

**ПРИКАЗ №466 от 23.09.11**

**БУЙРУК**

«Об утверждении клинического  
протокола по акушерству-гинекологии»

В целях улучшения качества оказания медицинской помощи в акушерско-гинекологической службе в соответствии с принципами доказательной медицины

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемый клинический протокол по акушерству-гинекологии: медикаментозный аборт в I и во II триместрах беременности.
2. Начальнику УОМП Сагынбаевой Д.З., ректору КГМИПиПК Чубакову Т.Ч., исполнительным директорам АГСВиМС Мукеевой С.Т. и АБ Джемуратову К.А. (по согласованию), директору РЦРЗиИТ Китаровой Г.С. обеспечить внедрение и распространение клинических протоколов.
3. Директору Фонда ОМС при Правительстве КР Калиеву М.Т. (по согласованию) принять к сведению данные клинического протокола при экспертизе качества проведения медикаментозного аборта на первичном уровне оказания медицинской помощи.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра К.Б. Мамбетова.

**МИНИСТР**

**С.А. Джумабеков**

Лист согласования к приказу МЗ КР «Об утверждении клинического протокола по акушерству-гинекологии»

**Приказ вносит:**

Директор РЦРЗ и ИТ

Г.С. Китарова

Исполнитель:

Консультант ОДМ

Г.Ж. Каракеева  
Тел. 90-16 - 95 (329)

**Согласовано:**

Статс-секретарь

П. У. Суюмбаева

Заместитель министра

К.Б. Мамбетов

Начальник УОМП

Д.З. Сагынбаева

И.о. начальника  
УК и ОР

М.А. Исмаилов

Главный специалист  
юридического сектора

Г.А. Саадабаева

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

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

# Медикаментозный аборт в I и во II триместрах беременности

Клинический протокол

Бишкек 2011

**Клинический протокол Медикаментозный аборт в I и во II триместрах беременности для первичного уровня здравоохранения Кыргызской Республики принят Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утвержден Приказом МЗ КР №466 от 23.09.11**

**Клиническая проблема**

Безопасные аборты

**Название документа**

Медикаментозный аборт в I и во II триместре беременности

**Этапы оказания помощи**

Первичная медицинская помощь.

**Цель создания 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 у женщин для прерывания беременности по медицинским и социальным показаниям.

**Дата создания**

Создано в 2010-2011 году

**Планируемая дата обновления**

Проведение следующего пересмотра планируется в январе 2015, 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. Тоголока Молдо 1. КГМИПиПК  
кафедра акушерства – гинекологии  
E-mail: biyalieva@mail.ru  
asker17@mail.ru

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	6
Состав рабочей группы по созданию протокола .....	7
Медикаментозный аборт в I триместре беременности .....	9
Медикаментозный аборт во II триместре беременности .....	18
Приложение №1	231
Приложение №2	297
Приложение №3	308
Приложение №4.	30
Список литературы: .....	342

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	– артериальное давление
ВЗОМТ	-воспалительные заболевания органов малого таза
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
КГМА	– Кыргызская государственная медицинская академия
КРСУ	– Кыргызско-Российский Славянский университет
КГМИПиПК	– Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения кадров
МВА	– мануальная вакуум-аспирация
МФПР	- международная федерация планированного родительства
ОПВ	– объем околоплодных вод
ОО АРЗ	– общественное объединение «Альянс по репродуктивному здоровью»

## **Введение.**

Небезопасный аборт является причиной материнской смертности, существенно влияет на показатели перинатальной заболеваемости и смертности, оказывает отрицательное влияние на рождаемость, является причиной гинекологической заболеваемости женщин, в ряде случаев приводит к осложнениям в родах. Материнская смертность в некоторых развивающихся странах почти в 100 раз превышает уровень развитых стран, в различных странах 9-33% материнской смертности вызвано осложнениями аборта. Каждый год в мире происходит 42 миллиона искусственных абортов, из них 20 миллионов являются небезопасными. Небезопасные аборты приводят к 47,000 смертей женщин, к 5 миллионам частичных/временных или постоянных инвалидностей, а также к огромным финансовым и социальным затратам женщин, их семей и здравоохранения. (Из доклада Регионального советника ВОЗ по безопасному аборту, репродуктивному здоровью и исследованиям, стратегиям и системам здравоохранения в странах Гюнты Лаздане, Бишкек, 2011). По данным ВОЗ, более 99% искусственных абортов вообще не включаются в отчеты, маскируются как иные процедуры или классифицируются как спонтанные аборты, произошедшие в государственных клиниках.

