усиливать психологическую травму от потери плода.
- Следует оценить показатели жизненно важных функций женщины перед началом процедуры МА и проверять их каждые 4 часа, при появлении симптомов сильных сокращений матки, показатели жизненно важных функций необходимо оценивать каждые 2 часа.
- После приема мифепристона **200 мг**, спустя через 36-48 ч **мизопростол 800 мкг** вагинально, с повтором дозы - **мизопростола 400 мкг** вагинально, сублингвально или перорально, каждые 3-6 часов, но не более 4-х раз. При вагинальном введении мизопростола необходимо ввести глубоко во влагалище. При сублингвальном применении таблетку мизопростола следует поместить под язык и спустя 30 минут проглотить остатки.

- В течение этого периода женщина будет испытывать спастические сокращения матки (схватки). Следует обеспечить обезболивание, путем применения соответствующих средств, начав с ненаркотических анальгетиков и назначая наркотические препараты, если требуются более сильные средства.
- Иногда в процессе медикаментозного аборта у женщины, принявшей мизопропростол, может подняться температура. Если у женщины температура выше 38°C, ей следует назначать по 500 мг парацетамола перорально каждые четыре часа по мере необходимости.
- После расширения шейки матки во влагалище может пальпироваться пролабирующий плодный пузырь. В результате создающегося при этом давления женщина может испытывать дискомфорт. Ощущение дискомфорта можно уменьшить, вскрыв плодный пузырь рукой в перчатке, или зажимом. Часто выход плода происходит через 1-2 часа после разрыва оболочек.
- Следует сохранять тепло, укрыть ей ноги.
- Необходимо вести пациентку, разговаривать с ней, оказывая психологическую поддержку.
- При выкидыше следует удерживать плод таким образом, чтобы женщина не почувствовала шевеление конечностей плода во влагалище.
- После выхода плода следует пережать пуповину зажимом со стороны матери и завернуть плод в ткань или бумагу. В редких случаях может отмечаться незначительное шевеление плода во время его прохождения через влагалище. Тем не менее, плод не является жизнеспособным, и пережимать пуповину со стороны плода нет необходимости. Если пуповина со стороны плода не пережата, плод вскоре перестанет шевелиться.
- После экспульсии/рождения плода и плаценты необходимо обследовать шейку матки на наличие разрывов. Ввести гинекологическое зеркало и осторожно убрать с шейки сгустки крови. Визуально убедиться в отсутствии разрывов. Также важно исследовать плод и плаценту, чтобы убедиться в том, что экспульсия плода и плаценты завершена полностью, т.е. полость матки свободна.
- Для ускорения выделения плаценты иногда сразу после рождения плода внутримышечно вводится 10 ЕД окситоцина.
- Рутинно хирургическое выскабливание матки не производится, лишь по показаниям.
- С целью профилактики гнойно-септических осложнений можно применять антибиотики (доксциклин, метронидазол по общепринятой схеме.)
- При сроке беременности от 15 недель и более следует предоставить женщине лекарственные препараты, подавляющие лактацию.
- Прерывание беременности во 2-м триместре по медицинским показаниям, связанным с состоянием плода производится после установления показателя и диагноза ВПР у плода после медико-генетического консультирования (по возможности).

СХЕМА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА ВО II-м ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Срок гестации	Схема приема препаратов	Эффективность	Абортный интервал
от 12 до 22 нед	Мифепристон 200 мг , спустя 36-48 ч мизопропростол 800 мкг вагинально, с повтором дозы - мизопростола 400 мкг вагинально, сублингвально или перорально, каждые 3-6 часов, но не более 4-х раз.	24 часа: 97,9% 36 часа: 99,5%	6-7 часа

Аборт во II-м триместре беременности может быть выполнен только в стационаре.

- ✓ Если нет эффекта в течение 1-го дня, на следующий день используется только мизопропростол: вагинально или перорально 400 мкг каждые 3 часа.
- ✓ Небольшой (3-4 часа) интервал предпочтителен при сроках беременности менее 18 недель.
- ✓ При сроках беременности 18 недель и более интервал может быть увеличен до 6 часов.

ВОСТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

- При наблюдении за женщинами после прерывания беременности медикаментозным путем необходимо обеспечить им условия для отдыха, оказать поддержку и следить за их общим состоянием. Уделять особое внимание жалобам женщин на боль, так как болевой синдром может быть обусловлен острой гематометрой (скоплением крови в полости матки), которая поддается лечению препаратами, вызывающими маточные сокращения.

- Крайне важно оценить размер матки путем ее бимануального исследования через брюшную стенку.

