

Приложение 6
к приказу Министерства
здравоохранения Кыргызской
Республики
от 25 сентября 2020 года № 759

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ**

**КЫРГЫЗСКАЯ АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОВ И
НЕОНАТОЛОГОВ**

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИ И ДЕТСТВА

АЛЬЯНС ПО РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ

КЫРГЫЗСКИЙ АЛЬЯНС ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
"Безопасное прерывание беременности"

Клиническое руководство по безопасному прерыванию беременности в организациях здравоохранения всех уровней Кыргызской Республики принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР № 759 от 25 сентября 2020 года.

Клиническая проблема

Безопасное прерывание беременности.

Название документа

Безопасное прерывание беременности.

Этапы оказания помощи

Амбулаторная и стационарная медицинская помощь.

Цель пересмотра клинического руководства

Продвижение и предоставление доступа к качественным услугам для безопасного аборта.

Целевые группы

Клиническое руководство предназначено для специалистов, вовлеченных 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 2020 году.

Планируемая дата обновления

Проведение следующего пересмотра планируется в январе 2024, 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. Тоголок Молдо 1, ЦРЗ, НЦОМид

e-mail: askerov.arsen@inbox.ru, kaps00@mail.ru

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
ОО КАПС	Общественное объединение "Кыргызский альянс планирования семьи"
КГМА	Кыргызская Государственная Медицинская Академия
КГМИПИПК	Кыргызский Государственный Медицинский Институт Переподготовки и Повышения Кадров
КНЦРЧ	Кыргызский Научный Центр Репродукции Человека
КС	Контрацептивные средства
УОМПИЛП	Управление Организации Медицинской Помощи и Лекарственных Препаратов
МА	Медикаментозный аборт
МВА	Мануальная вакуумная аспирация
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
МФПР/ИРPF	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 (ЦЭЗ)	Республиканский Медико-Информационный Центр (Центр электронного здравоохранения)
СРЗП	Сексуальное и репродуктивное здоровье и права
ЧД	Частота давления
ЧООБ	Чуйская Областная Объединенная Больница
ЦПС	Центр Планирования Семьи
Gynuity	Неправительственная организация по научным исследованиям по медикаментозному аборту
ФИГО/FIGO	Международная Федерация Акушеров-Гинекологов
NICE	Национальный институт здравоохранения и передового опыта (Великобритания)
ДМПА-ВМ	Депо-медроксипрогестерона ацетат для внутримышечных инъекций
ДМПА-ПК	Депо-медроксипрогестерона ацетат для подкожных инъекций
КВК	Комбинированное вагинальное кольцо
КГК	Комбинированная гормональная контрацепция

КИК	Комбинированный инъекционный контрацептив
КОК	Комбинированный оральный контрацептив (таблетка)
КП	Комбинированный пластырь
ЛНГ-ВМК	Левоноргестрел-содержащий внутриматочный контрацептив
ПСИК	Только прогестаген-содержащий инъекционный контрацептив
ПСК	Только прогестаген-содержащий контрацептив
ПСТ	Только прогестаген-содержащие таблетки

Введение

Данный документ создан на основе тщательного исследования соответствующей медицинской литературы и мирового опыта, он служит руководством для организаций здравоохранения, предоставляющих услуги прерывания беременности на первом и/или втором триместрах по выбору женщины по медицинским или социальным показаниям. Руководство предназначено для предоставления медицинским специалистам стандартов и показателей, обеспечивающих доступ пациенток к услугам высочайшего качества по проведению аборт. Представленные в данном документе клинические предписания определяются как ряд утверждений, помогающих практикующим врачам и пациентам принимать решения о надлежащем медицинском обслуживании. В большей степени Руководство отражает рекомендации ВОЗ, основанные на доказательной медицине [1, 5, 11].

ВОЗ рекомендует следующие способы прерывания беременности:

- мануальная или электрическая вакуумная аспирация в течение I триместра;
- медикаментозный аборт с использованием мифепристона и мизопростола, который осуществляется в сроке <12 недель беременности;
- предпочтительным способом после 12-ой недели беременности является медикаментозный, который состоит в приеме мифепристона, после которого принимаются повторные дозы простагландинов - мизопростола;
- а предпочтительным хирургическим способом является расширение шейки матки и удаление продукта зачатия с использованием вакуумной аспирации и щипцов, после предварительной подготовки шейки матки мизопростолом.

К опасным нерекомендуемым способам относится расширение и выскабливание в I триместре, а также внутри- или экстраамниональное введение гипертонического раствора или простагландинов во II триместре беременности. Расширение шейки матки и кюретаж полости матки представляет собой более опасную процедуру, нежели вакуумная аспирация, и, вместе с тем, более болезненную для женщин (ФИГО, 2013) [12].

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 ВОЗ приняли клинические протоколы и стандарты оказания качественных услуг по безопасному абарту, отказались от небезопасных методов прерывания беременности: кюретажа, амниоцентеза. Несмотря на это, по оценкам, в мире выполняется 22 миллиона небезопасных аборт в год, что приводит к смерти 47000 женщин и тяжелым осложнениям еще у 5 миллионов [3.7].

В Кыргызстане последние 20 лет происходили значительные изменения в клинической документации, регламентирующей деятельность специалистов, оказывающих услуги по прерыванию нежелательной беременности. За этот период произошло снижение числа аборт, в том числе криминальных и небезопасных. Следует отметить, что произошло это в первую очередь в связи с официальным внедрением медикаментозного аборт (клинический протокол по МА, утвержден в 2011 г.), за 4 года в структуре искусственных аборт использование медикаментозного аборт выросло на 21,5% (по данным РМИЦ) [<http://www.stat.kg/ru/>].

Наличие свободного доступа к выполнению раннего безопасного аборта позволяет существенно снизить высокий уровень материнской смертности и заболеваемости. Такая форма обслуживания помогает системе здравоохранения избежать затрат, связанных с небезопасным абортом; это также 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 этапов. 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.

В данном Руководстве рассматриваются все предложенные ВОЗ методы прерывания беременности. Однако, медикаментозный аборт с помощью мифепристона и мизопростала, как весьма безопасный метод прерывания беременности на ранних сроках, рассматривается как приоритетный, поскольку при правильном выполнении, ассоциируется с меньшим риском, чем продолжение беременности 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 амбулаторного и стационарного уровней, а также снизить число криминальных и небезопасных абортов, а также оборот несертифицированных препаратов и их неконтролируемое использование.

Проблемы, связанные с COVID-19

Во время пандемии COVID-19 доступ к нормальным процессам здравоохранения нарушился. Миллионы женщин, помещенных под карантин сократили доступ к противозачаточным средствам, многие амбулаторные клиники ограничили или приостановили амбулаторные посещения. Также Ковид-19 уже привел к значительным финансовым трудностям для многих семей, и отсутствие денег на поддержку ребенка стало причиной аборта [16]. Карантин усилил насилие со стороны партнера, которые могут привести к незапланированной беременности. Доступ к прерыванию беременности в режиме карантина по-прежнему остается процедурой первой необходимости, и ситуация с доступом к нему не всегда так однозначна. Аборт не следует классифицировать как "процедуру, которая может быть отложена во время пандемии". Аборт является важным компонентом комплексного медицинского обслуживания. Это также чувствительная к времени услуга, для которой задержка в несколько недель, а в некоторых случаях и дней, может увеличить риски или потенциально сделать его полностью недоступным [16].

Для обеспечения безопасного и эффективного ухода по абортам более широко используется удаленные консультации и медикаментозный аборт в домашних условиях, особенно если женщины и персонал могут самостоятельно в изолирующих условиях сотрудничать, и неотложная помощь может быть доступной. В данном руководстве описывается научно обоснованный подход по оказанию передовой медицинской помощи с использованием хорошо зарекомендовавших себя моделей, которые уже широко используются в Великобритании, Италии, Молдове, и ограничено в практике некоторых клиник [15, 16]. Эта глава руководства будет регулярно пересматриваться по мере появления новых данных. Данная глава не предназначена

для замены клинической диагностики и планов лечения, составленные врачом или другим медицинским работником. Доказательная база для COVID-19 и его влияние на беременность и связанные с ним медицинские услуги быстро развиваются, и последние данные или передовой опыт могут еще не быть включены. Тестирование на SARS-COV-2 обычно не требуется женщинам, поступающим на аборт, которые не имеют симптомы COVID-19. Если это сделано по каким-то причинам, не следует откладывать прерывание в ожидании результата [12, 15]. Риск передачи COVID-19 следует снижать за счет соблюдения мер профилактики и контроля инфекций по утвержденным стандартам, которые включают скрининг симптомов до и при госпитализации, использование соответствующих средств индивидуальной защиты (СИЗ) в больнице или клинике [15].

В Англии, Уэльсе и Шотландии поставщики медицинских услуг могут предложить полную услугу медикаментозного аборта на ранних сроках, с консультацией проводимых с помощью видео или телеконференций, а также пакет услуг, отправленный на дом женщины курьером, почтой или другими способами. В Северной Ирландии существуют различия, где удаленная он-лайн консультация проводится с последующим кратким взаимодействием в клинике для приема мифепристона и сбора мизопростола для приема в домашних условиях. Эти модели помогли ограничить распространение COVID-19 и поддержать женщин в доступе к медицинской помощи по прерыванию беременности если они самоизолируются, и помогают медицинским работникам придерживаться рекомендаций по социальному дистанцированию (новая правовая база для услуг по прерыванию беременности в Англии, Уэльсе, Шотландии, Северной Ирландии - июль 2020 г.) [15, 16].

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

Данное руководство предназначено для помощи медицинским работникам сферы предоставления высококачественных и ориентированных на клиента процедур безопасного аборта и связанных с этим услуг, и охватывает все аспекты предоставления всесторонней помощи при аборте в первом и во втором триместре беременности, а также в условиях эпидемии COVID-19 в стране. Рекомендации по клиническим процедурам основаны на принципах научно-обоснованной практики и доказательной медицины, которые приемлемы ко всем аспектам предоставления услуг.

Медицинские услуги по безопасному прерыванию беременности должны быть доступны для всех женщин, они должны быть основаны на нуждах женщин и на соблюдении прав человека.

Цель руководства - предоставление доступа к качественным услугам для безопасного аборта.

Ожидаемые результаты внедрения клинического руководства:

- снижение материнской смертности и заболеваемости от небезопасных абортов;
- снижение влияния аборта на здоровье женщин;
- снижение частоты нежелательной беременности;
- снижение частоты небезопасных абортов;
- снижение частоты внутрибольничной инфекций;
- улучшение доступа к безопасному аборту;
- улучшение качества и доступа к уходу после аборта (включая обеспечение контрацепцией после аборта);
- повышение уровня удовлетворенности пациентов.

Целевые пользователи

Клиническое руководство предназначено для специалистов, вовлеченных в предоставление услуг по аборту (непосредственные поставщики услуг - гинеколог, врач общей практики, акушерка, средний медицинский персонал, не медицинский обслуживающий персонал).

Медицинские услуги по безопасному прерыванию беременности должно максимально предоставляться в организациях здравоохранения, оказывающих ПМСП на всех уровнях здравоохранения.

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

Состав рабочей группы по пересмотру руководства

Для пересмотра клинического руководства по безопасному прерыванию беременности 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. Это 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, представители общественных организаций.

Руководитель рабочей группы:

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

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

Организационная помощь

Джакубекова А.У.	к.м.н., доцент, гл. специалист по лекарственной политике УОМПиЛП МЗ КР
------------------	--

Ответственные исполнители:

Аскеров А.А.	Президент КМА, КААН, профессор кафедры акушерства и гинекологии КРСУ, д.м.н.
Максимова Э.М.	НЦОМид, заведующая ЦПС "Брак и семья", к.м.н.
Ракишев М.А.	Заместитель главного врача ГГБ, г.Бишкек
Кулмурзаева З.Н.	ЧООБ, заведующая отделением гинекологии, к.м.н.
Чиркина Г.Э.	ОО "Альянс по репродуктивному здоровью", исполнительный директор, международный эксперт по вопросам СРЗП и БА
Бозгорпоева Б.Б.	ОО "Кыргызский альянс планирования семьи", директор, PhD

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. - начальник УЧРиОР МЗ КР; Иманказиева Ф.И. - доцент, к.м.н. кафедры акушерства и гинекологии КРСУ; Шамырканова Б.М. - главный специалист Городское Управление Здравоохранения г.Бишкек; Рустанбекова С.С. - заведующая отделением гнойной септической гинекологии Национального Хирургического Центра
Врачи общей	Жалиева Г. - к.м.н., гинеколог родильного отделения ЧООБ

практики:	Турдалиева Г.М. - гинеколог КРД № 2 г.Бишкек
	Асанова И.Э. - гинеколог медцентра "Институт материнства"
	Жумалиева А.О. - заведующая отделением гинекологии ТООБ
	Молдоакматова Э.К. - гинеколог ЦСМ № 1 г.Бишкек
	Субанова Г.А. - зав. кафедрой акушерства и гинекологии последипломного обучения южного филиала КГМИПГК
Муратова Г.К. - PhD, гинеколог Кара-Суйской ТБ	
Средний медицинский персонал:	Шамиева М. - старшая медсестра отделения гинекологии ЧООБ Белекова А. - старшая акушерка родильного отделения Иссык-Атинской ТБ

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 КГМИПГК, КРСУ.

Все члены группы подписали декларацию об отсутствии конфликта интересов.

Декларация конфликта интересов

Все члены рабочей группы подписали декларацию об отсутствии конфликта интересов. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или других конфликтов интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для безопасного прерывания беременности.

ЮНФПА оказал финансовую поддержку членам рабочей группы по составлению клинического руководства и поиску медицинской информации.

Процесс апробации и утверждения

Клинический протокол по МВА был утвержден МЗ КР в 2009 году и практически использовался всеми ОЗ первичного и вторичного звена, где предоставлялись услуги прерывания беременности. С 2011 года по 2020 год во всех организациях здравоохранения клинический протокол по медикаментозному аборту был внедрен и по настоящее время используется обученными специалистами.

