



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА**

**Стандарт  
прерывания беременности  
в безопасных условиях**

**Кишинев, 2020**

**Утвержден в ходе заседания Совета экспертов Министерства здравоохранения,  
труда и социальной защиты от 03.07.2020 г., протокол № 2**  
**Утвержден приказом Министерства здравоохранения, труда и социальной защиты  
Республики Молдова № 766 от 18.08.2020 г. Об утверждении Стандарта прерывания  
беременности в безопасных условиях.**

### **Введение**

Стандарт прерывания беременности в безопасных условиях предусматривает нормативные рамки деятельности медико-санитарных учреждений по оказанию услуг по добровольному прерыванию беременности.

### **Цель Стандарта**

Целью Стандарта прерывания беременности в безопасных условиях является улучшение качества медицинской помощи при проведении аборта для женщин в Республике Молдова, снижение уровня заболеваемости и материнской смертности, вызванных абортом.

Стандарт предусматривает следующие задачи:

1. Продвижение передового опыта при оказании основанной на научных доказательствах помощи во время проведения аборта;
2. Продвижение основных принципов и прав женщин при проведении аборта, таких как право на консультирование, информированное согласие и высокое качество услуг, уважительное отношение к частной жизни и соблюдение конфиденциальности, методы, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для прерывания беременности: электрическая аспирация, мануальная вакуум-аспирация и медикаментозный аборт как безопасные методы прерывания беременности;
3. Обеспечение всеобщей доступности услуг по безопасному прерыванию беременности любой женщине, обратившейся за помощью в связи с нежелательной беременностью или по медицинским или социальным показаниям;
4. Предоставление информации об оптимальном лечении осложнений, вызванных абортом.

### **Пересмотр**

Национальный стандарт прерывания беременности в безопасных условиях разработан в соответствии с принципами научно доказательной медицины и подвергается пересмотру раз в 5 лет.

### **Пользователи Стандарта:**

Стандарт предназначен для врачей, акушеров-гинекологов государственных, ведомственных и частных медицинских учреждений, аккредитованных для оказания услуг по прерыванию беременности:

- Территориальные медицинские ассоциации (ТМА);
- Центры женского здоровья (ЦЖЗ);
- Кабинеты репродуктивного здоровья (КРЗ);
- Консультативные отделения при перинатологических центрах;

- Институт матери и ребенка (ИМР), Центр репродуктивного здоровья и медицинской генетики (ЦРЗМГ), отделение репродуктивного здоровья;
- Медико-санитарные учреждения (МСУ) стационарной медицинской помощи (СМП) (консультативные, гинекологические или акушерско-гинекологические отделения);
- Медико-санитарные учреждения (МСУ) для первой медицинской помощи (ПМП) (при проведении консультаций перед проведением аборта);
- Врачи-ординаторы (для процесса обучения);
- Прочие лица.

### **Понятия, определения:**

В соответствии с определением, сформулированным ВОЗ, **аборт** является безопасной медицинской процедурой, если проводится в соответствии с рекомендациями ВОЗ, в условиях всеобщего доступа к качественным услугам и отсутствия какой бы то ни было стигмы в отношении женщины, нуждающейся в этой услуге (1, 2, 3,4). В обновленной версии 2012 г. публикации ВОЗ «АБОРТ БЕЗ РИСКА» и «Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам стратегии и практики 2018 г.», «ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА» **ВОЗ рекомендует следующие методы прерывания беременности:**

**Мануальная или электрическая вакуум-аспирация** – рекомендуемый метод проведения **хирургического аборта** на сроке беременности до 12-14 недель. Эту процедуру не обязательно завершать контрольным кюретажем острой кюреткой!!!

**Медикаментозные методы:** рекомендуемый метод нехирургического медикаментозного аборта – применение мифепристона, за которым следует применение мизопростола.

**Методы поведения аборта на сроке беременности после 12 недель:** медикаментозный, заключающийся в применении мифепристона с последующим применением повторных доз простагландинов – мизопростола или гемепроста, а предпочтительный хирургический метод – дилатация шейки матки и эвакуация продукта зачатия с помощью вакуум-аспирации и щипцов после предварительной обработки шейки матки мизопростолом.

**К методам, не рекомендованным ВОЗ,** относятся дилатация и кюретаж (выскабливание), рискованный метод прерывания беременности. Частота тяжелых осложнений после кюретажа в 2-3 раза превышает частоту осложнений, последовавших за вакуум-аспирацией. Кюретаж следует заменить вакуум-аспирацией и медикаментозными методами прерывания беременности.

**Организация предоставления услуг по прерыванию беременности**

**1. Условия организации деятельности по добровольному прерыванию беременности**

- 1) Добровольное прерывание беременности осуществляется в соответствии с положениями Закона № 411-ХІІІ от 28 марта 1995 г. о здравоохранении (Monitorul Oficial № 34, ст. 373) и Закона № 138 от 15.06.2012 г. о репродуктивном здоровье (Monitorul Oficial № 205-207). Статья № 673 Закона № 138 предусматривает, что государство предоставляет каждой женщине доступ к безопасным методам прерывания беременности.
- 2) Добровольное прерывание беременности проводится в медико-санитарных учреждениях, аккредитованных для оказания этого вида услуг, по выбору беременной женщины, независимо от места проживания или прописки.
- 3) Добровольное прерывание беременности проводят врачи-специалисты, акушеры-гинекологи, обученные оказанию данной услуги. В населенных пунктах, в которых нет врача-гинеколога, консультирование и направление для прерывания беременности осуществляется бригадой семейного врача.
- 4) Врачи- резиденты акушеры-гинекологи могут проводить добровольное прерывание беременности только под наблюдением лиц, отвечающих за их обучение и подготовку.
- 5) Медико-санитарное учреждение обеспечивает свободный и беспрепятственный доступ беременных женщин к услуге добровольного прерывания беременности и ее оказанию в условиях соблюдения конфиденциальности.
- 6) Поставщики услуг медицинского учреждения консультируют и информируют каждую беременную женщину, обратившуюся за помощью для добровольного прерывания беременности, о методах, альтернативах, а также существующих рисках в соответствии с положениями Закона № 263-ХVІ от 27 октября 2005 г. о правах и ответственности пациента (Monitorul Oficial № 176-181, ст. 867).
- 7) Руководители медико-санитарных учреждений, предоставляющих услуги по прерыванию беременности, обязаны обеспечить наличие оборудования и расходных материалов, необходимых для прерывания беременности в безопасных условиях, согласно приложению № 5 к Стандарту, и медицинского персонала, обученного методам проведения безопасного аборта (РВА, ЭВА и медикаментозный аборт).
- 8) Медико-санитарные учреждения предлагают безопасное прерывание беременности методом, выбранным беременной женщиной, или направляют ее в другое медико-санитарное учреждение, предоставляющее такие услуги.
- 9) В медико-санитарном учреждении на видном и доступном месте обнародуются права пациента и тарифы на вмешательства по добровольному прерыванию беременности в течение первых 12 недель в соответствии с действующими нормативными актами.
- 10) Врачи акушеры-гинекологи, проводящие добровольное прерывание беременности, обязаны проходить курсы обучения безопасным методам прерывания беременности в Государственном университете медицины и фармации им. Николае Тестемицану и/или других учебных центрах, аккредитованных в этой сфере, не реже одного раза в 5 лет.
- 11) В медико-санитарном учреждении ведется учет пациенток в соответствии с Медицинской карточкой о добровольном прерывании беременности (формуляр № 003-3/е).
- 12) Беременные женщины, явившиеся для добровольного прерывания беременности,

выражают согласие перед процедурой, подписывая информированное согласие (приложения № 3 и 4), прилагающееся к Медицинской карте о добровольном прерывании беременности (формуляр № 003-3/е).

- 13) В случае несовершеннолетних в возрасте до 16 лет добровольное согласие на получение услуг по охране репродуктивного здоровья выражается как несовершеннолетней, так и ее законным представителем. Если получить согласие законного представителя несовершеннолетней невозможно, а медицинские услуги необходимы для сохранения ее жизни и здоровья, достаточно ее добровольного согласия. В этой ситуации решение принимается по согласованию с поставщиками услуг в интересах несовершеннолетней и в соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения, труда и социальной защиты и Законом № 138 от 15.06.2012 г. о репродуктивном здоровье (Monitorul Oficial № 205-207, ст. № 673). Это утверждение косвенно относится к аборту в безопасных условиях, поскольку он является компонент услуг по охране репродуктивного здоровья.
- 14) В экстренной медицинской ситуации, когда прерывание беременности необходимо для спасения жизни беременной женщины, когда она не может выразить свою волю, а согласие ее законного представителя не может быть получено, медицинский персонал, уполномоченный в порядке, предусмотренном законодательством, имеет право принять решение о прерывании беременности в интересах женщины.
- 15) Консультации до и после проведения аборта по вопросам планирования семьи и предоставление контрацептивов после проведения аборта являются обязательными. После аборта женщина должна покинуть медицинское учреждение с выбранным ею противозачаточным средством: КОК, ВМС, инъекционный контрацептив, имплант или презервативы, которые должны быть предложены ей согласно действующим положениям. Этот факт документируется в Медицинской карточке о добровольном прерывании беременности (формуляр № 003-3/е) с подтверждением подписи пациентки.
- 16) Учреждение, где проводится добровольное прерывание беременности, при необходимости выдает листок о медицинском отпуске в связи с добровольным прерыванием беременности согласно Постановлению Правительства № 282/2019 от 29.05.2019 о внесении изменений в Инструкцию о порядке выдачи листка о медицинском отпуске, утвержденную Постановлением Правительства № 469/2005 (Monitorul Oficial № 185-191, ст. 327).
- 17) Об осложнениях, возникающих после добровольного прерывания беременности, лечащий врач акушер-гинеколог вместе с руководителем подразделения в срочном порядке сообщает руководителю медицинского учреждения, который информирует Отдел оценки, мониторинга и интеграции медицинских услуг МСОУ «Институт матери и ребенка».
- 18) Медико-санитарное учреждение составляет Статистический отчет № 13 «О прерывании беременности» (утвержденный Приказом № 106 от 6 октября 2008 г. Национального бюро статистики Республики Молдова), который ежеквартально, раз в полгода и ежегодно представляется в Национальное агентство общественного здоровья.
- 19) При выписке врач заполняет и предоставляет пациентке медицинскую выписку (формуляр № 027/е), указав диагноз, примененный метод добровольного прерывания беременности и рекомендации для выполнения на дому.