- При отсутствии осложнений женщина может покинуть ОЗ после стабилизации общего состояния и функций жизненно-важных органов, а также после предоставления ей соответствующей информации (см. Консультирование после аборта).

- Повторный визит к врачу с целью дальнейшего наблюдения и оценки общего состояния здоровья, необходимо осуществить через 14 дней после данной процедуры.

- Медперсонал обязан проследить за тем, чтобы до выписки из ОЗ все женщины получили необходимую информацию и прошли консультирование по вопросам контрацепции после аборта, включая неотложную контрацепцию (см. «Сроки начала использования контрацепции после аборта в первом триместре беременности»).

- Следует обсудить со всеми клиентками вопросы профилактики ИППП, включая ВИЧ.

Лекарственные препараты мифепристон и мизопропростол выдаются в ОЗ для медикаментозного аборта во втором триместре по медицинским и социальным показаниям.

УСТРАНЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

	Описание
Боль	Жалобы на боль, восприятие боли и потребность в обезболивании значительно варьируется, и во многом зависят от культурных особенностей, от клиники и от самой пациентки. Например, в тех странах, где для хирургического аборта не используется обезбоживание, медикаментозный аборт расценивается как практически безболезненный. Большинство женщин, тем не менее, отмечают, по меньшей мере, незначительную боль, и приблизительно половина женщин нуждаются в обезболивании. Боль быстро проходит после изгнания продуктов зачатия и лишь в редких случаях указывает на необходимость хирургического вмешательства.
Кровотечение	У всех женщин, которым был успешно проведен медикаментозный аборт, отмечается вагинальное кровотечение. Кровотечение, скорее всего, будет более сильным и длительным, чем обычная менструация, но, это, как правило, не сказывается на уровне гемоглобина. Общий объем кровопотери связан со сроком беременности. Самое сильное кровотечение отмечается через 3-6 часов после приема протогландина и, обычно, длится около недели, но у некоторых женщин может длиться даже месяц.
Сильное или длительное кровотечение	Обильное или длительное кровотечение, приводящее к клинически значимому изменению уровня гемоглобина, наблюдается крайне редко. Примерно на 1% случаев, для остановки кровотечения может понадобиться хирургическое вмешательство. Еще реже может возникнуть необходимость в переливании крови (0,1%-0,2%). В медицинской литературе нет сообщения об удалении матки в целях остановки кровотечения после медикаментозного аборта. Очень важно объяснить женщине, что в большинстве случаев медикаментозный аборт протекает без осложнений, но также важно убедить ее без раздумываний позвонить врачу/медработнику в случае очень сильного кровотечения. Подсчет гигиенических прокладок поможет более точно оценить объем кровопотери. В таких случаях, женщине рекомендуют позвонить врачу, если она использует больше двух больших гигиенических прокладок в час в течение двух часов подряд.
Высокая температура/ озноб	Мизопропростол иногда вызывает повышение температуры. Высокая температура обычно держится не более 2-х часов. Воспаление матки/органов малого таза при медикаментозном аборте наблюдается редко, но если температура держится в течение нескольких дней или появляется через несколько дней после приема протогландина, то это может указывать на наличие инфекции.
Тошнота и рвота	При проведении медикаментозного аборта тошнота наблюдается приблизительно у половины женщин, а рвота-менее чем у трети пациенток. Эти симптомы, как правило, связаны с беременностью и приемом препаратов, вызывающих аборт. Эти симптомы могут появиться или усугубиться после приема мифепристона и, как правило, проходят через несколько часов после приема мизопростола.
Диарея	Быстропроходящая диарея (понос) отмечается после приема мизопростола менее чем у четверти женщин. Так как почти всегда симптомы диареи быстро проходят, лечение требуется крайне редко.

Головная боль, обморочное состояние	Эти симптомы наблюдаются менее чем у четверти женщин. Они, как правило, проходят без лечения, самопроизвольно и лучше всего лечатся симптоматически.
Инфекция	Серьезные инфекционные осложнения после медикаментозного аборта (при которых требуются внутривенное вливание антибиотиков и госпитализация) наблюдаются редко. Были зарегистрированы случаи смертельного исхода в связи с инфицированием, но они наблюдаются крайне редко, менее чем в 0,5 случаях на 100 тыс. абортов. В большинстве случаев, инфекционные осложнения, наблюдаемые после медикаментозного аборта, не являются серьезными и проходят после проведения однократного курса лечения пероральными антибиотиками в амбулаторных условиях.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДО АБОРТА

Необходимо обеспечить **уединенную обстановку** для консультации, равно как и для проведения процедуры аборта. Конфиденциальность и недоступность информации о клиенте третьим лицам, один из важных факторов качественной услуги по безопасному аборту.