В Кыргызской Республике показатель абортов на 1000 женщин фертильного возраста по данным РМИЦ снижается с 15,3 в 1999г до 9,2 в 2009г. В структуре абортов отмечается рост абортов по медицинским показаниям – с 4, 8% (2004) до 10,6% (2009); самопроизвольных абортов в сроке свыше 12 недель – с 9,9% в 2004г до 13,5% в 2008г. На фоне роста числа инфекций передающихся половым путем, в том числе и среди подростков, подростковой беременности, растущего спроса и нехватки контрацептивов, в области оказания услуг по абортам широко распространена устаревшая и/или небезопасная медицинская практика: рутинные обследования; искусственные аборты в основном методом кюретажа, небезопасные аборты. Использование медицинского аборта часто происходит без соответствующего обучения, без мониторинга качества и достоверной регистрации осложнений; ограниченных закупках мизопростала, мифепристона, а также продолжают неофициальные оплаты от пациенток в зависимости от типа учреждения, срока беременности и метода прерывания и др.

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 аборте 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 абортов

Снижение влияния аборта на здоровье женщин

Снижение частоты нежелательной беременности

Снижение частоты небезопасных абортов

Улучшится доступ к безопасному аборту

Улучшится качество и доступ к уходу после аборта (включая обеспечение контрацепцией после аборта)

## **Целевые пользователи**

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

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

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

Для создания клинического протокола по медикаментозному аборт 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.

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**

Ешходжаева А.С.	заместитель начальника Управления организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
-----------------	---

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

## **Ответственные исполнители**

<b>Керимова Н.Р.</b>	КГМИПиПК, заведующая Кафедрой акушерства и гинекологии, д.м.н., профессор
<b>Амян М.И.</b>	КГМИПиПК, доцент кафедры акушерства и гинекологии, к.м.н., доцент
<b>Аскеров А.А.</b>	КРСУ, доцент кафедры акушерства и гинекологии, к.м.н., доцент
<b>Иманказиева Ф.И.</b>	КРСУ, доцент кафедры акушерства и гинекологии КРСУ, к.м.н., с.н.с.

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

## **Медицинские консультанты:**

Акушерство и гинекология	<b>Далбаева Б.Ж.</b> - доцент, к.м.н. каф. акушерства и гинекологии КРСУ
Врачи общей практики:	<b>Мамытова Г.О., Кулмурзаева З.Н., Жалиева Г., Тажбулатова Н.К., Турдалиева Г.М., Бекибаева Б.Б., Жумалиева А.О., Нагаева Д., Аманова Т., Сим. Н.</b>

Средний медицинский персонал	<b>Казакбаева Ч., Орозалиева А.</b> – акушерки клинического родильного дома №2 г.Бишкек
Неправительственная организация	<b>Чиркина Г.Э.</b> – Исполнительный директор ОО «Альянс по репродуктивному здоровью»

В эту группу вошли представители специальностей, наиболее часто встречающиеся с абортом в повседневной практике. 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 лечебно-профилактических организациях всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики.

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

### **Процесс апробации и утверждения**

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**, Координатор Международного Консорциума по медикаментозному аборту, консультант ВОЗ по безопасному аборту, кафедра акушерства и гинекологии Кишиневского государственного медицинского университета.
- **Рыбалкина Л.Д.**, д.м.н., профессор НЦОМид;
- **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 - Сагынбаева Д.З., к.м.н., начальник УОМП МЗ КР.

**Ответственный руководитель** процесса разработки клинических руководств и протоколов - Китарова Г.С., д.м.н., директор РЦРЗиИТ

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

**Секретарь Экспертного совета МЗ КР** по оценке качества клинических руководств и протоколов – Каракеева Г.Ж., консультант отдела доказательной медицины РЦРЗиИТ  
Экспертами ОДМ РЦРЗиИТ оказывалась методологическая помощь и оценка качества клинического протокола, основанного на принципах доказательной медицины.

### **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 создании клинического протокола по медикаментозному аборту для всех уровней 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.

За основу данного клинического протокола было взято руководство ВОЗ по медикаментозному аборту (2011), основанное на последних доказательствах.

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

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

### МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ В I И ВО II 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.  
(приложение №2).**

**Консультирование** по вопросам прерывания беременности - это процесс, который продолжается на протяжении всего визита пациентки: до, во время и после процедуры.