20) Добровольное прерывание беременности кодируется и включается в отчет в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ) ВОЗ, X редакцией.

## **2. Добровольное прерывание беременности в первые 12 недель беременности**

1. Добровольное прерывание беременности в первые 12 недель беременности **по желанию или по медицинским и социальным показаниям (приложения № 1 и № 2)** проводится в государственных, ведомственных и частных медико-санитарных учреждениях следующими методами: мануальная или электрическая вакуум-аспирация или медикаментозный аборт.
2. Добровольное прерывание беременности медикаментозным методом в первые 12 недель без сопутствующей патологии проводится акушерами-гинекологами, прошедшими необходимую подготовку по проведению медикаментозного аборта, в территориальных медицинских ассоциациях, центрах женского здоровья, кабинетах репродуктивного здоровья, центрах здоровья, предназначенных для помощи молодежи, консультативных отделениях при перинатологических центрах и в отделении репродуктивного здоровья МСОУ ИМР, ведомственных медико-санитарных учреждениях, при наличии в них условий, соответствующих требованиям действующих нормативных актов.
3. Добровольное прерывание беременности методом мануальной или электрической вакуум-аспирации в течение первых 12 недель без сопутствующей патологии проводится врачами акушерами-гинекологами, прошедшими необходимую подготовку по выполнению мануальной или электрической вакуум-аспирации, в территориальных медицинских ассоциациях, центрах женского здоровья, кабинетах репродуктивного здоровья, центрах здоровья, предназначенных для помощи молодежи, консультативных отделениях при перинатологических центрах и в отделении репродуктивного здоровья МСОУ ИМР, ведомственных медико-санитарных учреждениях, при наличии в них условий, соответствующих требованиям действующих нормативных актов.
4. Добровольное прерывание беременности методом мануальной/электрической вакуум-аспирации или медикаментозным методом у женщин с сопутствующей патологией (с повышенным риском для пациентки) осуществляется в медико-санитарных учреждениях, оказывающих стационарную помощь (гинекологических или акушерско-гинекологических отделениях).
5. Запрещается прерывание беременности путем дилатации и кюретажа, поскольку этот опасный метод в большей степени сопряжен с риском кровотечения, перфорации и поздних осложнений!!!
6. Добровольное прерывание беременности в течение первых 12 недель с помощью вакуум-аспирации обязательно проводится под местной или общей анестезией, по выбору пациентки, после информирования ее во время консультации и выражения согласия путем подписания информированного согласия.
7. ВОЗ не рекомендует применять рутинную общую анестезию при аборте в первом триместре, поскольку она сопряжена с более существенными рисками; если пациентка выбирает общую анестезию, ее направляют в медицинские учреждения, оказывающие специализированную стационарную помощь.

## **3. Добровольное прерывание беременности на сроке более 12 недель беременности**

- 1) Добровольное прерывание беременности на сроке более 12 недель беременности проводится только после консультации и получения согласия женщины в государственных, ведомственных или частных медицинских учреждениях, отвечающих требованиям

действующих нормативных актов, медикаментозным методом (Глава IV).

2) Добровольное прерывание беременности на сроке более 12 недель проводится по медицинским и социальным показаниям до окончания 21-й недели беременности (Приложения № 1 и 2 к Стандарту), а в случаях несовместимых с жизнью/неизлечимых пороков развития плода на протяжении всей беременности после рассмотрения случая в МСОУ «Институт матери и ребенка» представительным Медицинским Советом, ежегодно утверждаемым приказом руководителя учреждения.

3) Медико-санитарное учреждение, оказывающее амбулаторную специализированную медицинскую помощь:

- при посредстве врачей акушеров-гинекологов обеспечивает заполнение личной карточки беременной и роженицы (формуляр № 111/е) и оформление направления в Национальную компанию медицинского страхования/Территориальное агентство для оформления полиса обязательного медицинского страхования;
- обеспечивает проведения исследований, консультаций профильных врачей-специалистов при обосновании показаний и обеспечивает учет случаев добровольного прерывания беременности на сроке более 12 недель;
- утверждает посредством внутреннего приказа Медицинскую консультативную комиссию в следующем составе: заместитель директора по медицинским вопросам, заведующий акушерским отделением, лечащий врач-специалист акушер-гинеколог, врач-специалист по внутренней медицине, юрист медико-санитарного учреждения (в случае прерывания беременности по социальным показаниям).

4) Медицинская консультативная комиссия:

- выбирает медицинские или социальные показания в каждом отдельном случае на основании заявления беременной женщины, представленной юридической и/или медицинской документации и согласия беременной женщины путем подписания информированного согласия;
- выдает направление-выписку (формуляр № 027/е), служащую направлением для госпитализации беременной женщины в акушерско-гинекологический стационар в течение не более 5 дней с момента постановки диагноза по медицинскому показанию или обращения женщины по социальным показаниям.

5) Медико-санитарное учреждение, оказывающее стационарную специализированную медицинскую помощь:

- обеспечивает оформление медицинской карточки стационарного больного, формы № 003/е;
- обеспечивает учет каждой беременной женщины, явившейся для добровольного прерывания беременности по истечении первых 12 недель, в Регистре учета госпитализации больных и отказов от госпитализации, форма № 001/е, и Регистр учета стационарных хирургических операций, форма № 008/е;
- проводит вмешательство по прерыванию беременности.

6) **В случае неопределенного диагноза врожденных пороков развития**, а также для назначения дальнейшего ведения беременная женщина направляется в МСОУ «Институт матери и ребенка» для подтверждения диагноза, прерывания беременности или консультации по прогнозу и послеродовым перспективам в случае продолжения беременности.

7) Решение о прерывании или продолжении беременности полностью принадлежит беременной женщине после ее консультирования и подписания информированного

согласия.

## Глава II.

### Исследование перед проведением аборта, консультирование и информированное решение

#### 1. Исследование перед проведением аборта

- 2) Медицинский анамнез женщины принимается во внимание и регистрируется в медицинской карточке о добровольном прерывании беременности (формуляр № 003-3/е).
- 3) Наличие беременности подтверждается проведением теста на беременность с использованием мочи (на дому или в медицинском учреждении). Срок беременности подтверждается и регистрируется на основании личного анамнеза (даты последней менструации) и клинического исследования (вагинального исследование).
- 4) Ультразвуковое исследование перед абортом не является обязательным для всех женщин, за исключением перечисленных в пар. 4) настоящего пункта.
- 5) Учреждения, проводящие прерывание беременности, должны провести или направить пациентку на ультразвуковое исследование, в частности, в случае, если:
  - а) диагноз беременности неопределенный;
  - б) существует расхождение между хронологическим и клиническим сроком беременности;
  - в) существует подозрение на внематочную беременность;
  - д) имеется сопутствующая гинекологическая патология (например, фиброматоз матки, пороки развития матки и т. д.);
  - е) существует неопределенность относительно наличия внутриматочной спирали;
  - ф) после аборта, если возникло подозрение на неполное опорожнение полости матки.
- 6) В обязательном порядке необходимо принимать во внимание основные показатели жизнедеятельности (например, артериальное давление, пульс и температуру).
- 7) Определение гематокрита и уровня содержания гемоглобина проводится у женщин с анамнезом или симптомами анемии.
- 8) Группу крови и резус-фактор определяют у женщин, прерывающих беременность, если они не известны и не указаны в документах. Резус-сенсбилизация при аборте на ранних сроках беременности не отмечалась. Назначение антирезусного иммуноглобулина резус-отрицательным пациенткам на сроках беременности более 56 дней аменореи рекомендуется и может применяться по мере возможности (8);
- 9) Генитальные инфекции выявляются на основании симптомов у пациентки, клинических признаков при исследовании. При необходимости могут проводиться скрининговые тесты на заболевания, передающиеся половым путем (гонорея и хламидиоз), или мазок из влагалища для диагностики вагинальных инфекций (бактериального вагиноза, трихомониаза) перед добровольным прерыванием беременности после объяснения необходимости исследований пациентке и получения информированного согласия.
- 10) При выявлении у беременной женщины острых и подострых воспалительных процессов всех локализаций и острых инфекционных заболеваний операция по прерыванию беременности может быть отложена до их лечения или назначается антибактериальное лечение и выполняется аборт (11,12). На предельном сроке 11-12 недель беременности назначается антибактериальная терапия и проводится аборт.
- 11) Момент прерывания беременности может стать подходящей возможностью для



оценки возможной патологии шейки матки. Женщинам старше 25 лет, не проходившим цитологическое исследование шейки матки в течение последних 3 лет, проводится такое тестирование. Если цитологический анализ проводится во время беременности, необходимо сообщить женщине результат теста и соблюдать положения действующих нормативных актов.

- 12) При обращении для прерывания беременности врачу необходимо определить и другие потребности женщин в отношении здоровья, в частности, относящиеся к сфере репродуктивного или социального здоровья (гендерное насилие, торговля людьми, наличие заболеваний, передающихся половым путем, и т. д.), и предложить женщине рекомендации или направление на специализированное лечение/помощь для решения этих проблем.