К тому времени, когда женщины обращаются к работникам здравоохранения, большинство из них уже решило судьбу своей нежелательной беременности. Однако консультанту стоит еще раз напомнить о возможных вариантах выбора:

- Сохранить беременность и иметь ребенка
- Сохранить беременность и отдать ребенка на усыновление
- Обратиться к безопасному аборту, доступно и законно
- Рисковать жизнью и здоровьем и обратиться к опасному аборту.

Целями консультирования женщин в данных ситуациях должны быть:

- Снятие стресса, страха и чувства вины.
- Предотвращение будущих нежелательных беременностей путем обеспечения согласия на метод контрацепции и получение самого метода.
- Предотвращение непосредственного/долгосрочного психологического эффекта, например: депрессии, которая обычно наблюдается после аборта.

Причиной аборта может быть также и изнасилование, поэтому не исключается более продолжительное приватное консультирование. Необходимо оказать женщине максимальную поддержку и рассказать о возможности воспользоваться правовой защитой.

До проведения любой процедуры пациентка должна быть проинформирована о методах аборта, обо всех рисках и преимуществах и затем самостоятельно принять решение, основываясь на полной и точной информации о том, какую проводить процедуру или отказаться. Этот процесс не задержит проведение аборта, только если этого не захочет сама женщина. В случае согласия на процедуру женщина подписывает **карту информированного согласия** (см. Карта информированного согласия).

Предоставьте пациентке точную и всеобъемлющую информацию, включая:

- ✓ Что происходит во время и после процедуры и сколько это длится;
- ✓ Информацию о состоянии здоровья и данной беременности;
- ✓ Информацию о процедуре прерывания беременности: насколько она безопасна и какие отсроченные последствия может иметь;
- ✓ Информацию о различных способах обезболивания, если есть возможность выбора и помогите определиться с выбором;
- ✓ Обсуждение методов контрацепции и выбор метода, который женщина будет использовать после аборта;

Поощряйте женщину задавать вопросы, выражать опасения и при необходимости повторяйте информацию.

Следует обратить внимание и тщательнее консультировать женщин с повторными абортами, поскольку вероятно, что она не была адекватно проконсультирована раньше. Консультант должен помочь женщине разобраться в трудностях использования контрацепции и работать с ней до тех пор, пока эти проблемы не разрешатся:

- помочь женщине понять и проанализировать, к чему ведет нежелательная беременность;
- выяснить ее опыт в планировании семьи, и почему это не работает эффективно;
- разрешить прошлые проблемы, используя планирование семьи;

- проконсультировать женщину в отношении экстренной контрацепции;
- направить женщину при необходимости в медицинские службы, которые помогут решить вопросы, возникшие в отношении ПС.

Так же особое внимание должно уделяться девочкам-подросткам, поскольку они:

- больше всего нуждаются в информации о контрацепции и соответствующих службах;
- могут иметь меньшую поддержку со стороны партнеров и семьи;
- могут подвергаться скрытому сексуальному насилию;
- больше «зажаты» и испытывают большой стресс, что может сказаться на боли и поведении во время процедуры.

Провайдер должен быть внимателен, чтобы не позволить грубых/резких/оценочных высказываний относительно сексуальной активности подростка, чтобы не вызвать у него обратную реакцию. Консультанту необходимо договориться с подростком о поддержке со стороны взрослых членов семьи. Но обеспечьте конфиденциальность девочке-подростку, она нуждается в независимом консультировании, без участия родителей, если она того не желает.

Необходимо подробнее рассказать о контрацептивных методах и убедиться в том, что подростку все понятно. Для подростков рекомендуется использование двойного метода контрацепции: презерватива для защиты от ИППП/ВИЧ и другого метода для дополнительной защиты от нежелательной беременности. Важно объяснить какая существует экстренная контрацепция и где ее можно приобрести или получить.

КАРТА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Я _____ (Ф.И.О. клиента) _____, приняла решение о прерывании беременности и получила от врача _____ (Ф.И.О. врача) _____ подробную информацию о процедуре медикаментозного аборта. Я понимаю, что в клинике мне дадут мифепристон, который я должна буду принять там же. И я знаю, что после приема этого препарата у меня может появиться тошнота, рвота и кровянистые выделения из влагалища (не превышающие более одной прокладки в час).

Через 2 дня после приема мифепристона я должна принять мизопростол. После приема препарата, возможно, я буду испытывать боли внизу живота как при болезненных менструациях. Кровотечение может быть более сильным, чем во время обычной менструации. Я понимаю, что все эти побочные эффекты являются лишь временным явлением.

