

Клинический протокол и клиническое руководство по искусственному прерыванию беременности.



Утвержден
протоколом заседания
Экспертной комиссии по вопросам
Развития здравоохранения МЗ РК
от 19 сентября 2013 года № 18

Медицинский аборт

Код МКБ-10: O04

- Искусственное прерывание беременности, выполненное обученным медицинским персоналом с соблюдением всех требований метода. Медицинский аборт проводят в медицинском учреждении с информированного согласия женщины и обязательным оформлением соответствующей медицинской документации.

Классификация абортов

- ранний (до 12 недель)
- поздний (с 12 до 21 недель 6 дней) аборт (прерывание беременности).

Медицинский аборт по методу проведения

- медикаментозный.
- хирургический.

Показания для

госпитализации с указанием

типа госпитализации:

- плановая - при
медицинских абортах;
- экстренная - при
спонтанных абортах.

Противопоказания медицинского аборта:

- Воспалительные процессы половых органов
- Наличие гнойных очагов независимо от места их локализации.
- Острые инфекционные заболевания.
- Поздний срок беременности. В поздние сроки аборт противопоказан, если прерывание беременности в этот период более опасно для здоровья и жизни, чем продолжение беременности и роды.
- Срок менее 6 месяцев после предшествующего прерывания беременности.

Основные диагностические мероприятия:

- клинический анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ, время свертываемости крови;
- группа и резус-принадлежность крови
- анализ крови на реакцию Вассермана
- анализ крови на ВИЧ;
- микроскопическое исследование мазка из влагалища (цервикального канала и уретры) на степень чистоты и флору;
- УЗИ ОМТ.

Дополнительные диагностические мероприятия:

- флюорография;
- консультация узких специалистов.

Диагностические критерии

- Искусственное прерывание беременности производится:
 - *по желанию женщины* при сроках беременности до 20 дней задержки менструации и до 12 недель беременности;
 - *по медицинским показаниям*, как со стороны матери, так и плода независимо от срока беременности(ВКК)
 - *по социальным показаниям* от 13 недель до 21 недель 6 дней(ВКК)

Физикальное обследование:

- - измерить пульс, АД, температуру;
- провести общее физикальное обследование;
- подтвердить срок беременности и провести гинекологическое исследование.

● **Инструментальные исследования:** УЗИ органов малого таза (может использоваться для подтверждения сроков беременности и результатов объективного исследования).

Показания для консультации специалистов:

- консультация терапевта обязательно;
- консультации других специалистов – по показаниям (наличие экстрагенитальных заболеваний).

Медикаментозный аборт.

Успешный медикаментозный аборт определяется как полное прерывание беременности без необходимости хирургического вмешательства.

Эффективность медикаментозного аборта составляет 95–98% на ранних сроках беременности (42 дня от 1-го дня последней менструации или 6 нед. беременности).

Медикаментозный аборт.

- Неудача метода возможна в 2–5% случаев и зависит от некоторых индивидуальных особенностей организма женщины и исходного состояния ее здоровья. Метод считается неэффективным в случаях продолжающейся беременности, неполного изгнания плодного яйца, кровотечения. В случае неэффективности метода прибегают к хирургическому аборту.

Рекомендованные дозы и методы введения мифепрестона с последующим применением мизопростола при сроке менее 49 дней

- Мифепрестон всегда вводится перорально (200мг).
- Введение мизопростола рекомендовано через 24-48 часов после применения мифепрестона.
- доза мизопростола 400 мкг перорально

Рекомендованные дозы и методы введения мифепрестона с последующим применением мизопростола при сроке менее 63 дней

- Мифепристон всегда вводится перорально (200мг).
- Введение мизопростола рекомендовано через 24-48 часов после применения мифепристона.
- Для вагинального, сублингвального или буккального введения , доза 800 мкг
- Если аборт не произошел через 4 часа повторно мизопростол в дозе 400мкг вагинально или перорально