В процессе внедрения вышеуказанных клинических протоколов были получены комментарии от специалистов о потребности в консолидированном документе по всем методам безопасного прерывания и замечания по форме изложения и отдельным рекомендациям. Данные комментарии были учтены при разработке данного Руководства.

Обновленное клиническое руководство было апробировано в НЦОМид, ГГБ, ЧООБ, КРД № 2, медицинских центрах ОО АРЗ, "Институт материнства", Иссык-Атинской и Кара-Суйской ТБ.

После апробирования, оценки клинического и методологического содержания данного клинического руководства был утвержден Экспертным советом по оценке качества КР/КП Министерства здравоохранения КР.

Оценка клинического содержания клинического руководства

Родика Комендант	Директор НПО "Обучающий Центр по Репродуктивному Здоровью Республики Молдова", доцент Департамента Акушерства и Гинекологии, Государственный Университет Медицины и Фармации "Николае Тестемицану", международный эксперт ВОЗ
------------------	---

Стелиан Ходороджа	Вице-директор НПО "Обучающий Центр по Репродуктивному Здоровью Республики Молдова", доцент Департамента Акушерства и Гинекологии, Государственный Университет Медицины и Фармации "Николае Тестемицану", международный эксперт ВОЗ
-------------------	--

Оценка методологического содержания

Зурдинова А.А.	главный внештатный клинический фармаколог МЗ КР, заведующая кафедрой базисной и клинической фармакологии КРСУ, профессор, д.м.н., специалист по доказательной медицине
----------------	--

Методологом была проведена оценка методологического качества клинического руководства по логическому изложению, отражению наилучшей клинической практики в рекомендациях и применимости в клинической практике на местах.

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 использовать существующие международные руководства по данной проблеме высокого методологического качества, основанные на принципах доказательной медицины и адаптировать их к местным условиям.

В результате поиска рабочей группой было найдено 4 международных руководств.

Характеристика отобранных клинических рекомендаций по безопасному аборту

№	Название руководства	Качество	Новизна	Применимость	Варианты действий
1	Клиническое руководство ВОЗ "Медицинский аборт" (2018, WHO-ISBN 978-92-4-155040-6) [1]	+	+	+	Взято за основу при разработке рекомендации по диагностике, лечению и профилактике
2	Стандарты по проведению прерывания беременности в безопасных условиях (министерство здравоохранения Республики Молдова, 2011) [7]	+	+	+	Взяты за основу при выработке рекомендаций по условиям обеспечения безопасного аборта, по консультированию и информированию, по клинической оценке и лабораторным исследованиям
3	Abortion care (NICE 2019) [14]	+	+	+	Взяты за основу при выработке рекомендаций по порядку проведения осмотра, по безопасности и особенностям медикаментозного аборта

4	COVID-19 and abortion care. Version 3.1: Royal College of Obstetricians&Gynaecologists - July-2020 [17]	+	+	+	Взята за основу при разработке, рекомендации по диагностике и лечению при COVID-19 и аборте
---	---	---	---	---	---

Предпочтение для пересмотра руководства основывались на руководствах - клиническое руководство "Медицинский аборт" (ВОЗ, 2018), стандарты по проведению прерывания беременности в безопасных условиях (министерство здравоохранения Республики Молдова, 2011), Abortion care (NICE 2019), COVID-19 and abortion care. (Version 3.1: RCOG, July-2020). По черновому варианту были получены комментарии и замечания специалистов.

Так как в найденных клинических руководствах мультидисциплинарной рабочей группой были найдены необходимые рекомендации по безопасному медицинскому аборту, то дополнительный поиск медицинских публикаций по результатам мета-анализов, систематических обзоров, РКИ и т.д. в международных базах не проводился.

Обновление данного руководства предполагается по мере появления новых данных.

Обеспечение доступа к услугам безопасного аборта

Женщины с нежелательной беременностью, в том числе девочки-подростки, часто прибегают к небезопасным абортам в случае, если у них отсутствует доступ к безопасному аборту.

К числу факторов, мешающих безопасным абортам, относятся:

- ограничительные законы, нормативные ограничения;
- ограниченный выбор услуг в местах их проживания;
- высокая стоимость услуги;
- стигма/осуждение;
- нежелание поставщиков медико-санитарной помощи заниматься абортами из соображений совести;
- ненужные требования, в частности следующие: обязательные периоды ожидания, предоставление информации, вводящей в заблуждение, разрешение третьей стороны, ненужные с медицинской точки зрения анализы.

В связи с этим организации здравоохранения как амбулаторного, так и стационарного уровней, где предоставляются услуги безопасного аборта, (а именно менеджерам здравоохранения) необходимо обеспечить соответствующие условия.

Условия для обеспечения безопасного аборта:

- сделать широко доступной и наглядной информацию для женщин об услугах аборта, включая информацию: о методах прерывания, о специалистах, о стоимости услуг, о льготах на услуги и законодательных условиях. Информационные стенды, бюллетени и плакаты в доступных местах для посетителей ОЗ;
- обеспечить своевременное перенаправление женщин, если не возможно в условиях ОЗ сделать аборт после определенного гестационного срока или выбранный женщиной метод в данном учреждении не предоставляется;
- избегать повторных направлений или обследований женщин без острой необходимости (например, возвращение к своему врачу общей практики для повторного направления или повторных анализов или обследований);
- обеспечивать конфиденциальность услуг, чтобы избежать необоснованного внимания другого персонала и посетителей ОЗ;
- обеспечить широким спектром информации о контрацепции и профилактике повторной нежелательной беременности;
- создавать условия для подготовки и наличия подготовленных специалистов, способных предоставить качественные услуги безопасного аборта;

- создавать условия, при которых личные убеждения медицинских специалистов не становились барьером/препятствием для женщины к услугам безопасного аборта;
- обеспечить наличие всех необходимых ресурсов для оказания услуг безопасного аборта;
- обеспечить наличие необходимых бланков информированного согласия и информации для постабортных клиенток.

Женщины могут самостоятельно обратиться за услугой прерывания беременности без дополнительных направлений и условий.

Следует уделять особое внимание нуждам бедных, подростков, других уязвимых и обособленных групп населения, с этой целью у ОЗ должны быть соответствующие алгоритмы работы с такими пациентами. В данном Руководстве отмечены особенности прерывания нежелательной беременности у подростков.

Важным фактором обеспечения доступности и своевременности услуги прерывания является время ожидания. Поэтому у ОЗ, предоставляющих услуги аборта, должны быть в наличии все необходимые ресурсы для предоставления спектра услуг с минимальной задержкой. Это означает, что проведение оценки с момента обращения женщины должно составить не более 5-ти дней и услуга аборта должна быть предоставлена в течение 1 недели.

Для женщин, которые предпочли бы дольше ждать аборт, важно предоставить информацию о последствиях, рисках и осложнениях, связанных с увеличением сроков, чтобы они могли принять обоснованное решение.

Глава I. Консультирование, осмотр до аборта и информированное согласие

По оценкам ВОЗ ежегодно в мире беременность наступает у 208 миллионов женщин. У 59% из них (или 123 миллионов) беременность является запланированной, или желательной, и заканчивается родами, самопроизвольным абортом или мертворождением. Остальные 41% (или 85 миллионов) беременностей являются нежелательными [2, 4, 8].

Распространение контрацепции привело к снижению частоты беременностей в мире со 160 на 1000 женщин в возрасте 15-44 лет в 1995 г. до 134 на 1000 женщин в возрасте 15-44 лет в 2008 г. Частота желательных и нежелательных беременностей снизилась с 91 и 69 на 1000 женщин в возрасте 15-44 лет в 1995 г. до 79 и 55 на 1000 женщин в возрасте 15-44 лет в 2008 г. соответственно [11, 12].

Большинство незапланированных/нежелательных беременностей наступают в результате [2]:

- незащищенного полового акта;
- неудовлетворенной потребности в планировании семьи (когда контрацептивы и информация о них по той или иной причине были недоступны для женщины при том, что сама она не планирует беременность);
- контрацептивной неудачи, когда, используемый женщиной контрацептив не защитил на 100% или была допущена ошибка в его использовании;
- сексуального насилия.

Рекомендации по консультированию и информированию

Комплексность услуги прерывания нежелательной беременности характеризуется в первую очередь непрерывностью и последовательностью всех составляющих, где каждый этап усиливает и дополняет, корректирует и поддерживает друг друга:

- доабортное консультирование;
- информированное согласие;
- процедура прерывания нежелательной беременности;
- постабортное консультирование и постабортное отслеживание.

Стоит обратить внимание на некоторые особенности консультирования беременных женщин. Большинство из них уже приняло решение об исходе беременности и хорошо понимают, как диагностировать саму беременность, однако медицинский специалист должен представить информацию женщине об условиях наступления беременности и тех физиологических признаках, которые сопровождают беременность и/или могут быть связаны с ней:

- задержка/отсутствие менструации;
- нагрубание и чувствительность молочных желез;
- сонливость;
- тошнота/рвота;
- изменение аппетита;
- чувствительность и реакция на запахи;
- набор массы тела и т.д.

Также необходимо обсудить с женщиной исход беременности и возможные варианты решений, исходя из социальных экономических и других причин:

- прервать беременность безопасными методами в медицинском учреждении (сделайте акцент на профилактике криминальных аборт);
- пролонгировать беременность и родить ребенка;
- пролонгировать беременность и родить ребенка, оформив специальное решение о временном пребывании новорожденного в государственном учреждении;
- пролонгировать беременность и родить ребенка, оформив отказ от него в родильном доме.

Доктор обязан принять любое из этих решений и помогать в их реализации, согласно законодательству КР.

Главными задачами консультирования по вопросам безопасного аборта являются:

- Снизить стресс и страх у женщины.
- Создать условия для информированного принятия решения.
- Информировать о всех методах прерывания, методах обезболивания и этапах процедуры аборта.
- Обеспечить женщине информированный выбор контрацептива для профилактики последующих нежелательных беременностей.

Этапы услуг безопасного аборта	Основное содержание этапа (о чем информирует и что необходимо сделать медицинскому специалисту)
Доабортное консультирование (может проходить в два этапа: консультирование и диагностика беременности и непосредственно перед процедурой аборта)	<ul style="list-style-type: none"> - Снизить тревогу и стресс клиентки, посредством формирования у нее уверенности в безопасности процедур, формирование доверия к медицинскому специалисту и его компетентности. - Определить отношение клиентки и значимого окружения к беременности и предоставить выбор исхода беременности. - Сбор анамнеза. - Провести гинекологический осмотр, измерение основных параметров. - Проинформировать о всех безопасных методах прерывания беременности, включая те, что используются в вашем учреждении и, что будет происходить вовремя и после вмешательства. - Рассказать о том, какие ощущения она будет испытывать вовремя и после аборта (боль, кровотечения). - Проинформировать о продолжительности и особенностях каждой процедуры, о методах обезболивания, о специальных

	<p>условиях, о рисках и осложнениях.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Проинформировать о существующих методах контрацепции и предоставить выбор контрацептива. - Убедиться, что выбор в отношении аборта состоялся и что женщина хорошо представляет, как она будет действовать в последующем (индивидуальный план). - Направить при необходимости на обследование. - В случае если женщина выбрала метод прерывания, который не предоставляется в вашем учреждении, перенаправить в ближайшее ОЗ, где такая услуга предоставляется
<p>Информированное согласие</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Предоставить письменные рекомендации клиентке в отношении процедуры аборта и рекомендации по постабортному уходу (см. Приложение). - Получить письменное добровольное согласие от клиентки (ДЛЯ ПОДРОСТКОВ: от родителей/опекунов, в случае, если несовершеннолетняя клиентка согласилась оповестить их о процедуре и разрешила сопровождать ее в ходе процедуры). В двух экземплярах (один - в учреждение здравоохранения, другой - клиентке), на языке доступном клиентке
<p>Процедура прерывания нежелательной беременности</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Помочь женщине снять страх перед процедурой. Еще раз напомнить о том, что: прерывание производится по выбору клиентки одним из безопасных методов (мануальной/электрической вакуумной аспирации, медикаментозный аборт) с выбранным методом обезболивания. - В ходе процедуры оказывать словесную поддержку женщине, разъяснять все этапы процедуры. - Для инвазивных методов прерывания беременности (МВА) используется бесконтактный метод со строгим соблюдением норм санитарно-гигиенической безопасности, включая безопасную утилизацию биологических отходов. - Обязательно провести экспертизу удаленных тканей для сопоставления сроков беременности и уверенности, что процедура проведена полностью (для МВА). - При выборе клиенткой долгосрочного контрацептива - ВМС - ввести сразу после процедуры прерывания
<p>Постабортное консультирование и Постабортное отслеживание (проводится в несколько этапов: сразу после процедуры прерывания и отсрочено спустя 14 дней)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Измерение и контроль основных показателей давления, пульса и температуры. - Контроль кровопотери. - Назначение антибактериальной терапии. - Информация для клиентки, включая рекомендации по личной гигиене, восстановлению менструального цикла и половой активности. - Информирование клиентки об опасных признаках состояний после аборта. - Детализация индивидуального плана действий клиентки для безопасности и предотвращения повторных абортов, включая контрацепцию. - Профилактика постабортной депрессии (при наличии

	<p>психолога - консультация).</p> <p>- Выдача контрацептивов или рецепта на контрацептив, на основе информированного выбора клиентки.</p> <p>Выдача информационных материалов</p>
--	---

Информируя о методах прерывания нежелательной беременности, специалист должен обратить внимание женщины на некоторые особенности каждого метода:

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ	ХИРУРГИЧЕСКИЙ АБОРТ
<ul style="list-style-type: none"> - Производится с помощью медицинских препаратов и позволяет избежать хирургического вмешательства. - Имитирует выкидыш. - Контролируется женщиной и может проходить в домашних условиях (при сроке менее 12 недель беременности). - Для завершения аборта необходимо время (часы или дни), продолжительность непредсказуема. - Женщины испытывают кровотечение и спастические боли, а также другие побочные эффекты (тошнота, рвота и т.д.). - Может понадобиться большее количество визитов в клинику в отличии от хирургического аборта 	<ul style="list-style-type: none"> - Быстрая процедура, производится в медицинском учреждении. - Завершение аборта верифицируется осмотром продуктов зачатия, полученных при аспирации. - Внутриматочную спираль можно установить сразу после процедуры, если женщина выбрала данный метод контрацепции. - Требуется использование стерильных инструментов и имеет инвазивный характер. - Может использоваться так же, если есть противопоказания для медикаментозного аборта. - Только для хирургических абортот: <ul style="list-style-type: none"> травма шейки матки (риск повреждения не более 1 на 100); перфорация матки (риск составляет порядка 1-4 на 1000 и ниже для первого триместра)

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- аборт является безопасной процедурой, при которой основные осложнения и смертность крайне редки, современный аборт безопаснее, чем роды;
- чем меньше срок беременности, при котором выполняется аборт, тем безопаснее он будет;
- хирургические и медикаментозные методы аборта имеют небольшой риск неудачного завершения беременности (1 или 2 на 100 процедур);
- могут возникнуть следующие осложнения: сильное кровотечение, требующее переливания - риск абортот в первом триместре ниже (меньше чем 1 на 1000) инфицирование верхних половых путей различной степени тяжести маловероятно, но может возникнуть после медикаментозного или хирургического аборта и обычно связано с уже существующей инфекцией.