Аборт произойдет в течение 4-6 часов. Я буду находиться под наблюдением врача или дома, выполняя все его рекомендации. Возможно, что период аборта будет более продолжительным до 24-х часов.

Я знаю, что должна буду прийти в клинику на контрольное обследование через две недели после первого посещения. Я также могу прийти в клинику в любое другое время, если у меня появятся какие-либо вопросы или проблемы связанные с абортом.

Я также понимаю, что метод медикаментозного аборта не всегда эффективен. Мне объяснили, что это происходит приблизительно в 5 из 100 случаев. Меня проинформировали о случаях рождения детей с врожденными пороками развития у женщин, которые принимали мифепристон –мизопростол, и после неудачного аборта решили сохранить беременность. И я понимаю, что в случае отсутствия эффекта от приема таблеток, мне настойчиво рекомендуют прибегнуть к хирургическому методу прерывания беременности.

В случае если мне понадобится неотложная медицинская помощь, или у меня возникнут какие-либо вопросы или проблемы, связанные с абортом, я могу позвонить _____ по телефону _____

Я _____ (Ф.И.О.), хочу прервать беременность медикаментозным методом. Я прочитала данное информированное согласие и понимаю все, о чем в нем говорится. На все свои вопросы я получила ответы, и мне дали номер телефона врача/медработника, к которому я могу обратиться в случае, если мне понадобится неотложная медицинская помощь.

Подпись: _____

Дата: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ К КАРТЕ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАМЯТКА ДЛЯ ЖЕНЩИНЫ

Возможные осложнения

При проведении данной процедуры очень редки осложнения, но они возможны.

- Риск развития урогенитальной инфекции (боли внизу живота, повышение температуры тела и обильные гнойными выделениями).

- Существует риск скопления крови (возникновение гематометры) в полости послеабортной матки.
- При наличии любых вышеперечисленных симптомов Вам следует поставить в известность Вашего врача немедленно.

- При ознакомлении с методикой данной процедуры и существующим риском осложнений Вам необходимо внимательно прочитать еще раз и подписать документ об информированном согласии.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПОСЛЕ АБОРТА

Немаловажным в качественной услуге аборта является послеабортное консультирование, где специалист сможет ещё раз сделать акценты на вопросах пост-абортной реабилитации, использовании контрацепции, тревожных признаках. Необходимо сообщить женщине:

- ✓ Когда она сможет пойти домой;
- ✓ Что ее ожидает во время нормального восстановительного периода;
- ✓ Настораживающие признаки и что делать в случае их обнаружения;
- ✓ Овуляция может наступить через 9-11 дней после аборта.
- ✓ Личная гигиена, возобновление менструального цикла и половой активности
- ✓ Информацию об обслуживании после аборта и о выбранном методе контрацепции;
- ✓ О необходимости вернуться для контроля в течение 2 недель

После аборта женщине нужно предоставить в устной и письменной форме перечень обычных признаков послеабортного периода и перечень симптомов, при которых (одном или нескольких) нужно немедленно явиться в клинику для получения медицинской консультации:

- Сильное кровотечение, вызывающее слабость или головокружение; или усиливающееся кровотечение;
- Температура или озноб;
- Выделения с неприятным запахом из влагалища;
- Сильные боли в области живота;
- Обморок (головокружение, слабость);
- Постоянная рвота или ощущение тошноты.

РЕКОМЕНДАЦИИ для ЖЕНЩИНЫ:

1. Женщине после аборта рекомендуется половой покой 21 день. Это позволит избежать возможного заноса инфекции, которая придет после аборта.
2. Следует наблюдать за состоянием своего здоровья. В течение недели после аборта рекомендуется ежедневно измерять самочувствия, подъема температуры, появления болей над лоном или в нижних отделах живота, кровянистых выделений.
3. Тщательно соблюдать гигиену половых органов, подмываться ежедневно.
4. Первые 14 дней не принимать ванну, не купаться в бассейнах и открытых водоемах. Лучше в это время принимать душ.
5. Чтобы матка после аборта хорошо сокращалась, стараться регулярно мочиться и опорожнять кишечник.
6. Сроки менструации до и после аборта одинаковые. Если менструация пришла раньше или не пришла в ожидаемый срок.