#### Принципы современного консультирования

- Цели консультирования по вопросам прерывания беременности:
  - ✓ Снизить уровень тревоги у пациентки.
  - ✓ Обеспечить гарантию, что пациентка примет информированное решение о прерывании своей беременности.
  - ✓ Увеличить уровень знаний пациентки и ее уверенности.
- Достижение целей консультирования по вопросам прерывания беременности:
  - ✓ Эффективное консультирование происходит до, во время и после проведения аборта.
  - ✓ Каждый медицинский работник учреждения должен способствовать достижению целей консультирования при прерывании беременности.
- Основные компоненты эффективного консультирования по вопросам проведения аборта и взаимодействия пациентки и медицинских работников включают:
  - *Адекватное и доброжелательное общение*
    - ✓ Не осуждайте;
    - ✓ Задавайте вопросы, приветствуйте вопросы пациентки и отвечайте на них;
    - ✓ Обсудите все подходящие варианты;
    - ✓ Признайте и примите чувства и страхи пациентки и помогите ей поделиться ими;
    - ✓ Предоставьте ясную, простую и легко понятную информацию, не используя специальных терминов;
    - ✓ Пользуйтесь услугами переводчика, если пациентка и медицинский работник говорят на разных языках.

**Конфиденциальность.** Вся предоставляемая женщиной информация должна носить конфиденциальный характер.

## МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

**Медикаментозный аборт в 1 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 необходимость контрольного обследования и прерывания беременности в случае продолжающейся беременности. Хирургическим путем.
- При внематочной беременности прерывания беременности не происходит (уровень В) (3)
- Медикаментозный аборт не влияет на последующую возможность забеременеть (уровень С) (7).
- Рекомендуется воздерживаться от кормления грудью в течение нескольких часов (4-6 часов) после приёма каждой дозы препарата (уровень С) (7).
- Доступ к получению неотложной помощи. Хотя серьёзные осложнения, требующие оказания медицинской помощи или переливания крови, возникают 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 к круглосуточной экстренной помощи
- Возможность проведения УЗИ (подозрение на наличие внематочной беременности, подтверждение факта беременности и уточнение её 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.

- Проведение консультирования и подписание информированного согласия.

## КРИТЕРИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

### Показания к использованию:

- Маточная беременность раннего срока (аменорея 63 дня, т.е. 9 недель беременности).

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, мизопропрост или другие простагландины.
- Терапия кортикостероидами в течение длительного времени.
- Подтвержденная или предполагаемая внематочная беременность.
- Хроническая надпочечниковая недостаточность.
- Геморрагические нарушения, сопутствующая терапия антикоагулянтами,
- Тяжелая анемия.
- Объемные образования на придатках матки с неустановленным диагнозом.
- Наследственная порфирия
- Наличие в полости матки ВМС. *(ВМС должна быть извлечена до приема мифепристона).*

*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 амбулаторного больного и «Журнал записей амбулаторных операций». 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.

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 лучше в момент применения простагландина мизопростола, но не позже 72 часов после аборта, в сроке беременности с 6 нед. иммуноглобулин назначается в дозе 50 мкг в\м. (4).
- 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 аборта хирургическим путём (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 абортom и провести обследование на наличие инфекций, передаваемых половым путём, прервать беременность медикаментозным методом, с последующим лечением выявленных случаев инфекций (уровень С)(7)

## Рекомендуемые схемы профилактики антибиотиками

Метронидазол 1 г per os до проведения аборта, затем по 500 мг каждые 8 часов до трёх доз + доксициклин 100 мг per os 2 раза в день в течение 7 дней сразу после аборта (или другие группы антибиотиков – макролиды (азитромицин по схеме).

## Технология метода

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.

### **Визит 1:**

- Диагноз маточной беременности сроком не более 63 дней от 1-го дня последней менструации. Информированное согласие пациентки (приложение №5).
- Мифепристон **200 мг** per os, натощак в присутствии врача с последующим наблюдением в дневном стационаре не менее 2-х часов.
- Если после приёма 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.
- Болевой синдром. В случае возникновения интенсивных болей внизу живота, обусловленных маточными сокращениями, проводится прием нестероидных противовоспалительных препаратов (парацетамол 500 мг или кетонал 100 мг или ибупрофен 500 мг однократно внутрь).