Предосторожности по абортот:

- Существует небольшой риск (менее 2 на 100 для хирургического и 5 на 100 для медикаментозного аборта) необходимости дальнейшего вмешательства для завершения процедуры, то есть хирургическое вмешательство после медикаментозного аборта или повторная эвакуация после хирургического аборта.
- Если проблемы и потребности женщины выходят за рамки целей и возможностей консультации, женщина должна получить направление на получение соответствующих социальных услуг, например: подросток - есть необходимость привлечь к консультации родителей или сотрудников ОПСД (отдела поддержки семьи и детей); изнасилованная женщина - возможно понадобится психологическая и юридическая помощь, а так же консультации других специалистов по профилактике ВИЧ/ИППП.

- Обращайтесь к женщине в уважительной форме, на понятном и доступном языке, сводя к минимуму использование специализированной терминологии.

- Устная информация должна сопровождаться предоставлением письменных, корректных и непредвзятых материалов/брошюр/листочков, которые пациентка сможет понять и взять с собой для последующего прочтения.

Каждая женщина, выбравшая процедуру прерывания беременности, в обязательном порядке должна подписать до проведения процедуры информированное согласие, предусмотренное для проведения аборта, которое свидетельствует о ее согласии с тем, что она понимает суть процедуры и существующих альтернатив, возможных рисков, преимуществ и осложнений, о том, что принятое ею решение носит добровольный характер, а также о том, что она готова прервать беременность. Подписанное пациенткой информированное согласие прилагается к Медицинской карте прерывания беременности (см. Приложение 2).

Рекомендации по осмотру перед проведением аборта

Медицинский специалист всегда обязан спрашивать разрешения женщины на все виды манипуляций, которые возможно потребуются во время приема: визуальный общий осмотр, гинекологический осмотр, забор анализов и др. [12]

Не все женщины (особенно подростки) знают, как подготовиться к осмотру (какую одежду снимать, как правильно ложиться на гинекологическое кресло, как и с помощью чего будет проходить гинекологический осмотр), поэтому разъясняйте все этапы осмотра и манипуляций.

Подросток может отказаться от проведения гинекологического осмотра по различным причинам [13]

НЕЛЬЗЯ настаивать и принуждать к осмотру! [5]

При отказе от гинекологического осмотра предложить альтернативные методы диагностики беременности, предупредив о возможных затратах на них [7, 12]:

- тест на беременность по моче;
- ультразвуковое исследование полости матки;
- лабораторное исследование крови на ХГЧ.

Рекомендации по порядку проведения осмотра

1) Проводить ознакомление с медицинским анамнезом женщины, данные о котором заносятся в Медицинскую карту прерывания беременности, открытую для добровольного прерывания беременности (см. Приложение).

2) Срок беременности подтверждать и указывать на основании личного анамнеза (последняя менструация) и клинического осмотра.

3) Необязательно проводить ультразвуковое исследование перед абортом всем женщинам.

Специалист может направить женщину на ультразвуковое исследование при следующих случаях [5]:

- диагноз беременности сомнителен;
- имеется несоответствие между хронологическим и клиническим сроком беременности;
- имеются подозрения на внематочную беременность;
- имеется сопутствующая гинекологическая патология (например: фиброматоз матки, пороки развития матки и т.д.);
- имеются сомнения относительно наличия внутриматочной спирали.

4) Обязательно измерять жизненные показатели: артериальное давление, пульс и температура тела.

5) Определить гематокрит и уровень гемоглобина при наличии анемии у женщины в анамнезе, либо с симптомами выраженной анемии.

6) Определить группу крови и резус-фактор женщинам, готовящимся пройти процедуру прерывания беременности, в случае если соответствующие данные отсутствуют. Женщинам с резус отрицательной кровью и отсутствием антител к Rh фактору по возможности ввести анти-D иммуноглобулин.

Предложить профилактику анти-D иммуноглобулином женщинам, выбравшим аборт со сроком гестации более 10 недель [10, 11].

Не предлагать профилактику женщинам, выбравшим медикаментозный аборт со сроком гестации менее 10 недель.

7) Наличие инфекционных заболеваний половых органов определяется на основании клинических признаков во время осмотра в зеркалах. При необходимости провести скрининг заболеваний, передающихся половым путем. Сам скрининг и его результаты не могут быть ограничением для проведения процедуры прерывания.

8) При выявлении у беременной женщины острых и подострых воспалительных процессов любой локализации, а также острых инфекционных заболеваний, можно прервать беременность и начать лечение, ИЛИ отложить операцию по прерыванию беременности до их излечения, но учитывая при этом чтобы срок беременности не превысил 12 недель.

9) Момент прерывания беременности может оказаться подходящим случаем для оценки возможной патологии шейки матки.

Цитологический анализ шейки матки проводится женщинам старше 25 лет, не проходившим соответствующего анализа в течение последних 3 лет.

В случае проведения цитологического анализа в момент прерывания беременности, необходимо сообщить женщине результат проведенного анализа.

10) При обращении женщины по поводу проведения прерывания беременности врачу необходимо выявить и иные медицинские потребности, связанные с репродуктивным здоровьем, либо социальными свойствами (насилие, торговля людьми, наличие заболеваний, передающихся половым путем и т.д.), и предоставить женщине рекомендации, либо направление на лечение/профильную специализированную помощь с целью решения выявленных потребностей. Но это не может быть барьером для проведения процедуры аборта.

Глава 2. Прерывание беременности медикаментозным способом

Медикаментозный аборт до 12 недель беременности

Медикаментозный аборт в 1-м триместре беременности - искусственное прерывание беременности с помощью лекарственных средств - мифепристона и мизопростола. Эффективность метода составляет 95-98,5%.

Рекомендации по безопасности и особенностям медикаментозного аборта

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

Описано тератогенное действие мизопростола. Необходимо проконсультировать женщину о величине риска и предложить качественную пренатальную диагностику, при этом не обязательно прерывать беременность.

В	Абсолютный риск тератогенного действия не высок (2-4% в общей популяции) [6]
----------	--

В	Мифепристон и мизопростол не прерывают внематочную беременность и не влияют на течение внематочной беременности [3]
----------	---

С	Медикаментозный аборт не влияет на последующую возможность забеременеть [7]
----------	---

Мифепристон практически не попадает в грудное молоко и нет необходимости прервать грудное вскармливание после приема 200 мг мифепристона.

Мизопростол попадает в небольших количествах в грудное молоко и лактацию следует прекратить на короткое время (до 5 часов).

С	Рекомендуется сцедить молока на одно кормление до процедуры и не кормить грудью 5 часов после приема мизопростола [12]
----------	--

Рекомендации по обеспечению доступа к получению неотложной помощи

Серьезные осложнения, требующие оказания медицинской помощи или переливания крови, возникают крайне редко.

Для оказания неотложной помощи персонал, оказывающий услуги аборта должен знать и быть обучен как обеспечить неотложную помощь или возможность экстренного направления в специализированные медицинские клиники с сопровождением.

Посещение клиники для контрольного обследования после проведения медикаментозного аборта не является обязательным, если женщина чувствует себя хорошо и других показаний для визита (например: продолжение лечения обнаруженной инфекции и т.п.) не было.

Условия для выполнения медикаментозного аборта

- Наличие подготовленных специалистов.
- Возможность проведения бимануального исследования и проведение теста на беременность 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).
- Доступ к круглосуточной экстренной помощи (при необходимости), к которой можно добраться в течение 15-20 минут.
- Исключение состояния и/или заболевания, при котором имеются медицинские противопоказания к прерыванию беременности медикаментозным методом (см. Раздел 2.1.3.).
- Проведение консультирования и подписание женщиной информированного согласия.

Критерии использования метода медикаментозного аборта

Показания к использованию медицинского аборта [5, 11]:

- Нежелательная маточная беременность в сроках не более 71 дня от 1-го дня последней менструации в организациях здравоохранения ПМСП и в стационарах, и в сроке 10-12 недель 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 к медикаментозному аборту:

- тяжелая анемия;
- нарушения свертываемости крови;
- терапия кортикостероидами в течение длительного времени;
- хроническая надпочечниковая недостаточность;
- ВМС (требуется предварительное удаление);
- установленная или подозреваемая внематочная беременность;
- известная аллергия на мифепристон, мизопростол или другие простагландины;
- наследственная порфирия;
- экстрагенитальные заболевания в состоянии декомпенсации (например, отек и/или ушиб мозга, мозговая кома).

С	<p>Нижеприведенные состояния не являются противопоказанием для медикаментозного аборта [6]:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.

Рекомендации по клинической оценке и лабораторным исследованиям [12]

<p>Проведите общее физическое обследование - общее состояние здоровья, пульс, АД, ЧД, температура тела (если наблюдается температура тела свыше 38 °С рекомендуется уточнение диагноза).</p>
--

D	<p>Установить срок беременности на основании [4]:</p> <ul style="list-style-type: none"> - начала последней менструации; - гинекологического обследования - по размеру матки; - УЗИ - достоверный способ установления срока беременности
----------	---

D	<p>УЗИ и лабораторные тестирования являются специальными методами, но не считаются обязательными условиями для проведения аборта [4]</p>
----------	--

Лабораторные исследования

<p>Определить группу крови и резус-принадлежность при необходимости [11].</p>

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.

Женщинам с резус отрицательной кровью и отсутствием антител к Rh фактору по возможности ввести анти-D иммуноглобулин.

<p>Анти-D иммуноглобулин следует вводить в момент применения мизопростала, но не позже 72 часов после аборта, в сроке беременности с 6 недель аменореи иммуноглобулин назначается в дозе 50 мкг в/м [4].</p>
--

<p>Анализ крови на RW, ВИЧ, коагулограмма (тромбоциты, свертываемость крови), группа крови и резус фактор - не входят в число необходимых перед проведением медикаментозного аборта.</p>
--

С	<p>Не рекомендуется проводить бактериологическое исследование, т.к. метод не является высокоспецифичным и чувствительным и приносит мало пользы [4]</p>
----------	---

В отсутствие клинических признаков инфекции не следует откладывать искусственный аборт до получения результатов этих исследований [9].

С	<p>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 [7]</p>
----------	--

Необходимо на основе клинического анализа и сбора анамнеза 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.

Рекомендуемые схемы профилактики антибиотиками

Антимикробная профилактика не требуется, т.к. риски инфицирования полости матки после медикаментозного аборта очень низкие.

Однако при наличии клинических проявлений инфекции следует немедленно назначить антимикробные средства, после чего выполнить искусственный аборт.

При соответствующих результатах о наличии инфекции следует провести лечение в зависимости от формы заболевания/выявленного возбудителя по общепринятым схемам лечения.

Антибиотикопрофилактика при хирургическом аборте указана в подразделе 4.2.

Рекомендации по технологии метода медикаментозного аборта до 12 недель беременности

Прерывание беременности проводится по шагам:

Шаг 1:

- Определяется срок беременности. Диагноз маточной беременности сроком не более 71 дня 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;
- Консультирование по вопросам использования методов контрацепции;
- Назначение препарата по рецепту мифепристон 200 мг, или в организации здравоохранения женщине предоставляют мифепристон принимать внутрь per os, натошак;
- Если после приема мифепристона в течение первого часа возникла рвота, то препарат принимается повторно в той же дозе.
- Выписывается рецепт на 4 таблетки мизопростола по 200 мкг;
- Перед уходом из амбулаторной организации здравоохранения женщина должна получить устные или письменные инструкции с информацией о предполагаемом объеме кровотечения, признаках возможных осложнений, и куда обращаться за медпомощью, если она потребуется.

Шаг 2:

ВОЗ рекомендует прием мизопростола дома, нет смысла ждать долго в клинике кровотечения и изгнания, так как изгнание в малые сроки может произойти и позже, без риска для женщины [11].

- При полном информировании прием в домашних условиях мизопростола 800 мкг сублингвально/буккально или интравагинально однократно не менее чем через 24-36 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. В сроках более 10 недель рекомендуется прием мизопростола в клинике.

- В течение 3 часов ведется наблюдение за состоянием здоровья женщины. Заносятся в медкарту дата и время приема мизопростола, время изгнания продукта зачатия (если произошло), отмеченные побочные реакции (при наличии таковых).

- Медикаментозное прерывание беременности протекает по типу подобному менструальной реакции, и характеризуется: появлением тянущих болей внизу живота, как правило, несильных и легко переносимых пациенткой; 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 (ибупрофен 800 мг или кетопрофен 200 мг однократно внутрь) (см. Раздел "Устранение побочных эффектов").

- При сроке беременности больше 10 недель, если не произошло изгнание эмбриона через 3 часа рекомендуется повторная доза мизопростола 400 мг. Может возникнуть необходимость и в 3-й дозе.