Перечень признаков, требующих немедленного обращения в медицинское учреждение:

- Сильное вагинальное кровотечение (обильная, алая кровь из влагалища со сгустками или без, пропитанные кровью прокладки).
- Жар, повышение температуры, озноб, потливость, неприятно пахнущие вагинальные выделения.
- Боль в животе сильная, напряженный твердый живот, тошнота, рвота, боль в области плечевого пояса.
- Беспокойство, частое дыхание, бледность и холодность кожи.
- Уменьшение выделения мочи или мочеотделения.
- Головокружение и обморок.

Ответы на часто задаваемые вопросы о медикаментозном аборте

• **Какой из методов аборта самый лучший?**

Самого лучшего метода не существует. Каждый из них имеет свои ограничения. Выбор должен опираться на индивидуальные особенности конкретной пациентки, на ее историю болезни и

	на заключения врача.
• Что мне делать, если меня вырвет после приема Мифепристона?	Если это произойдет в течение первого часа после приема таблетки, пациентке придется повторить эту процедуру, если позже - необходимости в этом уже не будет. Полное усвоение препарата происходит в течение полутора часов.
• Смогу ли я выйти на работу после приема мифепристона/мизопростола?	Да, после приема таблеток пациентка может вернуться к своей повседневной деятельности, предусмотрев все необходимое на случай кровотечения, которое может начаться в течение 24 часов после первого приема таблеток.
• Если выкидыш не произойдет в тот момент, когда я буду находиться в клинике, как я узнаю, что он действительно произошел?	Выкидыш происходит чаще всего в течение первых 4-6 часов или до 24 часов после приема мизопростола, важно следить за выделениями, которые выглядят в виде белесоватых плотных тканей, после чего интенсивность болей исчезает.
• Связана ли эта процедура с сильными болевыми ощущениями?	Нет, как правило, боли в области живота бывают умеренными. Необходимость прибегнуть к болеутоляющему средству возникает лишь в 16% случаев. Но предпочтительно облегчить эти ощущения, чтобы пациентка оставалась расслабленной, дабы не задерживать изгнания плода. Боли, связанные с сокращениями матки, обычно бывают той же интенсивности, что и при болезненно протекающей менструации.
• Должна ли я сохранять постельный режим после приема простагландина?	Нет никакой необходимости соблюдать постельный режим. Напротив, это только задержит изгнание плода. Вполне достаточно будет устроиться на удобном сидении в спокойном месте.
• Может ли вызвать этот метод обильные кровотечения?	В исключительных случаях маточное кровотечение может быть обильным. Контрольный осмотр матки требуется в 1,5% случаев, с целью удостовериться, что полость матки свободна.
• Существует ли опасность бесплодия после использования мифепристона?	Нет, блокировка рецепторов прогестерона носит временный и обратимый характер. Не наблюдается никаких последствий ни для следующего менструального цикла, ни для фертильности в дальнейшем. Кроме того, поскольку наблюдались случаи повторной беременности еще до начала следующей менструации, необходимо начать использовать противозачаточные средства как можно раньше.
• В каких странах применяется мифепристон?	Медикаментозное прерывание беременности с применением мифепристона/мизопростола производится во Франции, Англии, Швеции, Германии, России, США, Китае и еще в более 30 странах мира.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО КОНТРАЦЕПЦИИ

Нежелательные беременности обычно являются признаком плохого планирования семьи. Факторы, ведущие к нежелательной беременности:

- Недостаток информации о ПС и осложнениях аборта;
- Недостаточный доступ к существующим услугам по ПС;
- Плохое общение между партнерами (чаще: когда партнер не желает использовать или не допускает использование контрацепции)

- Давление партнера
- Сексуальное насилие

До-абортное консультирование по методам контрацепции должно быть частью каждой консультации и чрезвычайно важно. Все усилия должны быть приложены для того, чтобы женщина рассматривала необходимость предохранения от беременности сразу же после аборта и так долго, пока она не решит забеременеть.

Поскольку многие женщины возобновляют половую жизнь вскоре после неосложненного аборта, а фертильность восстанавливается уже через 10 дней после аборта, пациенткам нужно предлагать эффективные методы контрацепции, которые они могут начать использовать сразу после изгнания плодного яйца.

Гормональные методы контрацепции - комбинированные (эстроген и прогестаген) или чисто прогестиновые контрацептивы - можно начинать использовать в день приема мизопростола.

Гормонсодержащее влагалищное кольцо (выделяющее эстроген и прогестин) можно начинать использовать на следующий день после приема мизопростола. Если у женщины в этот день все еще отмечаются обильные выделения, то кольцо может быть введено спустя 2-3 дня (рекомендации основаны на результатах клинических исследований). Данных о том, что длительные и обильные кровотечения после медикаментозного аборта снижают эффективность влагалищного кольца, нет.