### **Визит 2:**

- Прием Мизопростола **400 мкг** сублингвально\буккально или вагинально в дозе **600-800 мкг** однократно через **36-48** 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. Если через 24 часа не появились кровянистые выделения приём мизопростола в той же дозе – повторить.

### **Визит 3:**

Через 2 недели (10-14 дней) от приема мифепристона для контрольного обследования.

- Оценка эффективности медикаментозного прерывания беременности:
  - Нормальные размеры матки, отсутствие болезненных ощущений, возможны незначительные слизисто-кровянистые выделения;
  - УЗИ. Отсутствие плодного яйца или его элементов в полости матки по данным УЗИ (есть специфические особенности эхографической картины: эндометрий имеет толщину 13-16 мм, несколько превышает нормативные показатели, имеет каплевидную форму и повышенную эхогенность по сравнению с эндометрием здоровой женщины в фазу поздней пролиферации. Однородность структуры не изменена. При продольном сканировании эндометрий не имеет вид характерных для этой фазы вида трех полосок. Вокруг эндометрия визуализируется незначительное количество гипозоногенных фокусов. При исследовании на 7-8 день следующего менструального цикла не выявляется каких-либо отклонений в состоянии эндометрия.). Правильная трактовка ультразвуковой картины крайне необходима для исключения необоснованного назначения инструментального обследования или аспирации полости матки у этой группы пациенток.
  - Снижение концентрации  $\beta$  – субъединицы ХГЧ в периферической крови (менее 1000 МЕ/л через 2 недели после приёма мифепристона)- по возможности.

## Медикаментозный аборт: алгоритм динамического наблюдения

Посещение	Время посещения	Мероприятия
Первое посещение		<ul style="list-style-type: none"> <li>Установление диагноза маточной беременности сроком не более 9 нед (63 дней аменореи).</li> <li>Получение информированного согласия.</li> <li>Приём мифепристона (<b>200 мг</b>) per os</li> <li>Обсуждение методов контрацепции</li> </ul>
Второе посещение	Через 36-48 ч после приёма мифепристона	<ul style="list-style-type: none"> <li>Приём мизопростола (<b>400-800 мкг</b>) сублингвально\буккально или интравагинально</li> <li>Через 24 часа возможен повторный приём мизопростола</li> <li>Обсуждение методов контрацепции</li> </ul>
Третье посещение	Через 10-14 дней от приёма мифепристона	<ul style="list-style-type: none"> <li>Оценка эффективности медикаментозного прерывания беременности (осмотр, УЗИ)</li> <li>Консультирование по использованию средств контрацепции</li> </ul>

### 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 метrorрагии. (уровень Д) (5).

**Миома матки.** В известной литературе не отмечено отрицательных сведений по применению препарата при наличии у пациенток бессимптомных доброкачественных опухолей матки. Рубцы на матке не являются противопоказанием для применения мифепристона (уровень С) (7).

**Гипертензия.** При высокой гипертензии возникают ограничения в применении простагландинов. В этих случаях применяют только мифепристон.

следствие 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)

Эти осложнения требуют коррекции путем мануальной вакуум-аспирации (МВА) 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 (*pervus 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.

### 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.
- При наличии инфекции (жар, озноб, гнойные выделения) введите антибиотики желателен в\в или в\м, не давайте никаких лекарств перорально.

- Проверьте гемоглобин, гематокрит, группу крови и резус-фактор, количество тромбоцитов. Лабораторные исследования не должны задерживать лечение.

## **НАБЛЮДЕНИЕ ПОСЛЕ АБОРТА**

После аборта женщине нужно предоставить в устной и письменной форме перечень обычных признаков послеабортного периода и перечень симптомов, при которых нужно немедленно явиться в клинику для получения медицинской консультации.

### **Алгоритм постабортного консультирования**

1. Признаки нормального выздоровления в постабортном периоде.
2. Инструкция о приеме лекарственных препаратов назначенных врачом.
3. Личная гигиена, возобновление менструального цикла и половой активности.
4. Признаки и симптомы, требующие немедленного обращения в медицинское учреждение.
5. Подробная информация о выбранном методе контрацепции, схема применения и предоставление контрацептива при наличии в клинике (см. приложение №4).
6. Повторный визит.

### **Перечень признаков, требующих немедленного обращения в медицинское учреждение:**

- Сильное вагинальное кровотечение (обильная, алая кровь из влагалища со сгустками или без, пропитанные кровью большие гигиенические прокладки более двух за один час в течение двух часов подряд)
- 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

## 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 мефипристона и мизопростола.

Искусственное прерывание беременности до 22 недель может быть проведено по социальным и медицинским показаниям (см. приложение №1).