Медикаментозный аборт в сроке 9-12 нед беременности

- Мифепрестон всегда вводится перорально (200мг).
- Введение мизопростола рекомендовано через 36-48 часов по 800 мкг вагинально
- Максимум еще четыре дозы мизопростола 400 мкг могут быть введены с 3-х часовыми интервалами вагинально или перорально

- Интервал меньший, чем 36 часов между введением мифепристона и мизопростола связан с более продолжительным процессом аборта и высокой частотой неполного аборта

Медикаментозный аборт в сроке 13-21 нед 6 дней беременности(по медицинским показаниям, по решению ВКК)

- Мифепристон всегда вводится перорально (200мг).
- Введение мизопростола рекомендовано через 36-48 часов по 800 мкг вагинально, затем мизопростол 400 мкг могут быть введены вагинально или перорально с 3-х часовыми интервалами максимально 4 дозы

- Если аборт не происходит , мифепристон можно повторить через 3 часа после последней дозы мизопростола и через 12 часов может быть повторен мизопростол



- После медикаментозного прерывания беременности в сроке 13-22 недели рутинного выполнения выскабливания полости матки не требуется.
- Выскабливание показано только при наличии клинических проявлений неполного аборта
- Женщины с рубцом на матке имеют очень низкий риск(0,28%) разрыва матки при проведении медикаментозного аборта во втором триместре

Обезболивание для медикаментозного аборта

- Всем женщинам (рутинно) должны быть назначены обезболивающие препараты (например НПВП)
- Ввиду отсутствия обезболивающего эффекта назначение парацетамола не рекомендуется
- Некоторым женщинам может потребоваться дополнительное обезболивание наркотическими препаратами
- Рутинное гистопатологическое исследование ткани не рекомендуется

Резус-профилактика

- Всем изосенсибилизированным женщинам с отрицательным резусом следует ввести Анти-D иммуноглобин путем инъекции в дельтовидную мышцу в течении 72 часов после аборта

- 
- Решение об опорожнении матки после неполного аборта должно быть основано на клинических признаках и симптомах, а не по УЗИ

Хирургические методы

- А. Вакуум-аспирация («мини-аборт»)

В I триместре до 5 недель беременности для удаления плодного яйца из полости матки выполняют вакуум-аспирацию. Используют шприц и канюли диаметром от 5 до 12 мм из гибкого ригидного пластика. Эффективность метода составляет 99,8%. После прерывания беременности проводят ультразвуковой контроль.

Хирургический аборт

- Вакуум-аспирация может быть выполнена от 14 до 16 недель (по медицинским показаниям) беременности; канюля большого диаметра и всасывающая трубка могут потребоваться для выполнения процедуры без использования щипцов для удаления крупных частей плода.

Расширение и эвакуация

- Хирургический аборт расширением и эвакуацией, с предшествующей подготовкой шейки матки, подходит для беременности свыше 14 недель беременности. Непрерывное наблюдение с помощью УЗИ во время расширения и эвакуации рекомендуется чтобы снизить риск хирургических осложнений.

Подготовка шейки матки к хирургическому аборту

- Следующие схемы рекомендуются для подготовки шейки матки до 14 недель беременности: -
- Мифепристон 200 мг за 48 часов до аборта.
- Мизопростол 400 мкг вводят вагинально за 3 часа до операции или сублингвально за 2-3 часа до операции.
- После 14 недель беременности, осмотические расширители обеспечивают превосходное расширение для медицинских методов, однако, мизопростол является приемлемой альтернативой до 18 недель беременности. Использование препаратов, содержащих окситоцин или эргометрин не рекомендуется для профилактики чрезмерного кровотечения во время вакуум-аспирации.

Б. Хирургический аборт

- (дилатация и кюретаж «выскабливание»). Этот вид аборта считается опасным и не может быть применен рутинно. Удаление плодного яйца в сроки 6–12 недель производят путём выскабливания стенок полости матки (дилатация шейки матки и кюретаж) в условиях гинекологического стационара с круглосуточным анестезиологической и хирургической помощи в полном объеме.