Внутриматочные средства можно вводить в любое время после завершения медикаментозного аборта (т.е. после изгнания плодных оболочек), включая период до 48 ч после изгнания. В случае отсрочки введения ВМС (например, если введение планируется при повторном визите через 14 дней), врач должен предложить женщине использовать временный метод контрацепции (например, гормональные методы), если она планирует иметь сексуальные контакты.

Барьерные метод (презервативы, диафрагмы и шеечные колпачки) и **спермициды** также могут использоваться при возобновлении сексуальной активности. Необходимо помнить о том, что указанные средства относят к малоэффективным методам контрацепции.

Женская добровольная хирургическая стерилизация может быть проведена после того, как женщина сделает самостоятельный свободный информированный выбор в пользу применения этого постоянного (необратимого) метода контрацепции.

Естественные методы планирования семьи, такие как календарный метод, ненадежны и поэтому не должны применяться до тех пор, пока не восстановится регулярный менструальный цикл.

В случае если применение выбранного метода контрацепции планируется отложить (в т.ч. по медицинским показаниям), на это время следует использовать другой контрацептивный метод (например, презервативы).

Дополнительно женщинам, перенесшим медикаментозный аборт, нужно знать следующее.

- Правильное и последовательное применение мужских или женских презервативов существенно снижает риск инфицирования ВИЧ и другими ИППП.

- **Метод экстренной контрацепции** может быть применен в случае неудачного использования выбранного метода контрацепции или после незащищенного полового акта. Женщины могут получить препараты для экстренной контрацепции или рецепт на их приобретение с подробной информацией об их правильном применении.

СРОКИ НАЧАЛА ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАЦЕПЦИИ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Метод	Начало применения после медикаментозного аборта	Примечание
Гормональные методы: оральные контрацептивы, инъекционные контрацептивы, импланты, контрацептивный пластырь и контрацептивное влагалищное кольцо	Контрацептивное влагалищное кольцо - на следующий день после приема мизопростола или, в случае обильного кровотечения, через 2-3 дня. Остальные средства - в день приема мизопростола	В случае начала использования через 5 дней после приема мизопростола или позже: • в течение следующей недели применения гормональных контрацептивов необходимо применение барьерных методов <i>либо</i> • необходимо применение другого гормонального метода до тех пор, пока не начнется использование выбранного метода (например, нужно использовать КОК до тех пор, пока не будет установлен имплант)
ВМС (ЛНГ-содержащие или Си содержащие)	После полного изгнания плодных оболочек и	Клинический опыт показывает, что введение ВМС сразу после медикаментозного аборта успешно даже

	подтверждения завершения медикаментозного аборта	при наличии утолщенного эндометрия. Если введение ВМС откладывается, то в этот период необходимо использовать гормональные средства контрацепции
Барьерные методы и спермициды	При возобновлении половой активности	Барьерные методы могут также использоваться в случае, когда применение какого-либо метода откладывается
Женская добровольная хирургическая стерилизация	После того как женщина примет самостоятельное информированное решение	
Естественные методы планирования семьи	После восстановления регулярного менструального цикла	До восстановления регулярного менструального цикла следует применять барьерные методы или воздержаться от сексуальных контактов

Приложение № 1
к протоколу

**Перечень
заболеваний (состояний) для прерывания беременности по медицинским показаниям**

№ п/п	Рубрики и подрубрики Международной классификации ВОЗ X пересмотра	Наименование болезни	Форма, стадии, степень болезни	Примечание
I Инфекционные и паразитарные болезни				
1	A15-15.9	Туберкулез органов дыхания, бактериологически и гистологически подтвержденный	Все активные формы	
2	A16-16.9	Туберкулез органов дыхания, неподтвержденный бактериологически и гистологически.	-/-/-	
3	A17-17.9	Туберкулез нервной системы	-/-/-	Туберкулезный менингит является противопоказанием для прерывания беременности
4	A18 - 18.8	Туберкулез других органов	-/-/-	
5	A19-19.9	Милиарный туберкулез	-/-/-	Тяжелая форма является противопоказанием для прерывания беременности
7	A 50.4	Поздний врожденный нейросифилис		
8		Сифилитическое поражение печени и селезенки		
9	Б 06-06.9	Краснуха		Первые три месяца беременности
10	В 15-19	Вирусный гепатит	Тяжелая форма	
11.	В-20 - В-24, Z - 21, R - 75	ВИЧ-инфекция		
II Новообразования				
12	С 00-Д 48	Злокачественные		