## **2. Консультирование и информированное решение**

1. Консультирование – это беседа с женщиной, обратившейся с просьбой о прерывании беременности, о ее чувствах и страхах, а также на другие темы, связанные с процедурой аборта, чтобы уменьшить ее беспокойство перед процедурой и предоставить ей необходимую информацию для принятия информированного решения.
2. Принятие пациенткой информированного и свободного решения является основополагающим для процесса прерывания беременности.
3. Каждая женщина, прерывающая беременность, должна быть надлежащим образом проинформирована, чтобы принять информированное решение.
4. Предоставляемая информация должна быть достоверной, объективной, не содержащей персонализированной информации и основанной на научных данных.
5. Беременная женщина вправе выбирать метод прерывания беременности и метод анестезии на основании информации, предоставленной во время консультации.
6. Каждой женщине, прерывающей беременность, должна предоставляться возможность получить добровольную консультацию (если она соглашается на это) по поводу решения о прерывании беременности и связанных с этим чувствах. Убедитесь, что решение о прерывании беременности является добровольным. Добровольное консультирование должно проводиться в условиях уединения и соблюдения конфиденциальности.
7. Предоставляемая информация должна включать:
  - альтернативы прерыванию беременности;
  - поддержка, которую беременные женщины могут получить согласно действующему законодательству;
  - учреждения, которые могут оказать эту поддержку;
  - методы прерывания беременности, возможные риски и преимущества процедуры, в том числе связанные с применяемым видом анестезии;
  - точную информацию о технике процедуры электрической или мануальной вакуум-аспирации или медикаментозного аборта, если женщина выбрала один из этих методов;
  - риски проведения аборта методом дилатации и кюретажа, а общей анестезии;
  - возможные осложнения и последствия;
  - варианты немедленной контрацепции после аборта.
8. Аборт – подходящий момент для консультирования женщины по поводу контрацепции. Перед прерыванием беременности следует провести консультацию по вопросам

- контрацепции. ВМС и имплант – 2 долгосрочных обратимых метода контрацепции, сокращающих число нежелательных беременностей в будущем и лучше всего подходящих для использования женщинами после родов и аборта.
9. Если женщина выбрала метод контрацепции, который невозможно предложить ей в данном учреждении, ее направляют в другое учреждение, где ей могут оказать эту услугу.
  10. Если проблемы и потребности женщины выходят за рамки целей и возможностей консультирования, женщину следует направить к соответствующим службам в сообществе – к психологу, социальному работнику, в полицию и т. д.
  11. Информация предоставляется женщине в уважительной форме, понятным языком, с минимальным использованием специальной терминологии.
  12. Устная консультация должна сопровождаться предоставлением письменных материалов/брошюр/листочков с достоверной и беспристрастно представленной информацией, которую пациентка должна понять и которую она может взять с собой, чтобы прочесть позже.
  13. Каждая женщина, прерывающая беременность, в обязательном порядке должна прочитать и подписать перед выполнением процедуры информированное согласие на процедуру аборта, подтверждая свое согласие с тем, что она понимает суть процедуры и существующие альтернативы, возможные риски, преимущества и осложнения, тот факт, что она свободно приняла решение и готова к прерыванию беременности. Информированное согласие, подписанное пациенткой, прилагается к карточке о прерывании беременности (формуляр № 003-3/е).
  14. Конфиденциальность информации должна соблюдаться всеми поставщиками услуг, участвующими в проведении абортов, с соблюдением всех мер предосторожности.

### **Глава III.**

#### **Хирургический метод прерывания беременности**

##### **1. Общие аспекты**

- 1) Рекомендуемый хирургический метод прерывания беременности в первые 12 недель беременности – электрическая или мануальная вакуум-аспирация.
- 2) **Запрещается продолжать применять** метод дилатации и кюретажа, связанный с более высоким уровнем осложнений (кровотечения, инфекционные осложнения, перфорации и т. д.).
- 3) Подготовка шейки матки к хирургическому аборту полезна и должна в обязательном порядке проводиться пациенткам младше 18 лет, при первой беременности, на сроках беременности более 9 недель или в любой другой ситуации, когда врач предвидит возможные трудности при расширении шейки матки. Для подготовки шейки матки за 2-3 часа до вмешательства применяют 400 мкг мизопростола интравагинально или сублингвально.
- 4) Соблюдайте универсальные стандартные меры для профилактики инфекций и контроля над ними.
- 5) Во время процедуры необходимо соблюдать технику избегания прикосновений: любые инструменты или части инструментов, вводимые в матку, должны быть стерильны. Не допускается, чтобы кончик инструментов касался предметов и поверхностей до того, как они будут введены в шейку матки.

- 6) Шейку матки следует постепенно и осторожно расширять с помощью пластиковых или металлических расширителей.
- 7) Исследование аспирированной ткани невооруженным глазом после аборта является обязательным, так как позволяет выявить все части продукта зачатия и предотвратить осложнения аборта, связанные с задержкой тканей, позволяет заподозрить и провести раннюю диагностику внематочной или молярной беременности.
- 8) Контрольный кюретаж после аспирации **не проводится!**
- 9) Извлеченное содержимое матки может быть отправлено на патологоанатомическое исследование при подозрении на молярную беременность.
- 10) Пациентку необходимо повторно обследовать, если полученная аспирированная ткань (продукт зачатия) является неполной.

## **2. Предоперационная антибиотикопрофилактика**

- 1) При прерывании беременности хирургическим методом пациенткам в обязательном порядке рекомендуются антибиотики в профилактических целях (3,4).
- 2) Рекомендуемые схемы антибиотикопрофилактики:
  - a) Метронидазол 1 г перорально перед процедурой, затем по 500 мг каждые 6 часов, до 3 доз; или
  - b) Доксициклин 100 мг перорально за 60 минут до процедуры и 200 мг через 30 минут после процедуры (8, 11, 12);
  - c) Антибактериальную профилактику не следует продолжать после дня проведения процедуры (8);
  - d) При использовании метронидазола для профилактики он в рутинном порядке не сочетается с приемом антибиотика широкого спектра действия, такого как доксициклин (8);
  - e) Доксициклин по 100 мг два раза в день в течение 7 дней, начиная сразу после аборта, следует назначать пациенткам с повышенным риском хламидиоза (12).
  - f) Группы повышенного риска инфекций, передающихся половым путем, включая хламидиоз, включают (12):
  - g) раннее начало половой жизни;
    - незащищенный секс, частая смена/наличие нескольких половых партнеров;
    - история ЗППП за последний год.

## **3. Обезболивание**

### **3.1 Психологическая поддержка**

Психологическая поддержка, предоставляемая при консультировании до, во время и после процедуры, помогает в существенной мере снизить тревожность, особенно при использовании местной анестезии без седативных средств. Правильно оказанная до/во время и после процедуры психологическая поддержка уменьшает страх и беспокойство женщины, а также болевые ощущения.

### **3.2 Применение малых доз анальгетиков и/или седативных препаратов**

Применение седативных препаратов подразумевает заторможенное состояние сознания, в котором пациентка может реагировать на физические и словесные раздражители, при этом дыхательные рефлексы остаются неизменными.

**Рекомендуется:**

- 1) Ибупрофен 400 мг перорально по 1-2 таблетки за 30-60 минут до операции; и/или

2) Диазепам 5-10 мг перорально за 30-60 минут до операции.

### **3.3 Сравнение общей и местной анестезии**

Прерывание беременности производится только с использованием анестезии.

- 1) Для аборта в первые 12 недель беременности рекомендуется применять местную парацервикальную анестезию с лидокаином, рекомендованную ВОЗ, так как она более безопасна и сопряжена с меньшим риском.
- 2) При применении местной анестезии женщина может объяснить, что она чувствует, тем самым снижается риск перфорации матки, сокращается продолжительность периода восстановления, она может быстрее и без посторонней помощи покинуть клинику, выслушать и получить рекомендации врача.
- 3) При местной анестезии риск аспирации с попаданием посторонних веществ в легкие, когда женщина ест или пьет перед процедурой, значительно ниже.
- 4) Местная анестезия является менее дорогостоящей.
- 5) Общая анестезия не рекомендуется, поскольку сопряжена с повышенным риском кровотечения, перфорации, травм шейки матки и респираторных осложнений из-за системного воздействия анестетиков.
- 6) Общая анестезия, если она выбрана пациенткой, проводится только в стационарных условиях и только после консультации с врачом-анестезиологом.
- 7) Если пациентка выбирает общую анестезию, на протяжении всего периода прерывания беременности она находится под наблюдением анестезиолога, а квалифицированный в области анестезиологии медицинский персонал должен находиться в комнате, где проводится процедура.
- 8) Во время общей анестезии и седации, оксигенация, вентиляция, сердечно-сосудистая функция и температура тела женщины должны постоянно контролироваться (в/в доступ, респираторная поддержка).

### **3.4 Местная анестезия. Парацервикальная блокада**

- 1) Меры предосторожности при парацервикальной блокаде включают анамнез аллергии на местные анестетики и предосторожность, связанную с тем, чтобы не попасть в кровеносный сосуд, при этом следует вытягивать поршень шприца на себя каждый раз, когда вводится игла.
- 2) Используется 0,5–1% лидокаин, 15–20 мл.
- 3) Минимальная токсическая доза лидокаина – 200 мг, ее превышение не допускается.
- 4) Вводится 1-2 мл приготовленного раствора в подслизистый слой на 12 часов, где будут наложены цервикальные щипцы. На анестезируемый участок накладываются щечные щипцы.
- 5) Парацервикальная блокада проводится в месте перехода эпителия шейки матки во влагиальный эпителий, в двух местах – на 4 и 8 часов, продвигаясь примерно на 3 см в направлении внутреннего отверстия шейки матки.
- 6) Для повышения переносимости боли пациенткой:
  - a) при введении иглы женщине советуют кашлять, чтобы сгладить болевые ощущения.
  - b) после проведения блокады необходимо выждать 1-2 минуты перед началом вмешательства.

## **4. Техника электрической или мануальной вакуум-аспирации**

- 1) Определение размеров и положения матки с помощью бимануального исследования.

- 2) Выбор канюли подходящего диаметра (3):
  - а) можно применять канюлю диаметром меньше срока беременности (со дня последней менструации). Например, если у пациентки последняя менструация была 9 недель назад, то диаметр канюли может составлять от 5 до 10 мм;
  - б) можно использовать стандартные гибкие канюли диаметром 6, 7, 8 мм на всех сроках до 10-й недели беременности без использования жестких расширителей.