- Тактика лечения неполного аборта должна основываться на клиническом состоянии женщины и ее предпочтениях:

при неполном аборте в сроках более 10 недель, если клиническое состояние женщины стабильно, и она не хочет ни медикаментозного, ни хирургического лечения, возможна выжидательная тактика в условиях клиники; или

при неполном аборте, в отсутствие тяжелого кровотечения, женщину наблюдают, предлагают ей повторное применение мизопростола (назначается мизопростол в дозе 400 мкг сублингвально или букально или 600 мкг внутрь) или хирургический аборт.

- 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 при медикаментозном аборте может быть неэффективным методом оценки успешного проведения аборта.

- 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 на протяжении 2-3 недель, за исключением случаев продолжающейся беременности, а также при наличии признаков инфекции, персистирующем или обильном кровотечении.

Полный аборт можно подтвердить:

- При гинекологическом исследовании, ультразвуковом исследовании органов малого таза и при повторном исследовании уровня ХГ. При использовании последнего метода следует помнить, что в некоторых случаях низкий уровень ХГ может определяться до 4 недель после изгнания плодного яйца. Ультразвуковое исследование позволяет диагностировать развивающуюся беременность, измерить толщину эндометрия, однако оно неинформативно для диагностики неполного аборта и может приводить к нецелесообразным хирургическим вмешательствам.

- После медикаментозного аборта контрольный визит женщины в клинику, чтобы подтвердить полный аборт, не обязателен. Но если есть необходимость, он проводится спустя 7-14 дней со дня первого посещения.

- Если был поставлен диагноз полного аборта, женщину ставят в известность и дают рекомендации относительно способа контрацепции, обсуждаются все возможности планирования семьи:

а) если пациентка отдает предпочтение комбинированным оральным контрацептивам, их прием начинается со дня приема мизопростола;

б) внутриматочное средство может быть установлено во время контрольного посещения или после первой менструации после аборта. Выбор соответствующего метода контрацепции зависит от наличия противозачаточных средств на местах, потребностей и предпочтения самой женщины.

- Если не произошло полного аборта, врач определяет, если беременность продолжается и плод жизнеспособен (определение сердечной деятельности эмбриона на ультразвуковом исследовании или увеличение объемов матки за две недели).

- Если беременность не прервана и беременность продолжается и плод жизнеспособен, женщине предлагают вакуумную аспирацию или повторное применение схемы мифепристона и мизопростола.

Медикаментозный искусственный аборт на сроке <12 недель беременности⁹		
МИФЕПРИСТОН	МИЗОПРОСТОЛ	МИЗОПРОСТОЛ дополнительно
200 мг	800 мкг	400 мкг сублингвально или букально или 600 мкг внутрь
ПО один раз	3, И/В или С/Л	3, И/В или С/Л б, с
Использовать мифепристон 200 мг, вводимого перорально, а через 24-36 часов мизопростол 800 мкг, вводимого интравагинально или сублингвально или букально. Минимальный рекомендуемый интервал между использованием мифепристона и мизопростола составляет 24 часа		

Примечание: Данные о риске пороков развития плода при неэффективном медикаментозном аборте немногочисленны и неубедительны. Следовательно, настаивать на прерывании развивающейся беременности, если женщина желает сохранить ее, не нужно. Тем не менее, следует информировать женщину, что в связи с тем, что влияние препаратов, вызывающих медикаментозный аборт, на плод неизвестно и ей потребуются необходимо дополнительное наблюдение.

Алгоритм динамического наблюдения по медикаментозному аборту в I триместре

Шаги	Время посещения	Мероприятия
Первый шаг		<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). - Доабортное консультирование. - Обсуждение методов контрацепции и выбор метода ПС. - Получение информированного согласия. - Прием мифепристона (200 мг) per os
Второй шаг	Через 24-36 ч. после приема Мифепристона	<ul style="list-style-type: none"> - Прием мизопростола (800 мкг) сублингвально/букально или интравагинально. - Через 3 часа возможен повторный прием мизопростола. - Обсуждение дальнейших шагов: постабортное консультирование. - Оценка успешного проведения аборта в сроках более 10 недель в клинике

Примечание: Лекарственные препараты мифепристон и мизопростол для медикаментозного аборта выдаются в ОЗ 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.

D	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 [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.

D	При лечении астмы ингаляционными глюкокортикостероидами необходимо внести корректировку в схему приема - увеличить дозу вдвое за 48 ч до приема мифепристона и сохраняя ее на таком уровне в течение приблизительно одной недели [9]
----------	--

Возможные осложнения медикаментозного аборта [4, 6, 8]

- Прогрессирование беременности (0-1,5%);
- Неполный индуцированный выкидыш (0-1,3-4,6%);
- Обильное маточное кровотечение (0-1,4%);
- 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. 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.

Цервикальный шок - наблюдаются спастические сокращения, которые могут сопровождаться симптомами раздражения блуждающего нерва (nervus vagus), например, склонность к обморокам, бледность, брадикардия, понижение АД, редкое дыхание, потоотделение. Необходимо провести процедуру удаления продуктов зачатия из цервикального канала.

Инфекционные осложнения: Открытый канал шейки матки после аборта или родов способствует восходящей инфекции половых органов, но после МА инфекции наблюдаются очень редко. 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 - аспирация 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 1 л 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 после 12 недель беременности

Прерывание беременности после 12 недель и до конца 21 недели беременности проводится медикаментозным способом с использованием мифепристона и мизопростола. Степень эффективности данного способа составляет 92-97%.

Прерывание осуществляется по желанию женщины и/или медицинским показаниям. 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.

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

Рекомендации по обследованию 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).

С	<p>Анти-D иммуноглобулин следует вводить в момент применения мизопростола, но не позже 72 часов после аборта.</p> <p>При сроке 13 и более недель беременности иммуноглобулин назначается в дозе 300 мкг в/м [5]</p>
----------	---

- Анализ крови на коагулограмму (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 путем, прервать беременность медикаментозным методом, с последующим лечением выявленных случаев инфекций.

Рекомендации по обезболиванию при медикаментозном аборте во II триместре

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 II триместре беременности для большинства женщин требуется применение нестероидных обезболивающих средств.

Все вопросы обезболивания обсуждаются с женщиной во время доабортного консультирования.

Процедура медикаментозного прерывания нежелательной беременности во II триместре

- Медикаментозный аборт проводит специально обученный медицинский работник (наличие сертификата).

- 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, и наблюдение за побочными реакциями и кровотечением.

После приема внутрь мифепристона 200 мг, через 24-48 часов вводится мизопростол 400 мкг вагинально, сублингвально или буккально, с повтором дозы - мизопростола 400 мкг каждые 3 часа, но не более 4-х раз.

*Примечание: первичная доза мизопростола может действовать эффективнее, если ее вводить вагинально, а не класть под язык, особенно если пациентка ранее не рожала. Последующие дозы 400 мкг мизопростола могут быть максимально эффективными при приеме каждые три-четыре часа, они применяются вагинально, внутрь или кладутся под язык.

- Если изгнание плода не происходит по прошествии 12 часов в зависимости от клинической ситуации, индуцирование следует прекратить и повторить на следующее утро с использованием только мизопростола, следуя схеме - повторяющие дозы 400 мкг мизопростола, вводимого вагинально, сублингвально или буккально каждые 3 часа.

- 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.

- Необходимо оказывать психологическую поддержку женщине, пояснять все что с ней происходит, поддерживать ее и поощрять.

- 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.

- Если произошло изгнание продуктов зачатия, при этом они при осмотре полные (в том числе плацента), нет необходимости в дополнительных вмешательствах, таких как аспирация или выскабливание содержимого полости матки.

- Если состоялось изгнание плода, но плацента остается в матке в течение 30 минут после изгнания, женщине назначают дополнительно 400 мкг мизопростола орально для стимулирования изгнания плаценты. Затем, при отсутствии изгнания, ей предлагают подождать еще 6 часов для самостоятельного изгнания плаценты.

- Если продукты задерживаются в матке, их удаление осуществляется хирургическим способом, с помощью расширения шейки матки и извлечения путем вакуумной аспирации, под

местной или общей анестезией, и с целью профилактики гнойно-септических осложнений можно применять антибиотики (доксциклин, метронидазол по общепринятой схеме при МВА.)

- При сроке беременности от 15 недель и более следует предоставить женщине лекарственные препараты, подавляющие лактацию.

Алгоритм динамического наблюдения при медикаментозном аборте во II триместре

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

- Обсуждение дальнейших шагов: постабортное консультирование.

- Оценка успешного проведения аборта.

Рекомендации по наблюдению после медикаментозного аборта во II триместре

При наблюдении за женщинами после прерывания беременности медикаментозным путем во II триместре 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).

- Специалист обязан до выписки женщины из ОЗ предоставить необходимую информацию и консультирование по вопросам контрацепции после аборта, включая неотложную контрацепцию.

- Следует обсудить с женщиной вопросы профилактики ИППП, включая ВИЧ.

Рекомендации по применению препаратов для прерывания беременности медикаментозным методом [5]

Рекомендация	Доза мифепристона	Доза мизопростола	Интервал между приемами мифепристона и мизопростола
Медикаментозный аборт на сроке до 9 недель	200 мг перорально	400 мкг сублингвально	Не менее 24 часов
Медикаментозный аборт на сроке 9-12 недель (8)	200 мг перорально	800 мкг буккально, с повторным приемом дозы 2 раза по мере необходимости	Не менее 24 часов
Неполный аборт на сроке <13 недель (1)		400 мкг сублингвально или 600 мкг перорально	
Неполный аборт на сроке >13 недель (1)		400 мкг сублингвально каждые 3 часа до изгнания	
Медикаментозный аборт на сроке >12 недель (1)	200 мг перорально	400 мкг сублингвально каждые 3 часа до изгнания	Не менее 24 часов

Прерывание беременности при внутриутробной гибели плода на сроке 14-28 недель* (1)	200 мг перорально	400 мкг сублингвально или буккально каждые 4-6 часов до изгнания	Не менее 24 часов
Прерывание беременности по медицинским показаниям на сроке 25-26 недель** (7)		200 мкг сублингвально или буккально каждые 4 часа до изгнания	
Прерывание беременности по медицинским показаниям на сроке 27-28 недель (7)		200 мкг сублингвально или буккально каждые 4 часа	
Прерывание беременности по медицинским показаниям на сроке >28 недель (7)		100 мкг сублингвально или буккально каждые 6 часов	

Глава 3. Прерывание беременности при внутриутробной гибели плода (14-28 недель)

Аntenатальная гибель плода может наступить в любой момент беременности по причине зависимых и независимых от влияния человека факторов. Описание причин, течения различных вариантов, вопросов диагностики и ведения пациенток будут представлены в другом соответствующем руководстве.

Прерывание беременности медикаментозным методом при внутриутробной гибели плода в сроках 14-28 недель проводится с применением следующей схемы назначения препаратов:

- 200 мг мифепристона, вводимого перорально,
- через 1-2 дня повторяющиеся дозы 400 мкг мизопростола, вводимого сублингвально или вагинально каждые 4-6 часов.

Минимальный рекомендуемый интервал между использованием мифепристона и мизопростола составляет 24 часа.

Глава 4. Хирургический метод прерывания беременности: мануальная или электрическая вакуумная аспирация (МВА/РВА, ЭВА)

Рекомендуемым хирургическим способом прерывания беременности до 12 недель является электрическая или мануальная вакуумная аспирация, в связи с более низкой частотой возникновения осложнений по сравнению с дилатацией шейки матки и кюретажем полости матки, которые на сегодня признаны ВОЗ небезопасными методами.

Вакуумная аспирация подразумевает эвакуацию содержимого полости матки через пластиковую или металлическую канюлю, подсоединенную к источнику вакуума.

При электрической вакуумной аспирации (ЭВА) применяется электрический вакуумный насос.

При ручной/мануальной вакуумной аспирации (РВА) разрежение создается вручную, при этом пластиковый аспиратор объемом 60 мл, называемый также шприцем, удерживается в руках. Имеющиеся в распоряжении аспираторы снабжены пластиковыми канюлями разного размера - диаметром от 4 до 12 мм. Для каждого вмешательства в зависимости от срока беременности и степени расширения канала шейки матки следует подобрать канюлю соответствующего размера. Обычно диаметр канюли соответствует сроку беременности в неделях.

Прерывание нежелательной беременности в сроке до 12 недель методом МВА или ЭВА может осуществляться в условиях ОЗ ПМСП и стационара обученным медицинским специалистом в условиях, обеспечивающих всеобъемлющую безопасность процедуры.

Рекомендации по подготовке шейки матки при хирургическом прерывании нежелательной беременности [12]

Подготовка шейки матки перед хирургическим абортом может проводиться перед прерыванием беременности любого срока. Шейка матки должна быть расширена соответственно сроку беременности. Также, должна проводиться в общепринятом порядке пациенткам младше 18 лет, первородящим женщинам, в любых иных ситуациях, когда врач предполагает возможное развитие тех или иных осложнений во время расширения шейки матки.

Рекомендуемые методы подготовки шейки матки [11]:

- мифепристон, 200 мг внутрь за 24-48 ч до аборта, ИЛИ
- мизопропрост, 400 мкг сублингвально за 2-3 ч до аборта, ИЛИ
- мизопропрост, 400 мкг интравагинально за 3 ч до аборта, ИЛИ
- палочки ламинарии интрацервикально за 6-24 ч до аборта.

Меры предосторожности при подготовке шейки матки

Расширение шейки матки может быть достигнуто с помощью твердых расширителей шейки.

Конические расширители, такие как расширители Pratt или Denniston, в большей степени рекомендуются для использования по сравнению с неконическими расширителями, такими как расширители Neagar.

Когда применяется обработка шейки матки с помощью мизопростола, следует придерживаться режима, основанного на доказательствах. Рутинное использование мизопростола перед процедурами может уменьшить вероятность и без того редких осложнений, но применять его следует сбалансировано, с учетом усиления боли и других побочных эффектов для всех пациенток.

Осмотические расширители могут использоваться в случаях, когда ожидается, что расширение шейки матки будет затруднено.