		новообразования		
III Болезни эндокринной системы				
13	E 02-03.9	Субклинический гипотиреоз вследствие недостаточности йода	Средняя, тяжелая формы	
14	E 05-0.59	Тиреотоксикоз	Некомпенсированный	
15	E 10 -E 14	Сахарный диабет	Тяжелая форма	
16	E 20-29	Гипопаратиреоз		
17	E 21-21.5	Гиперпаратиреоз и другие нарушения щитовидной железы		
18	E 26-27.9	Нарушение функций надпочечников		Активная фаза или выраженные остаточные явления после специфического лечения
IV Болезни крови и кроветворных органов				
19	Д. 60-61.9	Апластические анемии		
20	Д 69-69.9	Пурпура и другие геморрагические состояния		Часто рецидивирующие или тяжело протекающие.
		Злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной тканей		
V Психические расстройства и расстройства поведения				Удостоверенные психоневрологическим учреждением у матери или у отца будущего ребенка
21	F 00-09	Органические, включая симптоматические психические расстройства		
22	F 10-19	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ		
23	F 20-29	Шизофрения, шизофренические и бредовые расстройства		
24	F 30-39	Расстройства настроения (аффективные расстройства)		
25	F 40-48	Невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформными расстройствами		
26	F50-59	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.		
VI Болезни нервной системы и органов чувств				
27	G 00 -00.9	Бактериальный менингит.		
28	G 03-003.9	Менингит, обусловленный другими и неуточненными причинами		Туберкулезный менингит является противопоказанием для прерывания беременности.
29	G 04-05.8	Энцефалит, миелит и энцефаломиелит		
30	G 10-13.8	Системные атрофии, поражающие преимущественно		

		центральную нервную систему		
31	G 20-26	Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения		
32	G 30-32	Другие дегенеративные болезни нервной системы		
33	G 35-37.9	Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы		
34	G 40-40.9	Эпилепсия		
35	G 41-41.9	Эпилептический статус		
36	G 60-64	Полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы		
37	G 70-73	Болезни нервно мышечного синапса и мышц		
38	H 16-16.9	Кератит	Специфической этиологии	
	H40-42	Глаукома	Тяжелая форма	
	H 33-33.5	Отслойка и разрыв сетчатки		Обоих глаз
41	H 30 -30.9	Хориоретинальные воспаления	Тяжелая форма	
42	H 46-47.7	Неврит зрительного нерва	Тяжелая форма	Обоих глаз
43		Концентрическое сужение поля зрения до 10°		Обоих глаз
44	H 52-52.7	Нарушение рефракции и аккомодации	Тяжелые формы или снижение зрения, некорректирующиеся очками	
45	H 53.4	Дефекты поля зрения		
46	H 80-89	Отосклероз	Все формы	
47	H 90-91	Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха		
48	H 93.3	Болезни слухового нерва, при наличии прогрессирующего понижения слуха		
VII Болезни системы кровообращения				
49	I 00-02	Острая ревматическая лихорадка		
50	I 05.2	Митральный стеноз с недостаточностью		
51	I 06.2	Ревматический аортальный стеноз с недостаточностью		
52	I 07.2	Трикуспидальный стеноз с недостаточностью		
53	I 08-08.9	Поражение нескольких клапанов сердца		
54	I 11	Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца.		
55	I 11.0	Гипертоническая болезнь с застойной сердечной недостаточностью		
56	I 12.0	Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью		
57	I 13-13.9	Гипертоническая болезнь с преимущественным		

		поражением сердца и почек		
58	I 20-25	Ишемическая болезнь сердца		
59	I 20.0	Нестабильная стенокардия		
60	I 26-28	Легочное сердце и нарушения легочного кровообращения		
61	I 30	Острый перикардит		
62	I 33	Острый и подострый перикардит		
63	I 36.2	Неревматический стеноз трехстворчатого клапана с недостаточностью		
64	I 37.2	Стеноз клапана легочной артерии с недостаточностью		
65	I 40-40.9	Острый миокардит		
66	I 44	Предсердно-желудочковая (атриовентрикулярная) блокада и блокада левой ножки пучка Гисса		
67	I 44.1	Предсердно-желудочковая блокада II степени		
68	I 44.2	Предсердно-желудочковая блокада полная		
69	I 50.1	Левожелудочковая недостаточность		
70	I 71-72.9	Аневризма и расслоение аорты		
71	I 74-74.9	Эмболия и тромбоз артерии		
72	I 77-77.9	Поражение артерии	Тяжелая форма	
73	I 97-97.9	Нарушение системы кровообращения после медицинских процедур		
VIII. Болезни органов дыхания				
74	J 45-45.9	Бронхиальная астма	Тяжелая форма	
75	J 46	Астматический статус		
76	J 47	Бронхоэктатическая болезнь	Тяжелая форма	
77	J 96-96.9	Дыхательная недостаточность.		
IX. Болезни органов пищеварения				
78	K 22.2	Непроходимость пищевода.		Не поддающаяся лечению.
79	K 22.3	Прободение пищевода.		
80	K 25-28.9	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки		С наличием стеноза и кровотечения.
81	K 46-46.9	Грыжи		С наличием непроходимости или гангрены.
82	K 52-52.9	Неинфекционный энтерит и колит		При наличии кровотечения.
83	K 70-76.9	Болезни печени	Средне-тяжелые формы.	
84	K 90-90.9	Нарушения всасывания в кишечнике		
85	K 80-86.9	Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы	Тяжелые формы.	
X. Болезни мочеполовой системы.				
86	№ 00-09.	Острый нефротический синдром		