**Таблица № 1. Выбор размера канюли**

Приблизительный размер матки (недель с ДПМ)	Приблизительный размер канюли
4 – 6 с ДПМ	4-7 мм
7 - 9 с ДПМ	5-10 мм
9 - 12 с ДПМ	8-12 мм
12-14 с ДПМ	10-14 мм

- 3) Установка клапана для визуализации шейки матки.
- 4) Осмотр шейки, чтобы определить, не расширена ли она и нет ли признаков инфекции, травм, разрывов.
- 5) Обработка области шейки матки раствором антисептика.
- 6) Фиксация шейки матки зажимом и осторожное незначительное вытягивание, чтобы выпрямить угол между шейкой матки и телом матки.
- 7) Применение парацервикальной анестезии. Местную анестезию проводит врач акушер-гинеколог.
- 8) Дилатация шейки матки (при необходимости). Дилатация шейки матки необходима, когда степень раскрытия шейки матки не позволяет ввести канюлю, соответствующую размеру матки. Дилатацию осторожно проводят механическими расширителями или канюлями увеличивающегося размера, стараясь избежать травм.
- 9) Осторожное введение канюли через шейку матки в полость матки, пока она не пройдет непосредственно в шейку матки. Осторожное вращение канюли с легким надавливанием часто облегчает ее установку.
- 10) Присоединение подготовленного шприца к канюле, при этом конец канюли придерживают одной рукой, а шприц другой. Следует убедиться, что канюля не продвинулась вперед в матку при прикреплении шприца.
- 11) Медленное проталкивание канюли в полость матки, пока она не коснется дна матки. Затем канюлю слегка оттягивают назад.
- 12) Освобождение клапанов шприца, чтобы создать вакуум через канюлю в матке. Ткани, кровь и пузырьки начнут поступать в шприц через канюлю.
- 13) Эвакуация содержимого полости матки медленными и осторожными движениями канюли вперед и назад в полости матки, одновременно вращая шприц. Важно не отводить открывающую часть канюли далеко от преддверия матки, так как это приведет к тому, что вакуум исчезнет. После возникновения вакуума и введения канюли в матку не берите шприц за рычаги поршня, чтобы убедиться, что рычаги поршня не сдвигаются со своего места. Если поршень случайно проскользнет в шприц, ткань и воздух могут оказаться вытолкнутыми обратно в матку.
- 14) Проверка признаков окончания процедуры. Процедура выполняется намного быстрее, чем кюретаж матки, и считается завершенной при выполнении следующих условий: в канюле видна 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 после исследования ткани.
- 16) Исследование аспирированных тканей.
- 17) Если женщина ранее была проконсультирована и выбрала ВМС в качестве метода контрацепции, устройство можно будет ввести после исследования тканей, когда врач убедится, что аспират содержит весь продукт зачатия.

#### **5. Исследование аспирированных тканей. Действия в случае недостаточности или отсутствия ткани**

- 1) Исследование тканей обязательно, когда пациентка находится на гинекологическом столе в операционной, в случае необходимости требуется повторная аспирация.
- 2) Выпуск содержимого электрического или мануального вакуум-аспиратора через фильтр.
- 3) Промывание содержимого фильтра холодной водой, затем его помещают в прозрачную емкость.
- 4) Оценка содержимого, эвакуированного из матки, проводится невооруженным глазом, перед этим его помещают в воду в прозрачном контейнере. Подсветка внизу облегчает выявление продукта зачатия. Цель исследования тканей – определение наличия плодного мешка на сроке беременности менее 8 недель и наличия всех частей эмбриона через 8 недель.
- 5) Если оцениваемая ткань или продукт зачатия являются неполными, подозревается неполная аспирация, и выполняются следующие этапы медицинской помощи и исследования:
  - a) повторная оценка аспирированной ткани;
  - b) оценка состояния пациентки;
  - c) повторная аспирация;
  - d) проведение ультразвукового исследования при подозрении на неполный аборт или прочие осложнения.
- 6) Если аспират не содержит ожидаемого результата, то есть продукта зачатия (фрагментов трофобласта), следует заподозрить внематочную беременность. Женщине сообщают о симптомах и опасностях внематочной беременности и проводят дополнительное исследование:
  - a) ультразвуковое исследование;
  - b) если полость матки оценивается как пустая, проводится количественное серологическое определение ХГЧ. Количественный серологический тест на ХГЧ проводится сразу после процедуры и через 48 часов после вмешательства. Если наблюдается уменьшение более чем на 50%, повторного обследования на предмет внематочной беременности не требуется;
  - c) если количественный серологический тест на ХГЧ не выявляет каких-либо изменений или указывает на увеличение показателей ниже нормы, оценка состояния пациентки на предмет внематочной беременности и ее окончательное лечение должны быть установлены и задокументированы, или необходимо выполнить и задокументировать направление пациентки в учреждение более высокого уровня медицинской помощи.

- 7) За состоянием женщины необходимо наблюдать до тех пор, пока не будет исключен диагноз внематочной беременности или оформлено соответствующее направление.
- 8) После исследования ткани, оставшиеся после аборта, считаются отходами, обозначенными кодом 18 01 02 в Перечне отходов, утвержденном Постановлением Правительства № 99 от 30.01.2018 г. (Monitorul Oficial № 33-39, ст. 115), их утилизация осуществляется в соответствии с Санитарного регламента по управлению медицинскими отходами, утвержденным Постановлением Правительства № 696 от 11.07.2018 г. (Monitorul Oficial № 295-308, ст. 835).
- 9) Патологические ткани в обязательном порядке исследуются врачом-патологоанатомом, чтобы исключить пузырный занос или хорионэпителиому.

## **6. Меры после хирургической процедуры по прерыванию беременности. Контрацепция**

- 1) Доступность и качество услуг, оказываемых после аборта, является важным компонентом услуг по прерыванию беременности. Наиболее тяжелые осложнения в результате аборта можно выявить в период непосредственно после аборта.
- 2) В период восстановления за состоянием женщины наблюдают врач или медсестра/акушерка, обученная оказанию послеоперационной помощи. Женщина может покинуть лечебное учреждение сразу же, как только почувствует себя хорошо.
- 3) После общей анестезии медицинский персонал службы анестезиологии и интенсивной терапии обеспечивает в период выздоровления наблюдение за пациенткой в течение 2-3 часов.
- 4) При выписке состояние пациентки удовлетворительное, артериальное давление и пульс стабильные, кровотечение и боль уменьшаются в динамике.
- 5) Женщину следует проинформировать о признаках нормального послеабортного периода и симптомах возможных послеоперационных осложнений, а также о восстановлении фертильности в послеабортный период.
- 6) Информация должна включать:
  - a) Признаки нормального восстановления:
    - некоторые маточные спазмы на протяжении следующих нескольких дней, которые можно облегчить нестероидными противовоспалительными препаратами;
    - менструальноподобные кровотечения продолжительностью до 30 дней, интенсивность которых уменьшается в динамике;
    - письменные инструкции по приему любых прописанных препаратов и список медицинских учреждений, в которые можно обратиться, если возникнет необходимость в неотложной медицинской помощи.
  - b) Возвращение на контрольный прием не является обязательным, но пациентка может вернуться в любое время, если у нее возникнут вопросы или ей потребуется что-либо уточнить;
  - c) Информация о личной гигиене и возобновлении половой жизни, восстановлении менструального цикла и планировании семьи:
    - пациентка не должна ничего вводить во влагалище во время и в течение нескольких дней после аборта (растворы для промывания, тампоны);
    - через 4-8 недель снова начнется менструация;
    - фертильность пациентки быстро восстановится после процедуры (через 10-14

дней), поэтому, если в настоящий момент беременность нежелательна, необходимо использовать противозачаточные средства; пациентке рекомендуется воздержаться от сексуальных отношений во время кровотечения.

d) Признаки и симптомы, требующие немедленного обращения за медицинской помощью:

- длительное и/или более обильное кровотечение, чем при менструации (более 2 прокладок за один час на протяжении двух часов подряд);
- сильная или усиливающаяся боль;
- выделения с неприятным запахом;
- повышенная температура тела, озноб;
- обмороки (потеря сознания);
- куда можно обратиться за неотложной медицинской помощью, а также способы связи с медицинским учреждением 24 часа в сутки.

e) После добровольного прерывания беременности пациентке выдаются:

- выписка-направление (формуляр № 027/е) о ходе вмешательства по добровольному прерыванию беременности;
- письменная информация о симптомах ряда послеоперационных осложнений;
- выбранный метод контрацепции (после консультации по планированию семьи): ВМС, комбинированные пероральные контрацептивы, медроксипрогестерон\* и т. д., указывается в Медицинской карточке о добровольном прерывании беременности (формуляр № 003-3/е) с подтверждающей подписью пациентки.

f) Женщину можно пригласить на оценочный прием через 2 недели после добровольного прерывания беременности, однако этот прием не является обязательным.



## Глава IV.

### Прерывание беременности медикаментозным методом

#### 1. Прерывание беременности на сроке до 12 недель аменореи

##### 1.1 Общие аспекты

- 1) Медикаментозный метод является безопасным и эффективным методом прерывания беременности в амбулаторных условиях. Эффективность метода на сроке беременности до 10 недель составляет 94-98%. На сроках беременности 10-12 недель с использованием 2-3 доз мизопростола эффективность медикаментозного метода варьирует в пределах 89-93%. Адекватное консультирование и информация для пациентов повышают безопасность и приемлемость этого метода (1, 6).
- 2) Для прерывания беременности на сроке до 12 недель аменореи медикаментозным методом рекомендуется использование мифепристона в сочетании с простагландинами – мизопростолом.
- 3) Мифепристон и мизопростол можно применять в лечебном учреждении или на дому, в зависимости от решения пациентки и срока беременности, после оценки рисков возможных осложнений.
- 4) Прием мизопростола на дому безопасен в на сроке до 10 недель. На сроке более 10 недель он требует медицинского наблюдения.
- 5) Препараты для проведения медикаментозного аборта (мифепристон и мизопростол) приобретаются в аптеках по рецепту или, в случае их наличия, отпускаются в аптеке медицинского учреждения.
- 6) Медицинские противопоказания к прерыванию беременности медикаментозным методом:
  - a) тяжелая анемия;
  - b) нарушения свертываемости крови;
  - c) длительное лечение глюкокортикостероидами;
  - d) недостаточность надпочечников;
  - e) внутриматочная спираль (требуется ее предварительное удаление);
  - f) диагностированная или подозреваемая внематочная беременность;
  - g) известная аллергия на мифепристон или мизопростол;
  - h) подтвержденные данные о порфирии в семье;
  - i) экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации.
- 7) При медикаментозном аборте рутинное профилактическое назначение антибиотиков не считается необходимым (8,11, 14)
- 8) Медицинское учреждение должно предоставить возможность доступа в экстренных случаях 24 часа в сутки или направить пациентку в случае осложнений для проведения аспирации полости матки.
- 9) Кто может оказывать услуги по проведению медикаментозного аборта, кроме врача-специалиста гинеколога:
  - a) Для обеспечения доступа к медикаментозному аборту в первые 12 недель беременности ВОЗ рекомендует привлекать медицинский персонал и врачей других специальностей. Команда семейного врача (врач и медсестра) может проконсультировать женщину до медикаментозного аборта, а также оказать необходимую поддержку во время него, предоставив ответы, если у женщины возникают вопросы, или поставив диагноз и оформив направление в случае осложнений (1).