Рекомендации по антибактериальной профилактике при хирургическом прерывании нежелательной беременности

Всем женщинам, которым выполняется хирургический аборт, независимо от риска воспалительных заболеваний половых органов до или во время вмешательства должна быть проведена надлежащая антимикробная профилактика.

Рекомендуемые режимы проведения профилактики с использованием антибиотиков [5,9]:

- метронидазол 1 г перорально, до проведения процедуры, затем 500 мг каждые 6 часов, до 3 доз; или
- доксициклин 200 мг перорально, за 30-60 минут до процедуры, или 100 мг 2 раза в день, в течение 7 дней, начиная сразу после аборта, в случаях повышенного риска развития хламидиоза.
- национальное руководство по ПАП рекомендует доксициклин 100 мг до и 200 мг после аборта однократно [1].

Рекомендации по купированию боли при хирургическом прерывании нежелательной беременности

Психологическая поддержка

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

Использование анальгетических и/или седативных веществ в малых дозах

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

Рекомендуется применение следующих анальгетических и/или седативных средств [12]:
Ибупрофен 400 мг перорально, по 1-2 таблетки, за 20 до операции; И/ИЛИ
Диазепам 5-10 мг перорально, за 30-60 минут до операции.

Обезболивание

Прерывание беременности проводится исключительно под анестезией, которая, в зависимости от случая и ситуации, может быть местной или общей, на выбор пациентки.

Местная анестезия с использованием лидокаина более безопасна, рекомендована ВОЗ [11] и представляет собой метод выбора в том случае, когда женщина отдала ей предпочтение в рамках информированного согласия.

Не рекомендуется проводить искусственный аборт под общей анестезией всем женщинам, поскольку она сопряжена с более высоким риском осложнений, чем применение анальгетиков и местная анестезия.

Если женщина выбирает общую анестезию, последняя должна проводиться исключительно в учреждениях стационарного типа.

Сравнение общей анестезии и местного обезболивания

Местная анестезия	Общая анестезия
Сопряжена с меньшими рисками, и рекомендуется ВОЗ для проведения абортов с I триместра беременности	Общая анестезия сопровождается повышенным риском развития кровотечений, перфораций, повреждений шейки матки, а также дыхательных осложнений, вызванных системным воздействием анестетиков. Исходя из этого, ее применение возможно только в условиях стационара
Во время местной анестезии женщина может рассказывать о своих ощущениях, снижая, таким образом, риск перфорации матки, снижается длительность восстановительного периода, она в состоянии покинуть клинику в более короткие сроки и без постороннего сопровождения, она в состоянии слушать и реагировать на рекомендации врача	Если пациентка отдает предпочтение общей анестезии, в течение всей операции по прерыванию беременности и контролируемому введению анестетических препаратов, в помещении, где проводится процедура, должен присутствовать медицинский персонал, обладающий соответствующей квалификацией в анестезиологии
При местной анестезии намного снижается опасность легочной аспирации, если женщина принимала пищу или пила до процедуры	На всем протяжении общей анестезии и введения седативных препаратов проводится непрерывная оксигенация, вентиляция, непрерывная оценка сердечно-сосудистой деятельности и температуры тела женщины (в/в доступ, вспомогательная искусственная вентиляция легких)
Местная анестезия дешевле	

Рекомендации по местной анестезии и парацервикальной блокаде [12]

Меры предосторожности:

При проведении цервикальной блокады собрать аллергологический анамнез в отношении аллергии на местные анестетики, а также соблюдать осторожность при проведении блокады, чтобы не попасть в кровеносный сосуд.

1. Использовать 0,5-1% лидокаин, 15-20 мл. Минимальная токсическая доза лидокаина составляет 200 мг (не допускается ее превышение).

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

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

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

5. С целью повышения устойчивости пациентки к болевым ощущениям:

а) при введении иглы необходимо предложить женщине покашлять, чтобы маскировать боль;

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

Оценка потребности женщины в купировании болевых ощущений и назначении лекарственных препаратов: в целом, парацервикальной блокады, обезболивания и/или легкой седации достаточно, чтобы пациентка чувствовала себя комфортно во время процедуры.

Предпочтительнее всего, чтобы во время процедуры пациентка находилась в сознании с тем, чтобы сообщать врачу о любом неожиданном усилении боли (указывающем на возможную перфорацию), а также для предотвращения длительного восстановительного периода; необходимость в глубокой седации или общей анестезии появляется редко, они сопряжены с дополнительными рисками.

Необходимый перечень оснащения для оказания медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности

Медицинский инвентарь	Медицинские инструменты, ИМН	Медикаменты, дезинфицирующие средства, другое
<ul style="list-style-type: none"> - Гинекологическое кресло - Осветительный прибор/лампа - Манипуляционный столик - Стул - Емкость для отходов - Емкость для обеззараживания инструментов с дезинфицирующим раствором (применяемым в данной ОЗ) - Халат, средства для защиты лица - Растворы и материалы для стерилизации и высокоуровневой дезинфекции - Прозрачная стеклянная чаша для осмотра удаленных тканей - Сетка (металлическая, стеклянная или марлевая) 	<ul style="list-style-type: none"> - Пеленка - Стерильные перчатки/чистые смотровые перчатки - Стерильные тампоны ватные - Иглы (спинальные иглы 22 G для парацервикальной блокады и иглы 21 G для введения препаратов) - Шприцы (5, 10 и 20 мл) - Влагалищное зеркало (достаточно широкое, чтобы получить доступ к шейке матки, и короткое, чтобы не утапливать ее, при наличии ассистента - зеркало Симса) - Пулевые щипцы (атравматические пулевые щипцы) - Набор конических расширителей до 37 мм - Электрический вакуумный аспиратор или ручной вакуумный аспиратор с канюлями диаметром до 12 мм 	<ul style="list-style-type: none"> - Лидокаин 0,5-1% (15-20 мл) для парацервикальной анестезии - Средства для обезболивания (анальгетики, транквилизаторы) - Антисептик для рук (применяемый в данной ОЗ) - Средство для подготовки шейки матки (мизопростол в таблетках, осмотические расширители, мифепристон) - Раствор антисептика для обработки шейки матки (не содержащий спирта) - Силикон для смазывания шприцев - Фонендоскоп - Аппарат для измерения АД - Жидкое мыло - Одноразовое полотенце
		<p>Медицинская документация:</p> <p>1. Медицинская карта амбулаторного/стационарного</p>

		больного 2. Информированное согласие 3. Памятка для пациента
--	--	--

Рекомендации по технике мануальной вакуумной аспирации

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

Расширение шейки матки осуществляется постепенно и аккуратно, с использованием пластиковых или металлических расширителей.

ВАЖНО: На каждом этапе поясняйте пациентке, что вы будете предпринимать и поясняйте, что она может ощущать, поощряйте словесно и поддерживайте ее.

№	Этапы проведения мануальной вакуум аспирации								
1	Определение размера и положения матки путем проведения бимануального исследования. Особое внимание уделяется любым признакам инфекции с последующим незамедлительным лечением в установленном порядке								
2	Выбор канюли подходящего размера: - допускается использование канюли с диаметром на один размер меньше, нежели срок беременности (со дня последней менструации). Так, например, если последняя менструация была у пациентки 10 недель назад, диаметр канюли может быть равен 9-10 мм; - допускается использование стандартных гибких канюль диаметром 6, 7, 8 мм на всех сроках беременности до 10-ой недели, без использования твердых расширителей.								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Приблизительный размер матки (недель ДГМ)</th> <th>Приблизительный размер канюли</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5-7 ДМГ</td> <td>3-5 мм</td> </tr> <tr> <td>7-9 ДГМ</td> <td>4-6 мм</td> </tr> <tr> <td>9-12 ДГМ</td> <td>7-10 мм</td> </tr> </tbody> </table>	Приблизительный размер матки (недель ДГМ)	Приблизительный размер канюли	5-7 ДМГ	3-5 мм	7-9 ДГМ	4-6 мм	9-12 ДГМ	7-10 мм
Приблизительный размер матки (недель ДГМ)	Приблизительный размер канюли								
5-7 ДМГ	3-5 мм								
7-9 ДГМ	4-6 мм								
9-12 ДГМ	7-10 мм								
3	Введение зеркал для осмотра шейки матки								
4	Осмотр шейки матки для определения отсутствия ее расширения и отсутствия признаков инфекций, травм, разрывов								
5	Тампонирование цервикальной области с использованием антисептического раствора								
6	Фиксация шейки матки щипцами с последующим выполнением легкого оттягивающего движения для выпрямления шейки матки								
7	Проведение, при необходимости, парацервикальной анестезии. Местная анестезия осуществляется акушером-гинекологом								
8	Расширение шейки матки (при необходимости). Расширение шейки матки необходимо в случаях, когда степень расширения шейки матки не допускает прохождения канюли, соответствующей размеру матки. Расширение проводится осторожно, механическими или осмотическими расширителями или канюлями все большего размера, стараясь при этом не травмировать шейку матки								
9	Осторожное введение канюли через шейку матки в полость матки до непосредственного перехода через внутренний зев матки. Осторожное вращение канюли с небольшим надавливанием зачастую облегчает введение								
10	Присоединение подготовленного шприца к канюле, придерживая при этом конец канюли одной рукой, а шприц - другой рукой. Необходимо убедиться в том, что канюля не сдвинулась вперед в матку во время присоединения шприца								

11	Постепенное проталкивание канюли в полость матки до соприкосновения с дном матки. Затем канюля слегка оттягивается назад
12	Освобождение клапанов шприца для передачи вакуума через канюлю в матку. Окровавленные ткани и пузыри начнут проходить через канюлю в шприц
13	Удаление содержимого полости матки медленным и осторожным движением канюли назад и вперед в полости матки с одновременным вращением шприца. Важно не выводить отверстия канюли за пределы зева матки, так как таким образом исчезнет отрицательное давление. Одновременно с достижением отрицательного давления и введением канюли в полость матки, ни в коем случае не допускается захват шприца за его поршень, чтобы убедиться в том, что шток поршня не сдвинется со своего места. Если поршень случайно вдвинется в шприц, это может привести к введению тканей и воздуха обратно в полость матки
14	Контроль признаков завершения процедуры. Процедура проводится намного быстрее, нежели выскабливание содержимого полости матки, и считается завершенной при наличии следующих признаков: в канюле присутствует красная или розовая пена без тканей; при движении по поверхности опорожненной матки присутствует ощущение наличия песка; матка сокращается вокруг канюли
15	Отсоединение шприца и удаление всех инструментов (канюли, щипцов, клапана)
16	Осмотр аспирированных тканей
17	Дезинфекция медицинских инструментов в соответствии с требованием
18	Утилизация медицинских отходов согласно стандартам инфекционного контроля

Рекомендации по технике осмотра аспирированных тканей [5]

Осмотр тканей и определение частей продукта зачатия способствует предупреждению осложнений прерывания беременности, позволяет своевременно заподозрить и диагностировать эктопическую или молярную беременность (хорионаденому) и должны

Осмотр тканей осуществляется во время нахождения пациентки на гинекологическом столе в операционном зале, на случай необходимости в проведении повторной аспирации.

Этапы проведения осмотра тканей [5]:

1. Высвобождение содержимого электрического вакуумного аспиратора или шприца для мануальной вакуумной аспирации через специальную цедилку.
2. Промывка содержимого цедилки холодной водой с последующим его помещением в прозрачный сосуд.
3. Оценка содержимого, удаленного из полости матки; обеспечение перетекания осматриваемых тканей с их подсветкой снизу для определения наличия продукта зачатия. Необходимо убедиться в наличии плодного яйца при сроке беременности менее 8 недель, и в наличии частей эмбриона при сроке беременности более 8 недель.
4. После осмотра, полученные во время аборта ткани уничтожаются в соответствии с процедурой утилизации отходов.
5. При необходимости - передача образцов тканей на патологоанатомический анализ, с целью исключения диагноза молярной беременности или хорионэпителиомы.

- Если осмотренные ткани или продукт зачатия имеют неполный характер, подозревается неполный аборт, с соблюдением выполнения следующих этапов медицинской помощи и обследования:

- a) осмотр пациентки;
- b) повторная аспирация;
- c) проведение ультразвукового исследования.

- Если полученный аспират не содержит ожидаемого результата зачатия, следует предположить наличие эктопической беременности. Женщину предупреждают относительно симптомов и опасностей эктопической беременности, с проведением последующих исследований:

- a) ультразвуковое исследование;

б) если полость матки оценивается как пустая, необходимо проведение количественного определения ХГЧ в сыворотке крови. Количественное определение ХГЧ в сыворотке крови осуществляется спустя 48 часов после операции. При наличии снижения более чем на 50% нет необходимости в проведении повторного обследования для выявления эктопической беременности;

с) в случаях, когда количественное серологическое определение ХГЧ не указывает на какие-либо изменения либо указывает на недостаточный рост показателей, необходимо проведение и документирование оценки наличия эктопической беременности и ее полное излечение, либо необходимо провести и документировать направление пациентки в медицинское учреждение с более высоким уровнем оказания медицинской помощи.

Женщина остается под наблюдением до исключения диагноза эктопической беременности либо до документированного оформления соответствующего направления.

Рекомендации по ведению после процедуры прерывания беременности

- Большинство тяжелых осложнений, вызванных прерыванием беременности, могут быть выявлены непосредственно после аборта. Доступность и качество услуг по послеабортному наблюдению представляют собой важную составляющую услуг по прерыванию беременности.

- В течение восстановительного периода женщина находится под наблюдением врача или медсестры/акушерки, обученной приемам послеоперационного ухода. Длительность пребывания пациентки в медицинском учреждении устанавливается в индивидуальном порядке. Она может покинуть лечебное учреждение как только почувствует себя хорошо.

- После проведения общей анестезии медицинский персонал службы анестезиологии и интенсивной терапии обеспечивают 2-3-часовое наблюдение за состоянием пациентки в течение восстановительного периода.

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

- Женщина должна быть проинформирована относительно признаков нормального течения постабортного периода, относительно симптомов возможных послеоперационных осложнений, а также о восстановлении репродуктивной функции в период после аборта (см. ниже).