**Эффективность метода** – 97,9% -99,5%

**Безопасность** - применение мифепристона и мизопростола весьма безопасно.

### Социальные показания для искусственного прерывания беременности

1. Наличие инвалидности I-II группы у 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 3 и более) при отсутствии мужа.
10. Наличие в семье ребенка – инвалида.
11. Материальная необеспеченность (доход на 1 члена семьи менее официального установленного прожиточного минимума).

Медицинскими показаниями для прерывания беременности являются все клинические ситуации, при которых пролонгирование беременности представляет серьёзную угрозу жизни и здоровью женщины. Кроме того, аборт выполняется по медицинским показаниям в случаях, когда перспективой исхода беременности является рождение нежизнеспособного либо неполноценного потомства. Показания определяются в соответствии с Приказом МЗ КР № 618 от 24 августа 2009 г. «Об утверждении инструкций о порядке проведения искусственного прерывания беременности» (см. Приложение №1).

### Медицинские противопоказания к операции искусственного прерывания беременности

- 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 положением.

## Методы прерывания беременности во втором 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 препаратов

*Абсолютные противопоказания при использовании мифепристона в сочетании с мизопростолом:*

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

*Необходимо соблюдать осторожность при:*

- применении кортикостероидных препаратов;
- анемии высокой степени;
- при ранее диагностированных пороках сердца и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний;
- использовании препаратов у курящих женщин старше 35 лет.

## Обследование

- 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 абортом в профилактических целях и обследование на наличие инфекций, передаваемых половым путём, прервать беременность медикаментозным методом, с последующим лечением выявленных случаев инфекций.
- осмотр терапевта, консультация других специалистов (по показаниям).

## Обезболивание

Цель обезболивания — обеспечить, 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. Каждой женщине должен назначаться парацетамол (или аналогичный препарат) вместе с первой дозой мизопростола и повторные дозы каждые 8 часов.

## Процедура аборта

- 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.
- Женщину необходимо разместить в палате в изолированном помещении, отдельно от рожаящих женщин.
- Следует оценить показатели жизненно важных функций женщины и проверять их каждые 4 часа, пока она не начнет испытывать сильные сокращения матки, после чего показатели жизненно важных функций необходимо оценивать каждые 2 часа.
- Таблетки мизопростола могут быть введены самой женщиной, либо, если она предпочитает, медицинским работником. Перед введением мизопростола во влагалище женщина должна вымыть руки, а медицинские работники должны надеть чистые перчатки. Необходимо взять таблетки двумя пальцами и ввести их 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 °С, 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 укрыть ей ноги и 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.

### Схема медикаментозного аборта во II триместре беременности

Срок гестации	Схема приёма препаратов	Эффективность	Абортный интервал
от 12 до 22 нед	<b>Мифепристон 200 мг</b> , спустя 36-48 ч <b>мизопропростол 800 мкг</b> вагинально, с повтором дозы - <b>мизопростола 400 мкг</b> вагинально, сублингвально или перорально, каждые 3-6 часов до 4-х доз максимально.	24 часа: 97,9% 36 часа: 99,5%	6.7 часа

- ✓ **Аборт во II 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.

### Восстановительный период

- При наблюдении за женщинами после прерывания беременности медикаментозным путем необходимо обеспечить условия для отдыха женщин, оказать им 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 её бимануального исследования через брюшную стенку.
- При отсутствии осложнений женщина может покинуть ЛПУ после стабилизации общего состояния и функций жизненно-важных органов.
- Повторный визит к врачу с целью дальнейшего наблюдения и оценки общего состояния здоровья, необходимо осуществить через 7-10 дней после данной процедуры.

- Медперсонал обязан проследить за тем, чтобы до выписки из ЛПУ все женщины получили необходимую информацию и прошли консультирование по вопросам контрацепции после аборта, включая неотложную контрацепцию (приложение №4).
- Следует обсудить со всеми клиентками вопросы профилактики ИППП, включая ВИЧ.