- б) Женщины могут сами справиться с проведением некоторых компонентов аборта за пределами медицинского учреждения. Если женщина решила принимать препараты для проведения медикаментозного аборта дома, ей требуется доступ к достоверному источнику информации и поставщику медицинских услуг, который может помочь ей удаленно (1).
- 10) Регистрация абORTов медикаментозным методом является обязательной. Они регистрируются в Медицинской карточке добровольного прерывания беременности (формуляр № 003-3/е).
- 11) Отчетность о прерывании беременности медикаментозным методом осуществляется в соответствии с методом, предусмотренным МЗТСЗ.

## **1.2 Этапы прерывания беременности медикаментозным методом на сроке беременности до 12 недель:**

Срок беременности устанавливается на основании даты первого дня последней менструации. Ультразвуковое исследование может быть рекомендовано для подтверждения и регистрации срока беременности, когда физическое исследование и дата последней менструации не дают достаточной информации или противоречат друг другу, в случае подозрения на внематочную беременность (боли внизу живота и кровянистые выделения после задержки менструации) или если у женщины нерегулярный менструальный цикл, либо если она не помнит, когда у нее была последняя менструация, **или**

- 1) Записывается анамнез пациентки и определяется, подходит ли пациентке этот метод.
- 2) Пациентку консультируют и информируют о следующем:
  - а) эффективность, побочные эффекты и риски метода, в частности, возможность обильного кровотечения, минимальный тератогенный риск мизопростола и тот факт, что в случае неудачи медикаментозного метода ей будет рекомендовано повторить процедуру или прервать беременность с помощью вакуумной аспирации, а если она желает донашивать беременность, она будет направлена на дородовое наблюдение;
  - б) при необходимости обезболивание во время медикаментозного аборта можно проводить с помощью нестероидных противовоспалительных средств (ибупрофен 800 мг, при необходимости повторную дозу принимают через 3 часа);
  - в) порядок применения препаратов;
  - г) симптомы возможных осложнений.
- 3) Консультации по планированию семьи и выбору средств контрацепции предоставляются пациентке в момент приема мифепристона.
- 4) Грудное вскармливание не является противопоказанием для медикаментозного аборта с помощью мифепристона и мизопростола. Мифепристон практически не проникает в грудное молоко, и прекращать кормление грудью после приема 200 мг мифепристона нет необходимости. Мизопростол проникает в молоко в незначительных количествах, а вскармливание следует прекратить на короткое время (до 5 часов). Рекомендуется сцеживать молоко перед процедурой, чтобы иметь возможность накормить ребенка, и не воздерживаться от кормления грудью через 5 часов после приема мизопростола (13). Пациенток необходимо проинформировать о том, что грудное вскармливание можно продолжать непрерывно, не опасаясь побочных эффектов у грудных детей (8).
- 5) Если пациентка выбирает комбинированную пероральную контрацепцию, ее применяют со дня приема мифепристона или мизопростола.

**Таблица № 2**

**Рекомендации по применению препаратов для прерывания беременности медикаментозным методом**

<b>Рекомендация</b>	<b>Доза мифепристона</b>	<b>Доза мизопростола</b>	<b>Интервал между приемами мифепристона и мизопростола</b>
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	

\* На сроках беременности более 21-22 недель ВОЗ рекомендует использовать фетицид для предотвращения рождения живого плода с врожденными дефектами. Внутриамниотическая или внутриутробная инъекция 1 мг дигоксина может быть введена трансабдоминально или трансвагинально и вызвать внутриутробную гибель плода. В этих целях также может

использоваться внутрисердечное введение калия хлорида или лидокаина в предсердие плода (4).

\*\* Существуют данные, свидетельствующие о том, что при медикаментозном прерывании беременности на сроках 13–26 недель риск разрыва матки у женщин, ранее перенесших кесарево сечение, составляет менее 0,3% 1,17; другие исследования пришли к выводу об отсутствии значительных различий в результатах для женщин, ранее перенесших кесарево сечение. Таким образом, FOGO пришел к выводу, что мизопростол можно применять женщинам, перенесшим кесарево сечение или имеющим другие рубцы на стенке матки, на сроке беременности 13–26 недель (7). Недостаточно доказательств, позволяющих рекомендовать схему приема мизопростола на сроке беременности более 26 недель женщинам с рубцом на матке. Дозы мизопростола могут быть уменьшены или увеличены интервалы между приемами препаратов (7).

- б) **На сроке беременности до 9 недель** женщинам рекомендуется перорально принимать одну таблетку, 200 мг мифепристона и не менее чем через 24 часа 2 таблетки, 400 мкг мизопростола сублингвально. Пациентки могут принимать мизопростол дома или в клинике. Согласно результатам исследований, применение мизопростола в домашних условиях безопасно.
- 7) **На сроках от 9 до 12 недель** женщинам рекомендуется перорально принять одну таблетку, 200 мг мифепристона, а минимум через 24 часа – 4 таблетки (800 мкг) мизопростола буккально (по 2 таблетки за каждую щеку). Столь же эффективно вагинальное применение. Если изгнание не произошло, через 4 часа принимают дополнительную дозу 4 таблетки (800 мкг) мизопростола буккально (по 2 таблетки за каждую щеку) (8). Если изгнание не произошло, через 4 часа можно принять и третью дозу 800 мкг мизопростола буккально. На сроках 10 недель и более мизопростол следует применять в амбулаторных медицинских учреждениях, где созданы условия для нахождения пациентки на протяжении 4-12 часов для наблюдения за ее состоянием.
- 8) Наблюдение за состоянием здоровья женщины осуществляется в течение 3 часов. В карточке наблюдения за прерыванием беременности указываются:
- дата и время приема мизопростола;
  - время изгнания продукта зачатия (если оно произошло);
  - наблюдаемые или упомянутые пациенткой побочные эффекты (если таковые отмечались);
  - время ухода домой.
- 9) Для процедуры медикаментозного аборта женщинам предоставляются контактные данные медико-санитарного учреждения, куда они могут обратиться в случае возникновения неотложной ситуации или при необходимости получения дополнительной информации. Женщины также должны быть проинформированы о признаках опасности и необходимости срочно обратиться в медико-санитарные учреждения, а также о необходимости посещения врача во время контрольного визита.
- 10) Женщины, решившие применять мизопростол **в домашних условиях**, должны быть проинструктированы о следующем:
- как принимать таблетки; предполагаемые побочные эффекты;
  - необходимость спланировать отдых на протяжении нескольких часов после приема мизопростола;
  - обезболивание;
  - контактные данные медико-санитарного учреждения, куда можно обратиться в

- случае возникновения экстренных ситуаций или при необходимости получения дополнительной информации;
- признаки опасности и необходимость срочно обратиться в медико-санитарные учреждения;
  - признаки изгнания продукта зачатия;
  - необходимость контрольного визита к врачу.

### 1.3. Установление полного медикаментозного аборта

- 1) Оценка состояния пациентки для установления полного медикаментозного аборта может быть проведена через 7-14 дней после первого посещения, однако личное посещение пациентки для этого не является обязательным.
- 2) Полный аборт можно подтвердить следующим образом:
  - a) спросив женщину по телефону о симптомах;
    - исчезновение признаков беременности;
    - уверенность женщины в том, что она больше не беременна;
    - клинические признаки медикаментозного аборта протекали без отклонений;
    - женщина видела изгнание плодного мешка или эмбриона.
  - b) с помощью гинекологического осмотра во время визита через 7-14 дней после применения мизопростола.
  - c) Ультразвуковое исследование позволяет диагностировать полный аборт или продолжающуюся беременность. При этом измерение толщины эндометрия не является информативным для диагностики неполного аборта, оно может привести к несоответствующему хирургическому вмешательству, поэтому не рекомендуется в рутинном порядке.
  - d) Проведя тест на беременность (через 4 недели после приема препаратов он будет отрицательным).
- 3) Если полный аборт подтвержден, обсуждается, начала ли женщина применять метод контрацепции, если нет – обсуждаются все варианты планирования семьи:
  - a) **внутриматочная спираль (ВМС)** может быть установлена во время оценочного визита, если на этом настаивает пациентка, или после первой менструации;
  - b) **гормональная контрацепция:** КОК, вагинальное кольцо, противозачаточный пластырь можно использовать со дня приема мифепристона;
  - c) мужской презерватив можно использовать в любое время;
  - d) календарный метод можно применять не ранее чем через три менструальных цикла.

### 1.4 Тактика в случае неудавшегося медикаментозного аборта

- 1) Если беременность продолжается и оказалась жизнеспособной (увеличение размера матки на две недели или определяется сердцебиение эмбриона на УЗИ), пациентке предлагается повторить процедуру медикаментозного аборта или добровольное прерывание беременности хирургическим методом мануальной или электрической вакуум-аспирации.
- 2) Если женщина намерена донашивать беременность, ее направляют на дородовой уход с консультацией генетика.
- 3) Если беременность замершая или аборт неполный, пациентка гемодинамически стабильна и не проявляется признаков опасности, пациентке рекомендуются следующие варианты (ВОЗ, 2018):

- принять дополнительно 400 мкг мизопростола сублингвально или 600 мг перорально;
- предлагается мануальная вакуум-аспирация;
- предлагается выбрать выжидательную тактику и подождать еще 7 дней, назначив дополнительный визит.

### **1.5 Медикаментозный аборт посредством телемедицины**

Услуга по дистанционному проведению медикаментозного аборта на дому под руководством поставщика услуг посредством телемедицины является таким же безопасным и эффективным методом, как и услуга, оказываемая лично (5, 9,10).

Медикаментозный аборт посредством телемедицины позволяет безопасно и эффективно провести медикаментозный аборт без ультразвукового исследования или вагинального обследования до аборта, когда пациентке подходит этот способ с медицинской точки зрения, учитывая, что могут существовать значительные препятствия для доступа пациентки к услуге, а в случае эпидемии может увеличиться передача инфекции пациенткам и работникам сферы здравоохранения.