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

Информация для пациентки должна содержать следующие сведения [10]:

а) Признаки нормального восстановления:

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

- незначительные кровянистые выделения наподобие менструальных, длительностью до 30 дней, с постепенным снижением интенсивности.

б) Необходимость соблюдения графика посещений врача при необходимости, а также инструкции относительно приема любых прописанных лекарственных препаратов.

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

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

- новая менструация начнется через 4-8 недель;

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

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

Признаки и симптомы, требующие незамедлительного вмешательства [5]:

- длительное и/или более обильное кровотечение, нежели выделения во время обычной менструации (более 2 прокладок в течение часа, в течение двух часов подряд);
- сильные или усиливающиеся боли;
- выделения с неприятным запахом;
- повышение температуры тела, озноб;
- обмороки (потери сознания);
- источники срочной медицинской помощи и порядок поддержания круглосуточной связи с медицинским учреждением, а также список медицинских учреждений, куда она может обратиться при необходимости получения неотложной медицинской помощи.

Глава 5. Прерывание беременности при коронавирусной инфекции (COVID-19)

Рекомендуется 3-х этапная модель в период эпидемии COVID-19:

- 1-й этап - дистанционное доабортное консультирование;
- 2-й этап - краткосрочное посещение клиники для приема мифепристона и забора оставшихся лекарств мизопростола для приема в домашних условиях через 24-48 часов;
- 3-й этап - самооценка аборта и дистанционное постабортное консультирование.

1-Й ЭТАП - Дистанционное доабортное консультирование

Рекомендации по доабортному консультированию

Женщине необходимо предоставить достаточно информации и времени, в том числе возможность задать любые вопросы, которые могут возникнуть у нее, чтобы она могла дать осознанное согласие на аборт.

Письменная информация должна быть предоставлена или доступна до консультации; это можно отправить по электронной почте, или по ватсап [14, 15].

Согласие - это процесс, который включает в себя предоставление пациенту достаточной информации, чтобы полностью осознанно принять решение.

Согласие не обязательно должно иметь письменную подпись, но запись должна быть сделана в мед. карте прерывания беременности, что женщина дала информированное согласие [14, 15].

Согласие можно получить удаленно с помощью телефона, Интернета или видеосвязи.

Процесс получения согласия должен соответствовать передовой практике рекомендованной в руководстве RCOG, 2020. Согласие необходимо записать в мед. карте прерывания беременности и включать ключевые элементы обсуждения.

Процесс получения согласия включает обсуждаемую информацию, любые конкретные просьбы женщины, любые письменные, визуальные или звуковые информации, предоставленные женщине; и детали любых принятых решений. Значение имеет не заполнение формы, а процесс ее заполнения.

Медицинские записи должны содержать четкие и краткие записи, охватывающие характер рассматриваемой процедуры, риски, преимущества и альтернативы, а также список опасений или опасений, высказанных пациенткой [14, 15].

Обеспечение безопасности является важной частью оценки медицинской помощи при прерывании беременности, и медработники должны оценивать каждый случай в индивидуальном порядке, при этом адекватная оценка возможна через удаленную консультацию.

Рекомендации по доабортному обследованию

Провести ультразвуковое исследование (УЗИ) перед абортom в 1-м триместре.

Причины проведения УЗИ перед абортom в первом триместре включают:

- Если женщина не может указать ни известную дату зачатия, ни ПМ с уверенностью;
- Анамнез или симптомы, указывающие на высокий риск внематочной беременности (наличие односторонней боли в животе и вагинального кровотечения/кровянистых выделений, которые могут указывать на внематочная беременность; ВМС на месте во время зачатия; перенесенная внематочная беременность; в анамнезе повреждение маточных труб или хирургическая стерилизация).

Ультразвуковое исследование обычно не требуется во втором триместре.

УЗИ во втором триместре требуется для точного определения срока гестации для подготовки шейки матки, или при других аспектах процедуры, или для выявления аномальной плацентации у женщин с предшествующим кесарево сечением.

Тщательная оценка анализа крови до аборта должна проводиться при наличии анемии у женщины.

Определение резус-статуса (RhD) не требуется перед ранним медикаментозным абортом (NICE) [12].

Определить резус-статус (RhD) при сроках более 10-недель беременности при планировании проведения хирургического аборта [12].

Только при наличии каких-либо признаков инфекции передаваемых половым путем нужно проводить скрининг на наличие инфекции (мазок на влагалищную флору, УГИ) [5].

2-Й ЭТАП - Краткосрочное посещение клиники для приема мифепристона и забора оставшихся лекарств мизопростола для приема в домашних условиях

Следует проводить данный этап в клинике при минимальном контакте и после гарантии идентификации.

Рекомендации по медицинскому аборту в домашних условиях

Рекомендуется использовать в домашних условиях следующие схемы раннего медицинского аборта [15]:
- Мифепристон 200 мг перорально с последующим введением через 24-48 часов мизопростола 800 мкг вагинально, буккально или сублингвально.
- Если аборт не произошел, можно ввести дополнительную дозу мизопростола 400 мкг через 3-4 часа.

Мифепристон женщина получает в клинике.

Женщин следует проинформировать о том, чего ожидать во время и после приема лекарств. Рекомендуется обсудить, предложить и предоставить обезболивание.

В качестве обезболивающего средства рекомендуется нестероидные противовоспалительные средства (НПВС): ибупрофен по 400-800 мг, если НПВС не переносится - парацетамол 500 мг.

При планировании медицинского аборта в домашних условиях женщине необходимо упаковать "пакет домашнего лечения": мизопростол, любое обезболивающее средство, противорвотное средство, тест на беременность (с инструкцией по применению), письменный план самооценки и последующих действий.

Важно, чтобы женщины были информированы о редких случаях внематочной беременности, и что процесс раннего медицинского аборта не влияет на него, и важно, чтобы они обратились за

медицинской помощью, если боль усиливается после аборта или если у них постоянно положительный тест на беременность.

3-й ЭТАП - Самооценка аборта и дистанционное постабортное консультирование

Женщины должны иметь выбор между самооценкой или дистанционной оценкой (например, телефонные или текстовые сообщения) в качестве альтернативы последующему наблюдению в клинике.

Рекомендации по проведению самооценки

1. Медикаментозный аборт в ранних сроках проходит по типу менструации, только чуть больше крови и болезненности. Поэтому после экспульсии большей части (вероятно плодного яйца) постараться собрать ткани, поместить в прозрачный сосуд с холодной водой содержимое целиком.

2. Провести оценку содержимого экспульсированного из матки для определения наличия продукта зачатия. Необходимо убедиться в наличии плодного яйца или частей эмбриона.

3. После осмотра полученные во время аборта ткани фотографируются и утилизируются в общую канализацию или септик.

4. При необходимости после видеооценки врач может рекомендовать - передать образцы тканей на патологоанатомический анализ, с целью исключения диагноза молярной беременности или хорионэпителиомы.

5. Если осмотренные ткани или продукт зачатия имеют неполный характер, подозревается неполный аборт необходимо дальнейшее обследование (осмотр пациентки, повторный прием мизопроста 400 мг буккально/сублингвально, проведение УЗИ).

Оценка исхода после медикаментозного аборта должна проводиться с использованием низкочувствительного теста на беременность (NICE-10) [12].

Если тесты на беременность с низкой чувствительностью становятся недоступными, через 3-4 недели после лечения можно использовать высокочувствительный тест на беременность [12, 15].

Рекомендуется предложить женщине обсудить вопросы контрацепции.

Медицинские специалисты ПМСП должны предлагать приобретение выбранного метода контрацепции через льготные рецепты доп. пакета ПГГ.

Рекомендации по проведению прерывания беременности у женщин с подозреваемым или подтвержденным COVID-19 инфекцией

Персонал должен следовать последним национальным руководствам и алгоритмам/протоколам МЗ КР в отношении профилактики данной инфекции и борьбы с ними, включая надлежащее использование средств индивидуальной защиты.

Женщинам с симптомами COVID-19 или подтвержденной инфекцией лучше отложить лечение до тех пор, пока они не выздоровели и по возможности больше не заразны. Лучший метод прерывания беременности, медикаментозный или хирургический, будет зависеть от состояния здоровья женщины, а также имеющихся навыков и возможностей.

Все женщины при обращении за медицинской помощью должны пройти обследование на наличие симптомов COVID-19: высокая температура; непрерывный кашель; потеря или изменение обоняния или вкуса и др.

При наличии у женщины симптомов COVID-19 или положительного результата теста на SARS-CoV-2, следует провести оценку риска, чтобы определить, можно ли безопасно отложить аборт на время изоляции [15].

Ранний медикаментозный аборт в домашних условиях при наличии у женщины легкого течения

COVID-19 рекомендуется организовать без ее личного присутствия в клинике и без промедления.

Женщины, которые находятся на изоляции в течение 2-х недель из-за домашнего контакта, оцениваются на предмет выявления симптомов.

После окончания периода изоляции женщинам рекомендуется записаться на медосмотр для определения срока беременности и получения доступа к медицинской помощи по прерыванию беременности [15].

Женщина направляется в перепрофилированное гинекологическое отделение по COVID-19, если нельзя отложить аборт и необходим личный контакт.

Личный контакт с врачом и очное обследование следует планировать через не менее 7 дней с момента начала заболевания и срок беременности составляет менее 20 недель.

Если нельзя безопасно отложить аборт, медработники должны оценить и обсудить с женщиной риски, помощь должна координироваться мультидисциплинарной командой.

Рекомендации по хирургическому аборту [15]

Для снижения риска инфицирования COVID-19 использовать СИЗ и дезинфицировать зону после процедуры [15].

Рекомендованные СИЗ для персонала, ухаживающего за женщинами, делающими аборт с подозреваемой или подтвержденной COVID-19 - это одноразовые перчатки, одноразовый гидрофобный халат с длинными рукавами, хирургическая маска и одноразовые средства защиты глаз.

По возможности выполнять вакуум-аспирацию под местной анестезией или внутривенной седацией.

Рекомендации по аборту в сроке более 23 недель [15]:

- Направить женщину в перепрофилированное гинекологическое отделение по COVID-19, где персонал прошел обучение по аборту.
- При отсутствии лихорадки начать медикаментозное или хирургическое лечение.
- Если какое-либо клиническое состояние не позволяет сделать аборт или женщина приближается к законному пределу, производить аборт после стабилизации ее состояния.
- В сложных случаях или на более поздних сроках беременности, при необходимости, связаться со специализированными стационарами.

Глава 6. Ведение случаев осложнений

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

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

Медицинский персонал должен быть обучен методам сердечнососудистой и легочной реанимации.

Осложнение после хирургического аборта	Меры по устранению осложнения
Кровотечение в	Незамедлительное распознавание источника кровотечения может

предоперационном периоде	<p>снизить заболеваемость и смертность.</p> <p>При предоперационном кровотечении необходимо принимать во внимание вероятность эктопической, истмико-цервикальной беременности или спонтанного прерывания беременности</p>
Интраоперационное кровотечение	<p>В случае чрезмерного кровотечения врач обязан принять меры для установления причины кровотечения и его прекращения</p>
Отсроченное кровотечение	<p>При развитии у женщины чрезмерного кровотечения (наполнение в течение часа более чем одной внешней прокладки в течение двух и более часов подряд) после процедуры, она должна находиться под наблюдением в том же медицинском учреждении, либо должна быть направлена в медучреждение больничного типа.</p> <p>Как правило, чрезмерное кровотечение в предоперационный и послеоперационный период вызвано гипотонией матки, что является результатом неполного опорожнения полости матки.</p> <p>Предпринимаемые усилия должны быть направлены на полное опорожнение полости матки и проведение обследования удаленной ткани, а также назначение утеротоников</p>
Неполный аборт	<p>Неполный аборт может проявиться сразу же в виде кровотечения, или его симптомы могут проявиться позднее в виде позднего чрезмерного или персистирующего кровотечения, сопровождаемого острыми схваткообразными болями в нижней части живота. Диагноз устанавливается в результате медицинского осмотра (при проведении бимануального исследования матка мягкой консистенции, увеличена в объеме) и ультразвукового обследования.</p> <p>Незначительное количество оставшихся тканей может выделяться спонтанно, при этом нет необходимости в проведении хирургического вмешательства. Большие количества оставшихся тканей могут стать причиной кровотечения и инфекции. Лечение зависит от общего состояния пациентки, от степени тяжести кровотечения, и варьирует от выжидательной тактики, электрической или мануальной вакуумной аспирации, до назначения 400 мкг мизопростола под язык или 600 мкг перорально и наблюдения пациентки в течение 2-3 часов. При отсутствии признаков инфекции назначение антибиотиков происходит на выборочной основе. Антибиотики необходимы в случае видимых признаков инфекции</p>
Перфорация матки	<p>При наличии подозрений на перфорацию матки, и если канюля введена в полость матки, аспирацию необходимо немедленно прекратить до выведения канюли.</p> <p>Подозрение на перфорацию матки является основанием госпитализации женщины в специализированное отделение.</p> <p>При подозрении на перфорацию матки, рекомендуется проведение лапароскопии с целью установки диагноза.</p> <p>При подозрении на перфорацию, но с отсутствием у пациентки соответствующих симптомов, женщина подлежит наблюдению в условиях стационара как минимум в течение 48 часов.</p> <p>Если перфорация произошла в амбулаторных условиях, пациентка подлежит обязательной госпитализации</p>
Гнойно-септические осложнения	<p>Госпитализация женщины в специализированное отделение</p>

Кровотечение

Кровотечение в предоперационном периоде:

1) Одним из самых грозных осложнений процедуры прерывания беременности является кровотечение. Незамедлительное распознавание источника кровотечения может снизить заболеваемость и смертность.

2) При предоперационном кровотечении необходимо принимать во внимание вероятность эктопической, истмико-цервикальной беременности или спонтанного прерывания беременности.

Интраоперационное кровотечение:

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

Отсроченное кровотечение:

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

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

Неполный аборт

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

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

Для лечения неполного аборта при размере матки на сроке <13 недель, мы предлагаем назначить 600 мкг мизопростола перорально или 400 мкг мизопростола сублингвально.