Подготовка к операции

- В день операции утром запрещают прием пищи и воды. Если аборт предполагают проводить под наркозом, женщину осматривает анестезиолог. Перед операцией необходимо опорожнить мочевой пузырь и кишечник. Для предупреждения возможных осложнений в раннем послеоперационном периоде рекомендуется профилактически в\в введение цефазолина 2,0гр за 1-2 часов до инвазивных вмешательств. Методы обезболивания - наркоз внутривенный.

Обезболивание при хирургическом аборте

- Медицинские организации должны предоставлять хирургический аборт, не прибегая к общей анестезии. Если седативное средство используется во время хирургического аборта, то только анестезиологом. Женщинам должны быть предложены препараты для снятия боли рутинно, такие как нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) во время хирургического аборта.

Профилактика инфекционных осложнений:

- Всем пациентам, которым проводится хирургический аборт необходимо провести антибиотикофилактику за 1-2 часа до аборта путем внутривенного введения 2,0 гр. цефазолина после пробы. При его непереносимости или недоступности ампициллин 2.0гр внутривенно или другой цефалоспорин I поколения.

Профилактические мероприятия:

- Женщины должны быть проинформированы о необычных осложнениях, которые могут возникнуть, и их возможных клинических последствиях. Они могут включать:
 - Сильное кровотечение, требующее переливание, риск ниже для ранних абортов, происходящих у менее чем 1 на 1000, и растущих до около 4 на 1000 на сроке беременности свыше 20 недель.
 - Перфорация матки (хирургический аборт только); риск в порядке 1-4 на 1000 и ниже для ранних абортов и тех, которые выполняются опытными врачами.
 - Травма шейки матки (хирургический аборт только); риск повреждения влагалищного отверстия не превышает 1 на 100 и меньше для раннего аборта и тех, выполняемых опытными клиницистами.
 - Женщины должны быть проинформированы, что если произойдет одно из этих осложнений, то может потребоваться дальнейшее лечение в виде переливания крови, лапароскопии или лапаротомии

Неудачный аборт и продолжающаяся беременность

- Женщины должны быть проинформированы, что хирургические и медицинские методы прерывания беременности несут небольшой риск неудачного прерывания беременности (меньше 1 на 100), что требует другой процедуры. Женщины должны знать, что есть небольшой риск (как правило, гораздо меньше, чем 5%) необходимости дальнейших вмешательств, таких как хирургическое вмешательство после медикаментозного аборта или реэвакуация после хирургического аборта.

Инфекции после аборта

- Женщины должны быть проинформированы, что инфекция различной степени тяжести может возникнуть после медицинского или хирургического аборта и, как правило, вызвана ранее существующими инфекциями. Профилактическое применение антибиотиков и бактериальный скрининг на инфекции половых путей снижает этот риск.

Дальнейшее ведение

- В послеоперационном периоде необходимо следить за температурой тела, частотой пульса, выделениями из половых органов. После выписки из стационара рекомендуют наблюдение в женской консультации. Пациенткам с высоким инфекционным риском показана пери- или постоперационная антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений.

- После аборта желательна консультация врача по поводу подбора средств контрацепции. Необходимо отказаться от приёма ванны (лучше душ), купания в бассейнах и открытых водоемах в течение первых 14 дней. Необходимо соблюдение полового покоя в течение 21 дня для профилактики возможного заноса инфекции в матку, которая после аборта представляет собой большую открытую рану. Половую жизнь следует начинать после первой менструации, которая придёт после аборта.

- Необходимо срочно обратиться к гинекологу в случае подъёма температуры, появления болей над лоном или в нижних отделах живота, кровянистых выделений из половых путей, если менструация пришла раньше или не пришла в ожидаемый срок. Сроки менструации до и после аборта одинаковые. Контрацепция до планируемой беременности.

● Спасибо за внимание