#### **Критерии приемлемости метода для пациентки**

- Беременность подтверждена положительным результатом теста мочи, анализа сыворотки крови или ультразвуковым исследованием.
- Первый день последней менструации был  $\leq 63$  дней до запланированной даты применения метода.
- Женщина уверена в дате последней менструации +/- 1 неделя.
- У женщины нет ни одного из нижеперечисленных симптомов или факторов риска внематочной беременности:
  - вагинальное кровотечение или кровянистые выделения в течение последней недели;
  - боли в одной стороны в области таза или значительная боль с обеих сторон в области таза в течение последней недели;
  - внематочная беременность в анамнезе;
  - перевязка маточных труб или другие операции на маточных трубах;
  - ВМС в полости матки на момент зачатия или в настоящее время.
- Нет ни одного из противопоказаний к медикаментозному аборту:
  - нарушения гемостаза или одновременная антикоагулянтная терапия;
  - хроническая надпочечниковая недостаточность;
  - одновременная системная долгосрочная терапия кортикостероидами;
  - наследственная порфирия;
  - аллергия на мифепристон, мизопростол или прочие простагландины.
- Женщина не высказывает предпочтения по поводу УЗИ, гинекологического исследования или других лабораторных исследований.

#### **Процедура**

Пациентке необходимо следующее:

- Мифепристон 200 мг, 1 таблетка;
- Мизопростол 800 мкг, 4 таблетки (две дозы, 8 таблеток, на сроках более 8 недель);
- Анальгетики (ибупрофен), противорвотные средства;

- Руководство для пациентки на дому и информация, куда она может обратиться в экстренных случаях;
- Тест на беременность.

Пациентки на сроках беременности  $\leq 63$  дней, 9 недель должны принять мифепристон 200 мг перорально с последующим приемом мизопростола 400 мкг сублингвально через 24-48 часов. Если в течение первых 24 часов после приема первой дозы мизопростола не началось кровотечение, пациентки принимают вторую дозу 400 мкг после консультации с врачом.

Руководство по приему препаратов на дому следует обсудить вместе с пациенткой.

### Этапы

- I. После подтверждения беременности с помощью теста или ультразвукового исследования женщина получит консультацию врача-гинеколога или семейного врача посредством видеоконференции.
- II. Затем она получит препараты в аптеке в ее населенном пункте по рецепту, отправленному женщине по телефону или в аптеку.
- III. Оценка состояния пациентки будет проведена спустя 1-2 недели по телефону или по видеоконференции, в ходе которой с помощью анкетных вопросов будет выяснено, завершен ли аборт или же пациентка должна прийти к врачу.
- IV. Через 4 недели женщины повторяют тест на беременность для окончательной оценки полного аборта.

### 2. Прерывание беременности на сроках более 12 недель беременности

- 1) Прерывание беременности на сроках более 12 недель выполняется только в стационарных лечебных учреждениях, медикаментозным методом с применением мифепристона и мизопростола. Эффективность этого метода составляет 92-97%.
- 2) Хирургический метод, рекомендованный ВОЗ, дилатация и эвакуация, разрешается при наличии соответствующего оборудования и медицинского персонала, владеющего техникой этой операции. **Проведение дилатации и кюретажа запрещено!!!**
- 3) Схема приема препаратов для прерывания беременности медикаментозным методом на сроках более 12 недель:
  - пациентка принимает 200 мг мифепристона перорально, в клинике или дома;
  - через 24-48 часов применяется 400 мкг мизопростола вагинально или сублингвально, затем каждые 3 часа применяется по 400 мкг мизопростола перорально или сублингвально до полного изгнания плода и плаценты;
  - интервал между приемом мифепристона и мизопростола не должен составлять менее 24 часов.
- 4) После каждой дозы мизопростола проверяют артериальное давление, температуру, возникновение побочных эффектов и кровотечения.
- 5) При необходимости обезболивающие препараты применяются перорально или парентерально.
- 6) Если изгнание плода не происходит через 12-15 часов после начала применения мизопростола, индукцию прекращают и повторяют на следующий день только с мизопростолом согласно той же схеме:

- каждые 3 часа применяют 400 мкг мизопростола перорально или сублингвально до изгнания плода и плаценты.
- 7) Если продукты зачатия удалены и полностью выявляются при осмотре (включая плаценту), никакие дальнейшие вмешательства, такие как мануальная вакуум-аспирация или кюретаж, не выполняются.
  - 8) Если плод изгнан, но плацента остается в матке через 30 минут после изгнания, женщине дают дополнительно 400 мкг мизопростола перорально, чтобы способствовать выходу плаценты, и ждут еще шесть часов, пока плацента выйдет самостоятельно (при отсутствии кровотечения и других опасных признаков).
  - 9) Если плод или какая-либо часть плаценты остались в шейке матки, проводится осмотр с помощью зеркала, и все продукты из влагалища или шеечного отверстия удаляются.
  - 10) Если продукты задерживаются в матке, их удаляют хирургически, путем дилатации и эвакуации или вакуум-аспирации под местной или общей анестезией.
  - 11) В качестве альтернативы для полного опорожнения матки утеротоники (окситоцин) могут быть предложены в дополнение к мизопростолу.
  - 12) Для прерывания беременности по медицинским показаниям на сроках более 24 недель дозы мизопростола корректируются в соответствии с рекомендациями FIGO (Таблица № 1).

## **Глава V.**

### **Действия в случае осложнений**

- 1) Функциональное оборудование и медикаменты для текущего применения должны быть доступны для оказания неотложной медицинской помощи, и в их число должны входить: система подачи кислорода, инструменты для пероральной оксигенации, утеротонические препараты, в/в кристаллоидные растворы, антагонисты наркотических средств, глюкокортикоиды, эпинефрин и диазепам.
- 2) Должно проводиться постоянное обучение персонала использованию оборудования для оказания срочной помощи, принятию мер в экстренных ситуациях и действиям для экстренной транспортировки.
- 3) Медицинский персонал должен пройти обучение сердечно-легочной реанимации.

#### **1. Кровотечение:**

##### **Предоперационное кровотечение:**

- 1) Одно из самых серьезных осложнений при процедуре прерывания беременности – кровотечение. Немедленное распознавание источника кровотечения может снизить заболеваемость и смертность.
- 2) В случае предоперационного кровотечения следует учитывать возможность внематочной, истмико-цервикальной беременности или выкидыша.

##### **Кровотечение во время операции:**

При избыточном кровотечении врач должен принять меры, чтобы выявить причину кровотечения и остановить кровотечение.

##### **Отсроченное кровотечение:**

- 1) Если у женщины наблюдается избыточное кровотечение (более одной наружной прокладки пропитывается кровью в течение одного часа на протяжении двух или более



часов подряд) после процедуры, она должна находиться под наблюдением в том же учреждении или быть направлена в больницу.

- 2) Чрезмерное кровотечение в предоперационном и послеоперационном периоде обычно связано с гипотонией матки, являющейся результатом неполного опорожнения полости матки. Следует направить усилия на полное опорожнение полости матки, исследование эвакуированных тканей и введение утеротоников.

## **2. Неполный аборт:**

- 1) Неполный аборт может сразу проявиться кровотечением, либо симптомы могут оказаться отложенными и проявиться в виде обильного или стойкого позднего кровотечения, с острой спазмообразной болью в низу живота. Диагноз устанавливают при клиническом обследовании (при бимануальной пальпации матка мягкая по консистенции, увеличена в размерах) и ультразвуковом исследовании.
- 2) Небольшие количества оставшейся ткани могут удалиться спонтанно, не требуя медицинского вмешательства. Большое количество остаточных тканей может вызвать кровотечение и инфекцию. Лечение зависит от общего состояния пациентки, интенсивности кровотечения и варьируется от выжидательной тактики до электрической или мануальной вакуум-аспирации или применения 400 мкг мизопростола сублингвально или 600 мкг перорально и наблюдения за состоянием пациентки в течение 2-3 часов. При отсутствии признаков инфекции прием антибиотиков необязателен. **Антибиотики необходимы при явных признаках инфекции!!!**

## **3. Перфорация:**

- 1) Перфорация матки – осложнение аборта, могущее привести к повышению заболеваемости и смертности.
- 2) Если возникает подозрение на перфорацию матки и канюля введена в полость матки, аспирацию следует немедленно прекратить перед извлечением канюли.
- 3) Подозрение на перфорацию матки – показание к госпитализации женщины в специализированное отделение.
- 4) При подозрении на перфорацию матки рекомендуется такое вмешательство, как лапароскопия для установления диагноза.
- 5) Если возникло подозрение на перфорацию, но у пациентки нет симптомов, женщина должна находиться под наблюдением в стационарных условиях не менее 48 часов.
- 6) Если перфорация произошла в амбулаторных условиях, пациента необходимо перевести в больницу.

## **4. Осложнения после аборта с инфекциями, внесенными при оказании медицинской помощи (ИВОМП), включая инфекции репродуктивного тракта:**

- 1) ИВОМП после аборта может привести к увеличению заболеваемости.
- 2) Подозрение на ИВОМП является показанием к госпитализации женщины в специализированное отделение.
- 3) При любом осложнении, связанном с ИВОМП, требуется:
  - а) внести запись в медицинскую документацию пациентки (консультативную карточку и др.);
  - б) внести запись в Регистр инфекционных заболеваний (ф-р 60/е);
  - в) заполнение Формы срочного уведомления о выявлении случая инфекционного заболевания, интоксикации, пищевой и/или острой профессиональной

- токсикоинфекции, побочной реакции после введения иммунологических препаратов (ф. № 58/е) и
- d) уведомление в Системе электронного надзора за инфекционными заболеваниями и событиями в сфере общественного здравоохранения.