Рекомендации	Медикаментозное лечение неполного аборта на сроке <13 недель беременности		
	Схема комбинации		только - Мизопростол
	Мифепристон	Мизопростол	Мизопростол
Неполный аборт	Не требуется	Только мизопростол	600 мкг ПО
<13 недель			или 400 мкг С/Л

ПО: перорально; С/Л: сублингвально.

Для лечения неполного аборта при размере матки на сроке ≥ 13 недель, мы предлагаем назначить повторные дозы 400 мкг мизопростола сублингвально, интравагинально или защежно каждые 3 часа. Повторные дозы мизопростола можно назначать до достижения успеха при прерывании беременности.

Рекомендация 1В	Медикаментозное лечение неполного аборта на сроке ≥ 13 недель беременности	
Рекомендации	Схема комбинации	только - Мизопростол

Неполный аборт	Мифепристон	1–2 дня Мизопростол	Мизопростол
			400 мкг
≥ 13 недель	Не требуется	Применение только мизопростола	3, И/В или С/Л каждые 3 часа

3: защечно; И/В: интравагинально; С/Л: сублингвально.

Медицинские работники должны соблюдать осторожность и клиническое суждение в определении максимального количества доз мизопростола у беременных с рубцом на матке. Разрыв матки является редким осложнением; клиническое суждение и готовность системы здравоохранения к неотложной помощи при разрыве матки должны учитываться на позднем сроке беременности.

Перфорация

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

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

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

- При подозрении на перфорацию матки, рекомендуется проведение лапароскопии с целью установки диагноза.

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

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

Гнойно-септические осложнения

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

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

Алгоритм лечения осложнений и устранения побочных эффектов

	Описание	Методы устранения/лечения
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	<ul style="list-style-type: none"> - Принять удобное сидячее или лежачее положение. - Поддержка друзей/семьи. - Успокаивающая музыка, телевизор, чай (при наличии). - Парацетамол/ацетаминофен. - Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), такие, как ибупрофен

	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 простагландина и, обычно, длится около недели, но у некоторых женщин может длиться даже месяц	<ul style="list-style-type: none"> - В ходе консультации, предшествующий аборту, дать реальное представление об ожидаемом кровотечении. - Дать четкие указания относительно того, как оценивать массивность кровотечения и куда обратиться за дополнительной помощью
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%). 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. В таких случаях, женщине рекомендуют позвонить врачу, если она использует больше двух больших гигиенических прокладок в час в течение двух часов подряд	<ul style="list-style-type: none"> - Если имеются признаки нарушения гемодинамики, требуется провести внутривенное вливание жидкостей. - При очень сильном и длительном кровотечении может понадобиться хирургическое вмешательство. - Переливание крови проводится только по четким медицинским показаниям. - Амбулаторная организация здравоохранения должна иметь договор со стационаром о перенаправлении пациента в случаях сильного или длительного кровотечения
Высокая температура/озноб	Мизопростол иногда вызывает повышение температуры. Высокая температура обычно держится не более 2-х часов. Воспаление матки/органов малого	<ul style="list-style-type: none"> - Дать жаропонижающее средство и успокоить. - Необходимо проинструктировать пациентку относительно того, что ей следует позвонить в клинику, если

	таза при медикаментозном аборте наблюдается редко, но если температура держится в течение нескольких дней или появляется через несколько дней после приема простагландина, то это может указывать на наличие инфекции	высокая температура держится более 4-х часов или появляется позже, чем через сутки после приема мизопростола
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 мифепристана и, как правило, проходят через несколько часов после приема мизопростола	<ul style="list-style-type: none"> - Объяснить пациентке, что тошнота и рвота, как правило, связаны с беременностью, но также являются возможными побочными эффектами препаратов. - При выраженных симптомах дать средство против тошноты или рвоты, если имеется
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	Объяснить пациентке, что при приеме мизопростола иногда развивается диарея, но она быстро проходит
Головная боль, обморочное состояние	Эти симптомы наблюдаются менее чем у четверти женщин. Они, как правило, проходят без лечения, самопроизвольно и лучше всего лечатся симптоматически	Успокоить пациентку и дать обезболивающее средство, по мере необходимости
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	<ul style="list-style-type: none"> - При подозрении на инфекцию (см. Высокая температура), пациентку необходимо обследовать. - При признаках эндометрита и незавершенном аборте требуется хирургическое вмешательство и назначение антибиотиков. - При тяжелой инфекции может понадобиться госпитализация и парентеральное введение антибиотиков. - Однако назначение антибиотиков не во всех ситуациях является целесообразным, и сами антибиотики иногда вызывают побочные явления и серьезные нежелательные последствия, такие как тяжелая или

антибиотиками в амбулаторных условиях

смертельная форма аллергии

Глава 7. Мониторинг и оценка качества услуг прерывания беременности в организациях здравоохранения

Задачи мониторинга качества услуг по безопасному аборту [11, 12, 13, 14]:

- обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности по медикаментозному аборту конкретным пациентам;
- устранение нарушений, выявленных по результатам проверок качества медицинской помощи;
- разработка критериев эффективности деятельности медицинских работников, участвующих в предоставлении медицинских услуг населению по медицинскому аборту;
- соблюдение объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи по медицинскому аборту в разрезе подразделений и в медицинской организации в целом;
- оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов при оказании медицинской помощи по медицинскому аборту;
- регистрация результатов проведенного мониторинга, выбор оптимальных управленческих решений и проведение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов при оказании медицинской помощи по медицинскому аборту в медицинской организации;
- изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью по медицинскому аборту.

На всех этапах интенсивный мониторинг качества мед. услуг по медицинскому аборту в отобранном ОЗ осуществляется через экспертную оценочную карту.

По структуре оценочная карта состоит из 3 категорий или разделов:

- 1 - качество управления и ресурсов (индикаторы № 1-10)
- 2 - информированность и удовлетворенность пациентов (индикатор № 11)
- 3 - оценка качества по медикаментозному аборту (индикаторы № 12-13).

Индикаторы в категориях разработаны на основе анализа существующих приоритетных проблем в ЦСМ и опыта проекта ФОР Всемирного банка в Кыргызской Республике. Каждый раздел в зависимости от поставленной задачи имеет разное количество индикаторов, которое оценивается суммарно или дифференцированно, в том числе разными методами. Необходимая информация может собираться с помощью разнообразных инструментов (анализ медицинских карт женщин, анализ протоколов встреч или заседаний, аттестация или экзамен случайно выбранного специалиста, наблюдение за процессом консультирования или манипуляции, структурированный опрос пациента и др.).

Во время мониторинга рекомендуется использовать различные источники информации, собранной при помощи как количественных, так и качественных методов. Если количественные методы применяются для численной оценки определенных показателей, то качественные предназначены преимущественно для детального исследования отдельных моментов посредством сбора сведений о предпочтениях, ощущениях и личных оценках людей в отношении вопросов охраны здоровья и планирования семьи.

По своему содержанию оценочная карта по ПС содержит 50% структурных индикаторов, 40% индикаторов процесса, и 10% индикаторов результата, имеет общую оценку в 100 баллов (= 100%).

Категория	Название	ЦСМ/ТБ	(%)	Классификация
Категория 1- индикаторы № 1-10	Качество управления и ресурсов	50	50%	Структура
Категория 2 - индикатор №	Информированность	10	10%	Результат

11	пациентов			
Категория 3 - индикаторы № 12-13	Качество Фармаборта	40	40%	Процессы
Всего		100 баллов	100%	

1 КАТЕГОРИЯ - Качество управления и ресурсов

1 индикатор - самооценка с использованием оценочной карты

Оцениваются следующие критерии как:

- наличие оценочной карты с результатами самооценки за последний квартал;
 - нет ли разницы между баллами самооценки и оценки внешних экспертов более чем на 10%;
 - предоставили ли по запросу оценочную карту в течение 30 минут.
- Если все критерии выполнены, присваиваем 5 баллов, если нет - ноль.

2 индикатор - встреча АУП по вопросам МА, ПС

Оценивается протокол встречи администрации, при этом учитываются такие критерии как:

- дата, повестка дня, подписанный список участников;
- принятие решений на предыдущей встрече, реализация решений;
- описание проблем по каждому вопросу, в том числе по планированию семьи;
- наличие списка разработанных рекомендаций;
- сроки его исполнения;
- ответственное лицо за выполнение.

Правило принятия решения: все или ничего по протоколу встречи, если все критерии выполнены, присваивается 5 баллов.

3 индикатор - управление информационной системой

Оценка управления информацией в ОЗ, т.е. целью оценки является наличие информационной системы логистики управления и ее использование для эффективного управления запасами.

Существуют следующие правила оценки:

- по базе данных в ЦСМ "Амбулаторный КИФ" анализ объема и качества ввода;
- по базе данных в стационарах "Стационарный КСФ" - анализ объема и качество ввода.

Правила оценки: если соответствует всем критериям, присваивается 5 баллов, если нет - ноль, по принципу все или ничего.

4 индикатор - обучение по МА, планированию семьи

Индикатор композитный имеет несколько критериев, при этом правило оценки все или ничего, если да - присваивается 5 баллов.

- наличие плана внедрения КП, КР, СОП;
- внутренние клинические конференции на основе плана внедрения КП, КР, СОП;
- проводится мониторинг внедрения КП, КР, СОП;
- есть все клинические протоколы по МА и ПС.

5 индикатор - Работа комитета качества и безопасности по МА и ПС

Не менее одном ежемесячном протоколе встреч рассмотрена тема по МА и ПС. Правило оценки: все или ничего. Принятые решения на предыдущей встрече и оценка результатов их реализации. Каждые решение/поручение или рекомендация должны иметь единую сквозную

нумерацию. В протоколах есть описание проблемы и рекомендации для улучшения качества, есть измерение результатов мероприятий. Если Да - то присваивается 5 баллов.

6 индикатор - Управление запасами контрацептивных средств для социально уязвимых групп женщин

Правило оценки: все или ничего. Если да, то проставляется 5 баллов.

- Наличие необходимого запаса лекарственных препаратов по МА и контрацептивных средств со сроком годности.

- Наличие аптек экстренной помощи (при кровотечении, при анафилактическом шоке, при аварийной ситуации по ВИЧ).

- Наличие 2-х месячного запаса расходных материалов: дезинфектанты, реактивы, мыло-моющие и салфетки, с соблюдением условий их хранения.

7 индикатор для ПМСП (стационар получает 5 баллов) - Выписка рецептов по Дополнительной программе ОМС лекарственного обеспечения застрахованных граждан (ДП ОМС)

Правило оценки: не менее 10% застрахованных по ОМС женщинам репродуктивного возраста выписаны рецепты по ДП ОМС на контрацептивные средства.

При выполнении данного условия присваиваем - 5 баллов.

8 индикатор - Управление оборудованием КПС

Правило оценки: все или ничего по чек-листу. Наличие оборудования в кабинете КПС, если да, то 5 баллов (см. Чек-лист).

9 индикатор - Гигиена пациентов и медперсонала ЦСМ/ТБ/ООБ (5б)

Правило оценки: все или ничего по следующим критериям:

- в каждом процедурном, во врачебных кабинетах есть проточная вода (или умывальник), гигиенические средства (мыло, антисептик и чистые салфетки);

- во всех кабинетах, где проводятся медицинские манипуляции (инъекции, в том числе вакцинации, инструментальные обследования, хирургические, акушер-гинекологические и др. процедуры) и во врачебных кабинетах есть: 1) проточная вода (или умывальник); 2) мыло (жидкое предпочтительнее), антисептик; 3) бумажные салфетки или полотенца; 4) инструкцией-памяткой с правилами по обработке рук медперсоналом (плакат, др.);

- есть доступный туалет, нет резких неприятных запахов; двери, закрывающиеся изнутри, смывной бачок работает, там где есть проточная вода (или умывальник); туалетная бумага; работающее освещение; мусорный контейнер с крышкой; график уборки туалета на двери;

- инструкция для оценивающего: сделать обход всех целевых помещений, проверить наличие или отсутствие каждого требований, включенных в критерии. Если хотя бы в одном туалете отсутствует любое из условий, то присваивается балл - 0.

10 индикатор - Безопасность процедур, дезинфекция, стерилизация, утилизация (5б)

Правило оценки: по принципу все или ничего, все критерии выполнены, то присваивается 5 баллов:

- соблюдение Правил дезинфекции, стерилизации ИМН и хранения ЛС, ИМН согласно норм, утвержденных приказом МЗ КР;

- соблюдение Правил гигиены рук медперсонала, проведения инъекций согласно норм, утвержденных приказом МЗ КР;

- соблюдение Правил по управлению медицинскими отходами, утвержденных приказом МЗ КР.

КАТЕГОРИЯ 2 - 10б

11 индикатор - удовлетворенность и информированность женщин по МА и ПС

Для проведения опроса по изучению информированности и удовлетворенности пациента проводится выборка по базе данных КИФ (клинико-статистическая форма) 5 мед. карт, которые выбираются методом системной случайной выборки среди женщин репродуктивного возраста за предыдущий квартал.

Опрашивается 2 пациента по 5 вопросам:

Вопрос 1	Какие виды прерывания беременности, их недостатки и преимущества вы знаете? (при указании не менее 2-х видов и признаков)	1 балл
Вопрос 2	Получили ли Вы весь пакет медицинских услуг по МА (консультирование по выбору метода аборта, описание выбранного метода, консультирование по контролю за болью и по опасным признакам, консультирование по выбору метода контрацепции, бесплатная выдача контрацептивного средства или льготного рецепта, повторное консультирование по индивидуальной переносимости/совместимости контрацептивного средства)	Если да - 1 балл
Вопрос 3	Какие побочные признаки от лекарственных средств для ФА знаете (головная боль, рвота, кровотечение, боли внизу живота, температура)	Если не менее 3 признаков - 1 балл
Вопрос 4	Как Вы знаете, в Кыргызстане некоторые медики просят деньги за предоставленные услуги. Было ли такое в Вашем случае? Если да, то сколько?	Если нет, спасибо. При наличии факта неформальных платежей все интервью получает 0 баллов, при отсутствии 1 балл
Вопрос 5	по шкале удовлетворенности:	Если удовлетворенность оценена: от 0 до 3 баллов ставим 0 баллов; от 4 до 5 баллов ставим 1 балл. Всегда задавайте качественный вопрос - "Чтобы Вы порекомендовали для получения более высокой оценки?"