**Приложение №1  
к протоколу**

Перечень заболеваний (состояний) для прерывания беременности по медицинским показаниям

№ п/н	Рубрики и подрубрики Международной классификации ВОЗ X пересмотра	Наименование болезни	Форма, стадии, степень болезни	Примечание
<b>I Инфекционные и паразитарные болезни</b>				
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	B 06-06.9	Краснуха		Первые три месяца беременности
10	B 15-19	Вирусный гепатит	Тяжелая форма	
11.	B-20 – B-24, Z – 21, R - 75	ВИЧ-инфекция		
<b>II Новообразования</b>				
12	C 00-Д 48	Злокачественные новообразования		
<b>III Болезни эндокринной системы</b>				
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
<b>IV Болезни крови и кроветворных органов</b>				
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		
<b>V Психические расстройства и расстройства поведения</b>				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.		
<b>VI Болезни нервной системы и органов чувств</b>				
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 <sup>0</sup>		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		
<b>VII Болезни системы кровообращения</b>				
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		
<b>VIII. Болезни органов дыхания</b>				
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.		
<b>IX. Болезни органов пищеварения</b>				
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,	Тяжелые	

		желчевыводящих путей и поджелудочной железы	формы.	
<b>X. Болезни мочеполовой системы.</b>				
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		
<b>XI. Беременность, роды и послеродовый период, осложнения.</b>				
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		
<b>XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки.</b>				
105	L10.8	Пузырчатка вульгарная.		
<b>XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани</b>				
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)		
<b>XIV. Врожденные аномалии и наследственные болезни.</b>				
112	Q 00-89.9	Повторные рождения детей с однократными пороками развития.		
113	Q 90-99.9	Рождение ребенка с хромосомными аномалиями		
114		Доминантно наследуемые заболевания у одного из родителей с высокой степенью передаваемости		

### Информированное согласие

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

1. Предоставьте пациентке точную и всеобъемлющую информацию, включая:
  - ✓ Что ее ожидает во время пребывания в клинике;
  - ✓ Информацию о состоянии здоровья и данной беременности;
  - ✓ Информацию о процедуре прерывания беременности;
  - ✓ Обсудите различные способы обезболивания, если есть возможность выбора и помогите определиться с выбором;
  - ✓ Сообщите пациентке:
    - Когда она сможет пойти домой;
    - Что ее ожидает во время нормального восстановительного периода;
    - Настораживающие признаки и что делать в случае их обнаружения;
    - Информацию об обслуживании после аборта и контрацепции;
    - Информация о методах контрацепции может быть лучше усвоена пациенткой после проведения аборта, когда уровень беспокойства пациентки уже снизился.
    - Подчеркните, что вся предоставленная ею информация является конфиденциальной.
    - Сообщите пациентке, что овуляция может наступить через 11 дней после аборта.

### КАРТА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

- Я, нижеподписавшаяся, подтверждаю, что приняла решение о прерывании беременности.
- Я знаю, что прерывание может осуществляться медикаментозным методом.
- Я согласна принять лекарство Мифепристон/Мизопростол по схеме.
- Я подтверждаю, что ознакомилась с переданным мне информационным листком о медикаментозном аборте.

#### Я поняла:

1. Что принятие таблеток Мифепристона и спустя 36-48 часов таблеток Мизопростола должно **обязательно** осуществляться под контролем врача.
2. Медикаментозный аборт во II триместре беременности может быть выполнен только в стационаре.
3. Повторный визит к врачу с целью дальнейшего наблюдения и оценки общего состояния здоровья, необходимо **обязательно** осуществить через 2 недели (14 дней) после данной процедуры.

**Я знаю, что этот метод не дает 100% гарантии и в случае неудачи беременность или остатки плодного яйца( плода) могут быть удалены хирургическим путем.**

- Я предупреждена, что не должна прибегать к подобному методу, если не уверена, **что** хочу прервать беременность.
- «Прочитала и согласна», подпись \_\_\_\_\_

Назначения: \_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_

Контрацепция: \_\_\_\_\_

## ПАМЯТКА ДЛЯ ЖЕНЩИНЫ

### Возможные осложнения

При проведении данной процедуры очень редко 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.