87	№ 03-03.9	Хронический нефротический синдром		
88	№ 04-04.9	Нефротический синдром		
89	№ 10-11.9	Острый тубулоинтерстициальный нефрит		С почечной недостаточностью, инфекция единственной почки.
90	№ 13.0	Гидронефроз с обструкцией лоханочно - мочеточникового соединения		
91	№ 13.2	Гидронефроз с обструкцией почки и мочеточника камнем		
92	№ 17-19	Почечная недостаточность		
93	№ 27.1	Маленькая почка двусторонняя		
94	№ 28.0	Ишемия или инфаркт почки		
95	№ 82-82.9	Свищи с вовлечением женских половых органов		
XI. Беременность, роды и послеродовый период, осложнения.				
96	O 01-01.9	Пузырный занос		В том числе перенесенный ранее (не менее 2х лет
97	O 14.0-14.9	Преэклампсия	Тяжелая форма	Не поддающаяся лечению
98	O 15-15.9	Эклампсия		
99	O 21-21.9	Чрезмерная рвота беременных		Не поддающаяся лечению
100	O 28-28.9	Отклонения от нормы, выявленные при антенатальном обследовании матери		
101	O 34.0	Врожденные аномалии матки		
102	O 33.0	Деформация костей таза, приводящая к диспропорции		Практически исключая возможность родов живым плодом через естественные родовые пути.
103	O 35-36.9	Установленные аномалии, патологические состояния и повреждения плода		
104		Хорионэпителиома		
XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки.				
105	L10.8	Пузырчатка вульгарная.		
XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани				
106	M 00-06.9	Инфекционные и воспалительные полиартропатии		
107	M30-36.8	Системные поражения соединительной ткани.		
108	M 45	Анкилозирующий спондилит.		
109	M 80-94	Остеопатии и хондропатии.		
110		Ампутация руки, кисти (всей или 4 пальцев)		
111		Ампутация ноги, стопы (полная)		
XIV. Врожденные аномалии и наследственные болезни.				
112	Q 00-89.9	Повторные рождения детей с однотипными пороками		

		развития.		
113	Q 90-99.9	Рождение ребенка с хромосомными аномалиями		
114		Доминантно наследуемые заболевания у одного из родителей с высокой степенью передаваемости		

При наличии у женщины оснований к прерыванию беременности немедицинского характера, непредусмотренных настоящей инструкцией, вопрос о прерывании беременности решается комиссией на уровне ПМСП или консилиумом на уровне стационара в индивидуальном порядке.

Список литературы:

1. Безопасный аборт. Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. - ВОЗ. Женева. – 2003 г.
2. Безопасный аборт. Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. - ВОЗ. Женева. – 2006 г.
3. Безопасный аборт. Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. Второе Издание – ВОЗ, Женева. – 2013 г.
4. Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ - /БРЗ. Наиболее эффективные клинические методики в области сексуального и репродуктивного здоровья. - ВОЗ, Женева. – 2009 г., № 12
5. Руководства и протоколы по аборту в первом триместре беременности. Хирургические и медикаментозные вмешательства./под.ред. Марсель Викеманс. - МФПР, 2010 г.
6. Часто задаваемые клинические вопросы о медикаментозном аборте. - ВОЗ. - 2008. - 35с.
7. RCOG (2004). The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. London.
8. Solter C, Miller S. (2000). Comprehensive reproductive health and family planning training curriculum.
9. Misoprostol. Major labeling changes. WHO Pharmaceuticals Newsletter, 2007,3:5
10. Tang O.S. et al. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. Human Reproduction, 2002, 17:99-102
11. Руководство по предоставлению медицинской помощи и услуг в области СРЗ (третье издание) под редакцией М.Поулсона – IPPF, 2009 г. Лондон