12 индикатор - Оценка знаний специалистов по оказанию услуги по медикаментозному аборту (см. чек-лист)

13 индикатор - Качество ведения медицинской документации по медикаментозному аборту

Проводится системная случайная выборка 5 медкарт пациенток репродуктивного возраста из журнала регистрации, получивших услугу аборта в отчетном квартале. Каждая выбранная медкарта должна соответствовать следующим критериям:

- Медицинская карта должна быть с номерами телефонов пациентки.
- Документация медкарты соответствует основным стандартным требованиям (полные личные данные пациентки; дата и время первого осмотра врача; жалобы пациентки; анамнез жизни, количество беременности и родов).
- Клинический осмотр (артериальное давление, частота и ритм сердечных сокращений, температура тела, вес, рост, частота дыхания (ЧД); оценка гинекологического статуса).
- Лабораторные анализы и другие осмотры соответствуют клиническому диагнозу и согласуются с клиническими протоколами.
- Зафиксирован выбранный метод аборта и метод обезболивания.

- Краткое описание процедуры, включая информацию о соответствии сроков и абортного материала (при медикаментозном аборте) и аспирированного материала (при МВА).
- Запись о выбранном методе постабортной контрацепции и источник, из которого женщина получит контрацептив, включая информацию о выписанном рецепте.

Приложение 1

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. Консультант должен убедиться, что решение о прерывании окончательное и не принято под давлением. Обратиться к безопасному аборту доступно и законно. Может рисковать жизнью и здоровьем если обратится пациентка 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 больший 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.

Приложение 2

Карта информированного согласия

Я _____ (ФИО клиента) _____, приняла решение о прерывании беременности и получила от врача _____ (ФИО врача) подробную информацию о процедуре хирургического и медикаментозного аборта.

Я понимаю, что при выборе медикаментозного аборта 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 не менее 24 часов 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 понимаю, что при выборе хирургического прерывания беременности, т.е. мануальной вакуумной аспирации в день прерывания мне придется находиться в клинике несколько часов.

Я знаю, что это инвазивный метод и, возможно, понадобится специальная подготовка шейки матки. Так же при МВА предоставляется обезболивание, я выбрала метод _____ (необходимо вписать выбранный метод обезболивания). Хирургический аборт производится в течение нескольких минут, но после него необходимо оставаться под наблюдением специалистов какое-то время в клинике. В это время мне замерят давление и сердечные ритмы.

Я знаю, что сразу после хирургического аборта у меня какое-то время (не более 2-3 часов) буду скудные мажущие кровянистые выделения.

Я ознакомлена с тревожными признаками, в связи с которыми мне необходимо сразу обратиться к врачу (см. Приложение к карте).

Я 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 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 _____ (ФИО), хочу прервать беременность медикаментозным/хирургическим методом (необходимое подчеркнуть). 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.

В ходе консультации я выбрала в качестве постабортной контрацепции _____ (впишите выбранный метод контрацепции).

Подпись клиентки: _____

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 матки после аборта.
- 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.

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.

Приложение 3

Консультирование и рекомендации после аборта

Немаловажным в качественной услуге аборта является послеабортное консультирование, где специалист сможет еще раз сделать акценты на вопросах постабортной 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. После аборта рекомендуется половой покой 21 день. Это позволит избежать возможного попадания инфекции в матку. Половую жизнь безопасно для здоровья женщины начинать после первой менструации, которая придет после аборта.
2. Следует наблюдать 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 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, необходимо обратиться к гинекологу.

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

Приложение 4

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.

Доабортное 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.

Пациенты должны получить адекватную информацию, чтобы они могли сделать информированный и добровольный выбор метода контрацепции. Такая информация должна, как минимум, включать следующее:

- относительная эффективность метода;
- правильное использование метода;
- как он работает; частые побочные эффекты;
- риски и преимущества метода для здоровья;
- признаки и симптомы, при которых необходимо обращение в клинику;
- информация о восстановлении фертильности при прекращении использования метода; и
- информация о защите от ИППП.

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!

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.

**Категории медицинских критериев приемлемости (МЕС)
для использования методов контрацепции**

Категория 1	Состояния, при которых не существует никаких ограничений для использования данного метода контрацепции
Категория 2	Состояния, при которых преимущества использования метода в целом превосходят теоретические или доказанные риски
Категория 3	Состояния, при которых теоретические или доказанные риски, как правило, перевешивают преимущества использования метода
Категория 4	Состояния, которые представляют собой неприемлемый риск для здоровья при использовании метода

**Медицинские критерии приемлемости для
использования методов контрацепции после аборта**

Метод контрацепции	Состояние после аборта		
	Первый триместр	Второй триместр	Сразу после септического аборта
Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)	1	1	1
Комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК)	1	1	1
Комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо (КВК)	1	1	1
Только прогестаген-содержащие таблетки (ПСТ)	1	1	1
Только прогестаген-содержащие инъекционные контрацептивы (ПСИК)	1	1	1

Левоноргестрел и этоноргестрел (имплантаты) ЛНГ/ЭТГ	1	1	1
Медь-содержащие ВМК (Cu-ВМК)	1	2	4
Левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки) (ЛНГ-ВМК)	1	2	4
Презервативы	1	1	1
Диафрагмы	1	1	1
Спермициды	1	1	1

Приложение 5

Сроки начала применения методов контрацепции после аборта

Метод контрацепции	Начало применения после медикаментозного аборта	Начало применения после хирургического аборта
КОК, КИК, КВК, ПСТ, ПСИК, Импланты ЛНГ/ЭТГ	<ul style="list-style-type: none"> - В день приема Мизопростола. - В течение 5 дней от начала приема Мизопростола. - В случае начала использования через 5 дней после приема мизопростола или позже, допускается начинать применение контрацептива в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом в течение первых 7 дней рекомендуется пользоваться вспомогательным методом контрацепции. - КВК необходимо начать применять на следующий день после приема мифепристона или, в случае обильного кровотечения, через 2-3 дня. Данных о том, что длительные и обильные кровотечения после медикаментозного аборта снижают эффективность влагалищного кольца, нет 	<ul style="list-style-type: none"> - Сразу после хирургического аборта. - В течение 7 дней после аборта. - В случае начала использования через 7 дней после аборта или позже, допускается начинать применение контрацептива в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом в течение первых 7 дней рекомендуется пользоваться вспомогательным методом контрацепции
Cu-ВМК	<ul style="list-style-type: none"> - После полного изгнания плодных оболочек и подтверждения завершения медикаментозного аборта. Клинический опыт показывает, что введение ВМС сразу после медикаментозного аборта успешно даже при наличии утолщенного эндометрия. - Сразу после неинфицированного хирургического аборта и подтверждения успешного завершения аборта путем осмотра аспирированных тканей. - В течение 12 дней после аборта - Через 12 дней после аборта, если есть уверенность, что нет беременности. - Введение ВМС после аборта имевшего место во втором триместре 	

	<p>беременности, требует специальных навыков. При отсутствии таковых, введение ВМС должно быть отложено до того момента, когда после аборта пройдет не менее 4 недель</p>
ЛНГ-ВМК	<ul style="list-style-type: none"> - После полного изгнания плодных оболочек и подтверждения завершения медикаментозного аборта и отсутствия признаков инфекции. - Сразу после неинфицированного хирургического аборта. - В течение 7 дней после хирургического аборта - Если прошло более 7 дней, и признаки инфекции отсутствуют, то в этом случае ЛНГ-ВМС может быть введено в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом рекомендуется применять вспомогательный метод контрацепции в течение последующих 7 дней. - Введение ЛНГ-ВМС после аборта, имевшего место во втором триместре беременности, требует специальных навыков. При отсутствии таковых введение ВМС должно быть отложено до того момента, когда после аборта пройдет не менее 4 недель
Барьерные методы контрацепции	<ul style="list-style-type: none"> - При возобновлении половой активности. - Барьерные методы могут также использоваться в случае, когда применение какого-либо метода откладывается. - Необходимо помнить о том, что указанные средства относят к малоэффективным методам контрацепции
Добровольная хирургическая стерилизация	<ul style="list-style-type: none"> - Рекомендовать стерилизацию (необратимый метод) как метод контрацепции следует с большой осторожностью. Лица юношеского возраста и люди, имеющие небольшое количество детей или не имеющие их вообще, должны тщательно взвесить свое решение, чтобы избежать горького раскаяния в будущем. - Применение ДХС как необратимого метода контрацепции возможна после того, как женщина примет самостоятельное свободное информированное решение
Методы ПС, основанные на циклическом характере женской фертильности: календарные и симптоматические методы ПС	<ul style="list-style-type: none"> - Применение метода стандартных дней следует отложить до начала очередного менструального кровотечения (при условии, что кровотечение не вызвано травмой того или иного органа репродуктивного тракта). - Применение метода календарных ритмов возможна после восстановления регулярного менструального цикла. Перед тем, как приступить к применению данного метода, женщине следует фиксировать длительность каждого менструального цикла (в днях) на протяжении минимум 6 месяцев. - До восстановления регулярного менструального цикла следует применять другие методы или воздержаться от сексуальных контактов. - Женщина может приступить к применению симптоматических методов сразу после аборта (при этом женщина нуждается в индивидуальных консультациях и поддержке), при условии, что у нее отсутствуют выделения инфекционного генеза или кровотечения, вызванного травмой половых органов

Дополнительно женщинам, перенесшим 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.

Приложение 6

Чек-лист № 1 - для оценки наличия оборудования в ЦСМ/ТБ/ООБ/ГРД для оказания качественных услуг по планированию семьи

ФИО ответственного лица _____

Дата проведения _____

ЦСМ/КПС/ГСВ	№	Перечень необходимого оборудования в КПС	Да	Нет	Примечания
Кабинет приема (семейный врач, гинеколог, семейная мед. сестра)	1	Наличие удобств в кабинете для уединения: ширмы, щеколды, крючки			
	2	Наличие КП и КР по ПС в твердом и электронном вариантах			
	3	Наличие карты пациента пользующегося средствами контрацепции			
	4	Наличие сведений о ЖРВ из медико-социальной группы риска			
	5	Наличие настольного календаря по ПС/стенда/буклетов/листовок с информацией о средствах контрацепции для пациентов			
	6	Наличие "Контрацептивного кольца" - дискограммы			
	7	Полотенца для рук: одноразовое, многоразовое			
	8	Мыло: жидкое, кусковое			
	9	Наличие журнала движения средств контрацепции (ф.040/у) при наличии документа журнал заполняется правильно и своевременно			
	10	Условия хранения СК соблюдаются			
	11	Наличие комплекта образцов контрацептивных средств для проведения консультирования (таблетки, презервативы и муляж фаллоса, макет матки и ВМС, диафрагмы, колпачки и др.)			
	12	Дополнительный источник освещения (фонарь)			
	13	Гинекологическое кресло			
	14	Гинекологический инструментарий для введения и удаления ВМС и расходные материалы:			

		- гинекологические зеркала: многоцветное и одноразовое - пулевые щипцы - зажим, пинцет или корнцанг - маточный зонд - ножницы - крючок для удаления ВМС или аллигатор - одноразовые перчатки - зеркало стерильное, металлическое для осмотра ш/м - ватные тампоны			
15	Промаркированные емкости для утилизации медицинских отходов				
16	Емкость для дезинфекции инструментов				
17	Таз				
18	Наличие кабинета по планированию семьи				
19	Набор чемодан для консультирования				

Чек-лист № 2 - Оценка знаний специалистов по оказанию медицинской услуги по медикаментозному аборту

	Ресурсы для МА	Да	Нет	Комментарии
I	Наличие лекарственных препаратов для МА			
	Наличие в полном комплекте Мифепристона и Мизопростола			
	Наличие ИОМ по МА			
	Наличие мед. карт, информированного согласия по МА			
	Проверка УЗИ			
II	Индикаторы оценки знаний	Да	Нет	Комментарии
	Показание для МА			
	Механизм действия Мифепристона			
	Механизм действия Мизопростола			
	Алгоритм обеспечения доступа к ЛС по МА			
	Протокол использования ЛС для ФА			
	Отличие побочных реакций от осложнений при ФА			
	Доабортное консультирование			
	Послеабортное консультирование			

Проверил эксперт: _____

Ответственный мед. персонал: _____

Дата проверки: _____

Список литературы

1. Медикаментозное ведение аборта, 2018 - WHO - ISBN 978-92-4-155040-6.
2. Безопасный аборт. Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. - ВОЗ. Женева. - 2003, 2006, 2012 гг.

3. Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ - /БРЗ. Наиболее эффективные клинические методики в области сексуального и репродуктивного здоровья. - ВОЗ, Женева. - 2009 г., № 12.
4. Руководства и протоколы по аборту в первом триместре беременности. Хирургические и медикаментозные вмешательства./под. ред. Марсель Викеманс. - МФПР, 2010 г.
5. Стандарты по проведению прерывания беременности в безопасных условиях (Министерство здравоохранения Республики Молдова, 2020.
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.
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.
10. Руководство по предоставлению медицинской помощи и услуг в области СРЗ (третье издание) под редакцией М.Поулсона - IPPF, 2009 г. Лондон.
11. WHO (2014) Clinical Practice Handbook for Safe Abortion.
12. Abortion care (NICE. 2019).
13. Роли работников здравоохранения в предоставлении медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности и контрацепции после аборта, ВОЗ (2015г), <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle>.
14. "Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции", 5-ое издание, ВОЗ, 2015.
15. COVID-19 and abortion care. Version 3.1: Royal College of Obstetricians&Gynaecologists - July-2020.
16. How will the coronavirus affect access to safe abortion. International Planned Parenthood Federation - IPPF/ - 2020//3.