## **Глава VI.**

### **Управление качеством услуг по безопасному прерыванию беременности**

#### **Мониторинг и оценка качества услуг**

- 1) Мониторинг качества предоставления услуг по прерыванию беременности основывается на систематическом сборе статистических показателей, их анализе и периодической оценке на уровне учреждения в соответствии с положениями нормативных актов, регламентирующих деятельность учрежденческой системы менеджмента качества (Совет по качеству), внутренний медицинский аудит и др.
- 2) Мониторинг позволяет осуществлять надзор за процессом оказания медицинской помощи, в том числе мониторинг тенденций, меняющихся со временем. Он поможет менеджерам выявлять и решать проблемы или предвидеть их. Соответствующий мониторинг позволит принимать во внимание мнения поставщиков медицинских услуг, которые могут предоставлять полезные идеи, связанные с повышением качества здравоохранения.
- 3) Процессы и механизмы мониторинга деятельности учреждений включают: изучение листа клинических наблюдений, реестров, контроль над деятельностью персонала, использование рамочных списков, а также проведение внутреннего медицинского аудита или учета показателей материнской смертности. Все эти действия способствуют постоянному повышению качества предоставляемых услуг по проведению аборт.
- 4) Систематический мониторинг основывается на следующих аспектах:
  - a) надзор за консультированием и клинической помощью для оценки качества общения с женщиной на протяжении всего процесса;
  - b) обеспечение постоянного надлежащего снабжения оборудованием и расходными материалами;
  - c) систематический сбор данных и их отправка в вышестоящие учреждения;
  - d) оценка прогресса с целью устранения недостатков, обнаруженных при мониторинге.
- 5) Оценка качества услуг по прерыванию беременности включает регулярный пересмотр услуг и сосредоточена на анализе актуальности, эффективности и влияния оказываемых услуг на основании статистических данных, отражающих специфику услуг по прерыванию беременности, собираемых во время мониторинга для установления того, в какой степени достигаются поставленные цели.
- 6) Оценка также проводится путем опроса медицинского персонала и женщин, что позволяет узнать их мнение об оказанных услугах, доступе к ним, возможных требованиях к услугам (Приложения 4 и 5).
- 7) Оценка включает как количественные, так и качественные инструменты: опросы или беседы с лицами, принимающими решения, менеджерами, членами сообщества, поставщиками услуг и женщинами-бенефициарами услуг, и служит моделью для сравнения при оценке прогресса и качества услуг по прерыванию беременности.

**Медицинские показания  
к добровольному прерыванию беременности**

1. Состояния после хирургического лечения с удалением жизненно важного органа.
2. Заболевания или патологические состояния, угрожающие здоровью и жизни беременной женщины (таблица 3).
3. Редкие заболевания/патологические состояния, угрожающие здоровью и жизни беременной женщины, не включенные в Таблицу 3.
4. Пороки развития плода, тяжелые или несовместимые с жизнью/неизлечимые (Таблица 3).

**Таблица 3. Заболевания или патологические состояния, служащие показаниями для прерывания беременности**

№ п/п	Наименование заболевания. Форма. Тяжесть
<b>Глава I. Инфекционные и паразитарные заболевания.</b>	
<b>1</b>	Туберкулез. Все активные формы. Туберкулез дыхательной системы с бактериологическим и гистологическим подтверждением. Туберкулез нервной системы. Туберкулез других органов *Примечание: Туберкулезный менингит является противопоказанием к прерыванию беременности. Милиарный туберкулез является противопоказанием к прерыванию беременности.
<b>2</b>	Сифилис. Недавно перенесенный сифилис (первичный, вторичный). Поздний сифилис. Другие формы сифилиса, без уточнений.
<b>3</b>	Вирусный гепатит. Тяжелые формы.
<b>4</b>	Краснуха. Первые 3 месяца беременности. После перенесения прочих инфекционных заболеваний в первые 3 месяца беременности вопрос прерывания беременности решается в индивидуальном порядке.
<b>5</b>	Заболевания, вызванные вирусом иммунодефицита человека.
<b>Глава II. Злокачественные опухоли</b>	
<b>Глава III. Заболевания крови, органов кроветворения и некоторые нарушения иммунного механизма.</b> * Любая форма и локализация нижеперечисленных патологий	
<b>1</b>	Медуллярные аплазии
<b>2</b>	Анозалия коагуляции, пурпуры и другие геморрагические заболевания.
<b>Глава IV. Эндокринные заболевания, заболевания, связанные с питанием и обменом веществ (часто рецидивирующие).</b>	
<b>1</b>	Заболевания щитовидной железы. Синдром врожденной тиреоидной недостаточности. Тиреотоксикоз (гипертиреоз).
<b>2</b>	Сахарный диабет (декомпенсированный, средние и тяжелые формы, тяжелая форма) Инсулинозависимый сахарный диабет. Сахарный диабет у обоих супругов.
<b>3</b>	Гипопаратиреоз. Гиперпаратиреоз и другие заболевания паращитовидной железы.

4	Заболевания надпочечников.
5	Классическая фенилкетонурия.
6	Амилоидоз.
<b>Глава V. Психические и поведенческие расстройства *.</b>	
* Получение согласия женщины обязательно, в случае невозможности необходимо получить согласие ее законного представителя	
1	Органические психические расстройства. Органические фазы.
2	Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.
3	Шизофрения, шизотипические расстройства, бредовые расстройства.
4	Аффективные расстройства.
5	Специфические расстройства личности.
6	Умственная отсталость
7	Алкоголизм
8	Наркомания
<b>Глава VI. Заболевания нервной системы.</b>	
1	Воспалительные заболевания центральной нервной системы. * Тяжелые случаи
2	Бактериальный менингит. Менингит при бактериальных заболеваниях, классифицированных в других локализациях. Менингит при других инфекционных и паразитарных заболеваниях, классифицированных в других локализациях. Менингит, вызванный прочими и неуточненными причинами
3	Энцефалит, миелит и энцефаломиелит. Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при заболеваниях, классифицированных в других локализациях.
4	Цистицеркоз.
5	Первичные системные атрофии, в основном поражающие центральную нервную систему. Хорея Гентингтона
6	Наследственная атаксия. Спинальная амиотрофия и родственные синдромы
7	Системные дегенеративные заболевания, поражающие преимущественно центральную нервную систему, при заболеваниях, классифицированных в других локализациях. Прочие дегенеративные нарушения нервной системы.
8	Экстрапирамидные синдромы и двигательные нарушения. (Все формы) Болезнь Паркинсона. Вторичный синдром Паркинсона Прочие дегенеративные заболевания серых центральных ядер.
9	Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы. Эпизодические и судорожные расстройства.
10	Полиневриты и другие нарушения нервной системы Наследственная и идиопатическая невропатия. Мышечные и нервно-мышечные расстройства. Церебральные параличи и прочие паралитические синдромы.
<b>Глава VII. Заболевания глаза и его элементов.</b>	
1	Заболевания склеры, роговицы, радужки и цилиарных тел. Кератит
2	Рубцы и дефекты роговицы
3	Поражения орбиты и сетчатки. Хориоретинит.
4	Отслойка и разрыв сетчатки
5	Глаукома

6	Заболевания зрительного нерва и тракта. Неврит зрительного нерва. Прочие расстройства зрительного нерва и тракта.
7	Поражения нерва и зрительного тракта при заболеваниях, классифицированных в других локализациях Нарушения зрения и слепота (на оба глаза менее 0,05).
<b>Глава VIII. Заболевания уха и сосцевидных отростков.</b>	
1	Заболевания внутреннего уха
2	Отосклероз
3	Нарушения вестибулярной функции
<b>Глава IX. Заболевания системы кровообращения.</b>	
1	Острый ревматоидный артрит. Хроническая ревматическая кардиопатия. Ревматические заболевания митрального клапана. Ревматические заболевания аортального клапана. Ревматические заболевания трехстворчатого клапана.
2	Множественные заболевания клапанов
3	Гипертоническая болезнь (почечная гипертензия)
4	Ишемическая болезнь сердца
5	Легочно-сердечная недостаточность и болезни легочных сосудов. II- III стадии. Прочие формы кардиопатии.
6	Острый перикардит. Прочие заболевания перикарда
7	Острый миокардит. Миокардит при заболеваниях, классифицированных в других локализациях.
8	Атриовентрикулярная блокада и блокада левой ножки пучка Гиса. Прочие расстройства проведения.
9	Остановка сердца
10	Пароксизмальная тахикардия. Мерцание и трепетание предсердий.
11	Сердечная недостаточность Аневризма и расслоение аорты. Эмболия и артериальный тромбоз. Прочие заболевания артерий и артериол.
<b>Глава X. Заболевания дыхательного аппарата.</b>	
1	Респираторный дистресс-синдром взрослых. Дыхательная недостаточность, не классифицированная в других рубриках.
<b>Глава XI. Заболевания пищеварительной системы.</b>	
* Со стенозом и кровотечением с диастазом брюшной стенки	
1	Язва желудка. Язва двенадцатиперстной кишки. Язвенная болезнь неуточненной локализации. Язва желудочно-кишечного тракта
2	Грыжа брюшной стенки. Диафрагмальная грыжа. Прочие грыжи живота. (Тяжелые формы)
3	Язвенный колит. Прочие неинфекционные гастроэнтериты и колиты.
4	Алкогольная болезнь печени. Токсическое заболевание печени. Печеночная недостаточность. Хронический гепатит
5	Фиброз и цирроз печени
6	Желчнокаменная болезнь
7	Острый панкреатит
8	Кишечная мальабсорбция
<b>Глава XIII. Заболевания кожи и подкожной клетчатки.</b>	
1	Пемфигус. Пемфигоид

<b>Глава XIII. Заболевания костно-суставной системы, мышц и соединительной ткани.</b>	
<b>1</b>	Инфекционные артропатии. Воспалительные полиартропатии.
<b>2</b>	Серопозитивный ревматоидный артрит. Другие ревматоидные артриты.
<b>3</b>	Распространенные заболевания соединительной ткани.
<b>4</b>	Анкилозирующий спондилоартрит. Остеопатии и хондропатии.
<b>Глава XIV. Заболевания мочеполовой системы.</b>	
<b>1</b>	Гломерулопатии. С почечной недостаточностью.
<b>2</b>	Тубулоинтерстициальные заболевания почек..
<b>3</b>	Почечная недостаточность.
<b>4</b>	Свищи половых путей у беременных женщин.
<b>Глава XV. Беременность, роды, послеродовой период.</b>	
<b>1</b>	Пузырный занос
<b>2</b>	Гестационная гипертензия со значительной протеинурией.
<b>3</b>	Неконтролируемая рвота во время беременности.
<b>Глава XVI. Врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии.</b>	
<b>1.</b>	Наследственные заболевания
<b>2.</b>	Рождение детей с такой же аномалией
<b>3.</b>	Наличие у ребенка в семье наследственного заболевания

**Социальные показания  
к добровольному прерыванию беременности  
до конца 21-й недели беременности**

1. Возраст беременной женщины до 18 лет и старше 40 лет;
2. Беременность, наступившая в результате изнасилования, инцеста или торговли людьми;
3. Расторжение брака во время беременности;
4. Смерть супруга во время беременности;
5. Лишение свободы или лишение родительских прав одного или обоих супругов;
6. Беременные женщины, находящиеся в процессе миграции;
7. Беременные женщины с 5 и более детьми;
8. Беременные женщины, ухаживающие за:
  - 1) ребенком до 2 лет;
  - 2) одним или несколькими членами семьи с тяжелой степенью инвалидности, нуждающимися в уходе, согласно заключению Врачебной экспертизы жизнеспособности.
9. Совокупность минимум 2 обстоятельств: отсутствие места жительства, отсутствие финансовых средств к существованию, злоупотребление алкоголем и/или наркотиками, проявление семейного насилия, бродяжничество.