### Рекомендации, которые необходимо соблюдать после любого из видов аборта

1. Всем женщинам рекомендуется половой покой 21 день. Это позволит избежать возможного заноса инфекции в матку, которая после аборта по сути дела является одной большой открытой раной. Половую жизнь безопасно для здоровья женщины можно начинать сразу после первой менструации, которая придет после аборта.
2. Следите за состоянием своего здоровья. В течение недели после аборта рекомендуется ежедневно измерять температуру тела, избегать переохлаждений, тяжелой физической нагрузки. При ухудшении самочувствия, подъема температуры, появления болей над лоном или в нижних отделах живота, кровянистых выделений из половых путей, нужно срочно обратиться к гинекологу.
3. Тщательно соблюдайте гигиену половых органов, подмывайтесь ежедневно.
4. Первые 14 дней не принимайте ванну, не купайтесь в бассейнах и открытых водоемах. Лучше в это время принимать душ.
5. Чтобы матка после аборта хорошо сокращалась, старайтесь регулярно мочиться и опорожнять кишечник.
6. Сроки менструации до и после аборта одинаковые. Если менструация пришла раньше или не пришла в ожидаемый срок, нужно срочно обратиться к гинекологу.
7. Вам были предоставлены устная и письменная информация о всех видах существующей контрацепции.

### Ответы на часто задаваемые вопросы о медикаментозном аборте

- **Какой из методов 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 Мифепристон?**

-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**

### **Центре, 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 и еще в более 28 странах мира.

## **СРОКИ НАЧАЛА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАЦЕПЦИИ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

Поскольку многие женщины возобновляют половую жизнь вскоре после неосложнённого аборта, а фертильность восстанавливается уже через 10 дней после индуцированного аборта в I триместре беременности, 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 приёма мизопростола (обычно на 3-й день комбинированного режима приёма мифепристона и мизопростола при медикаментозном аборте).

Гормонсодержащее влагалищное кольцо (выделяющее эстроген и прогестин) можно начинать использовать на следующий день после приёма мизопростола. Если у женщины в этот день всё ещё 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. Клиническую эффективность медикаментозного аборта подтверждают с помощью УЗИ, теста на  $\beta$ -субъединицу ХГЧ или при гинекологическом бимануальном осмотре женщины в сочетании с оценкой кровопотери. В случае отсрочки введения ВМС (например, если введение планируется при повторном визите через 3 нед.), врач должен предложить женщине использовать временный метод контрацепции (например, гормональные методы), если она планирует иметь сексуальные контакты.

**Барьерные метод** (презервативы, диафрагмы и шейные 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, ненадёжны 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, перенёвшим 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 применён в случае неудачного использования выбранного метода контрацепции или после незащищённого 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, проведённого в I триместре беременности**

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 приёма мизопростола или, в случае обильного кровотечения, через 2—3 дня. Остальные средства	В случае начала использования через 5 дней после приёма мизопростола или позже: <ul style="list-style-type: none"> <li>• в течение следующей недели применения гормональных контрацептивов необходимо применение барьерных методов <i>либо</i></li> <li>• необходимо применение другого гормонального метода до тех пор, пока не начнётся использование выбранного метода (например,</li> </ul>
ВМС (ЛНГ-содержащие или Cu-содержащие)	После полного изгнания плодных оболочек и подтверждения завершения медикаментозного	Клинический опыт показывает, что введение ВМС сразу после медикаментозного аборта успешно даже при наличии утолщённого эндометрия. Если введение ВМС откладывается, то в этот период необходимо использовать гормональные средства контрацепции
Барьерные методы и спермициды	При возобновлении половой	Барьерные методы могут также использоваться в случае, когда применение какого-либо метода откладывается
Женская добровольная хирургическая стерилизация	После того как женщина примет самостоятельное свободное информированное	
Естественные методы планирования семьи	После восстановления регулярного менструального цикла	До восстановления регулярного менструального цикла следует применять барьерные методы или воздержаться от сексуальных контактов

## Список литературы:

1. Безопасный аборт. Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. – ВОЗ. Женева. – 2003. – 138с.
2. Безопасный аборт. Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. – ВОЗ. Женева. – 2006. – 148с.
3. Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ - /БРЗ. Наиболее эффективные клинические методики в области сексуального и репродуктивного здоровья. – ВОЗ, Женева. – 2009, №12
4. Руководства и протоколы по аборту в первом триместре беременности. Хирургические и медикаментозные вмешательства./под.ред. Марсель Викеманс. – МФПР, 2010. – 40с.
5. Часто задаваемые клинические вопросы о медикаментозном аборте. – ВОЗ. – 2008. – 35с.
6. RCOG (2004). The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. London.
7. Solter C, Miller S. (2000). Comprehensive reproductive health and family planning training curriculum.
8. Misoprostol. Major labeling changes. WHO Pharmaceuticals Newsletter, 2007,3:5
9. 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