### **Информированное согласие на электрическую или мануальную вакуум-аспирацию**

**Вакуум-аспирация** – вмешательство, при котором содержимое полости матки удаляется через специальную канюлю при использовании отрицательного давления, создаваемого электрическим аспиратором или мануальным источником вакуума. Канюля мягкая, гибкая, не касается стенок матки, благодаря чему вакуум-аспирация менее травматична.

#### **Преимущества электрической или мануальной вакуум-аспирации:**

- Применение этого метода существенно снижает травмы шейки матки и эндометрия:
  - на сроке беременности до 7 недель канюлю можно вводить в матку без дилатации шейки матки;
  - контрольный кюретаж полости матки не требуется.
- Немедленное исследование полученного аспирата позволяет подтвердить полную эвакуацию содержимого полости матки.
- Вмешательство длится намного меньше, чем кюретаж, и может выполняться под местной анестезией.
- Многочисленные научные исследования доказывают, что количество тяжелых осложнений и случаев бесплодия при вакуум-аспирации значительно меньше, чем при кюретаже.

Вам следует знать, что при всех хирургических, медицинских и диагностических вмешательствах существует определенный риск инфицирования, нарушения свертываемости крови, кровотечения, шока, аллергических реакций и даже смерти.

#### **Риски электрической или мануальной вакуум-аспирации:**

- Кровотечение, из-за которого может потребоваться дилатация и кюретаж для удаления сгустков крови или остатков тканей из полости матки.
- Неполный аборт или продолжающаяся беременность, из-за которых может потребоваться дополнительное вмешательство.
- Инфекция матки, маточных труб и яичников
- Бесплодие или невозможность рожать
- Стеноз шейки матки, требующий повторной дилатации
- Невозможность восстановить менструальный цикл
- Формирование внутриматочной рубцовой ткани.
- Перфорация матки с повреждением матки, яичников, других соседних органов, при которой может потребоваться вмешательство в брюшной полости и операция по восстановлению кишечника, мочевого пузыря, матки или кровеносных сосудов или гистерэктомия (удаление матки)
- Смерть в результате осложнений после анестезии или вмешательства по прерыванию беременности.

*Однако эти осложнения встречаются чрезвычайно редко при электрической или мануальной вакуум-аспирации.*

- **Анестезия** сопряжена с дополнительными рисками и опасностями, но применение обезболивающих средств необходимо для облегчения и защиты от болевых ощущений



при плановых и дополнительных вмешательствах. Во время вмешательства может потребоваться изменение анестезии без объяснения причин, и при применении любого анестетика могут возникнуть проблемы с дыханием, реакции на препараты, паралич, повреждение головного мозга и даже смерть, однако такие осложнения возникают **чрезвычайно редко** и более характерны для **общей анестезии**.

**В зависимости от вашего выбора применяется общая или местная анестезия.**

**Преимущества местной анестезии:**

- Вы общаетесь с врачом, можете выражать эмоции;
- В случае осложнений диагноз ставится немедленно, что при общей анестезии затруднительно;
- Вы избавлены от рисков общей анестезии;
- Кровотечение во время вмешательства меньше;
- После вмешательства вы находитесь в сознании, вам не требуется время, чтобы прийти в нормальное состояние и избавиться от сонливости, возникающей после общей анестезии.

При применении местной анестезии во время такого вмешательства, как электрическая или мануальная вакуум-аспирация, вы будете ощущать прикосновения, но не будете испытывать боль. Ощущение умеренной боли внизу живота (сравнимой с той, что возникает при болезненной менструации) большей или меньшей интенсивности может сохраняться, но такие спазмы вполне выносимы, тем более что вмешательство кратковременно.

Получив информацию о рисках и преимуществах местной или общей анестезии, я выбираю:

Местную анестезию

Общую анестезию

Вам следует знать, что в течение нескольких недель после аборта у вас сохраняются такие же шансы забеременеть, как и после обычной менструации. По этой причине **посоветоваться с врачом и выбрать метод контрацепции необходимо прямо сейчас.**

Приняв твердое решение о прерывании беременности, обращаясь с просьбой о прерывании беременности и читая настоящий формуляр, я принимаю на себя ответственность за результат этого вмешательства совместно с врачами и персоналом, предоставляющими эти услуги, и не буду предъявлять каких бы то ни было претензий в случае перечисленных осложнений.

Фамилия, имя пациентки \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

**Подтверждение поставщика услуг**

Я подтверждаю, что полностью объяснил (а) цель и характер исследований, а также сопряженный риск.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

**Информированное согласие  
на медикаментозный аборт**

Медикаментозный аборт – способ прерывания беременности с помощью принимаемых перорально таблеток. Я понимаю, что другой вариант аборта для меня – хирургический аборт.

Я понимаю, что, если я выберу этот метод, я приму 200 мг мифепристона (1 таблетку) внутрь. Я понимаю, что мне надо будет принять 400 мкг мизопростола (2 или 4 таблетки) сублингвально (положив их под язык) или буккально в течение 20 минут через 24 часа, на дому. Я понимаю, что мне потребуется связаться с поставщиком услуг через неделю, чтобы оценить успешность аборта. Я также могу связаться с ним или посетить клинику в любое время, если у меня возникнут какие-либо вопросы или причины для беспокойства. Я понимаю, что могу обратиться с просьбой выполнить хирургический аборт и воспользоваться этой услугой в любое время в медицинском учреждении.

Я понимаю, что у некоторых женщин могут наблюдаться побочные эффекты при применении режима медикаментозного аборта. У меня могут начаться тошнота, рвота или диарея. Я понимаю, что у меня, вероятно, начнутся боли в животе или спазмы в животе и кровотечение. Кровотечение может быть сильнее, чем у меня обычно бывает при менструации. Я понимаю, что все эти побочные эффекты временные, проходят сами собой, не требуя какого-либо вмешательства. Я понимаю, какие признаки и симптомы требуют немедленного обращения к врачу:

- кровотечение, более длительное и/или обильное, чем менструальное (более 2 прокладок за один час в течение двух часов подряд);
- сильная или усиливающаяся боль;
- обмороки (потеря сознания);
- выделения с неприятным запахом, повышение температуры тела более чем на 4 часа после приема мизопростола, озноб, сильные боли в низу живота.

Я понимаю, что попытка провести аборт медикаментозным методом может оказаться неудачной. Мне сообщили, что это происходит в 2-8% случаев.

Существуют некоторые сведения об аномалиях развития плода у беременных женщин, которые принимали мизопростол и затем решивших донашивать беременность. Поэтому, если лечение не принесет ожидаемых результатов, я понимаю, что могу пройти повторный курс лечения или согласиться на хирургический аборт. Если я решу донашивать беременность, я понимаю, что могу воспользоваться стандартным дородовым уходом, предлагающимся в стране. Я понимаю, что у меня может произойти неполный аборт (что случается в 2-3% случаев). В этом случае я могу выбрать тактику выжидания, дополнительно применять мизопростол или согласиться на хирургическую эвакуацию содержимого полости матки.

Я понимаю, что сведения об этом аборте останутся конфиденциальными.

Если у меня возникнет потребность в неотложной медицинской помощи в результате перенесенного вмешательства по прерыванию беременности или появятся какие-либо поводы для беспокойства в связи с исследованием, я могу обратиться к доктору \_\_\_\_\_ по номеру телефона \_\_\_\_\_.

Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь на медикаментозный аборт. Я ознакомилась с информацией в этом формуляре информированного согласия и понимаю ее. Я получила ответы на все мои вопросы, а также имя и номер телефона, по которому я могу позвонить в случае необходимости.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подтверждение поставщика услуг. Я подтверждаю, что полностью объяснил (а) цель и характер исследований, а также сопряженный риск.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Минимально необходимые оборудование и расходные материалы  
для учреждений, в которых проводится электрическая или мануальная вакуум-  
аспирация**

Государственные или частные медико-санитарные учреждения, уполномоченные оказывать услуги по прерыванию беременности на сроке первых 12 недель, должны отвести для этой цели отдельные помещения: небольшую операционную с предоперационной комнатой и отдельным входом, а также палату с кроватями или креслами для восстановления пациенток после процедуры по прерыванию беременности в соответствии с Санитарным регламентом о гигиенических правилах для медико-санитарных учреждений, утвержденными Постановлением Правительства № 663 от 23.07.2010 г. (Monitorul Oficial № 131-134, ст. 746).

Перед тем, как начать процедуру электрической или мануальной вакуум-аспирации, убедитесь, что следующее оборудование и расходные материалы имеются в операционной и находятся в рабочем состоянии:

**Оборудование:**

- 1) Стол для гинекологического осмотра.
- 2) Источник яркого света (лампа).
- 3) Стул для врача.
- 4) Рабочий стол, стерильный.
- 5) Шкаф для медикаментов
- 6) Бактерицидная лампа
- 7) Оборудование/расходные материалы для очистки/дезинфекции/упаковки и стерилизации медицинских инструментов и мягких материалов или оказания соответствующих услуг

**Наборы стерильных инструментов:**

- 1) Вагинальные клапаны.
- 2) Шеечные щипцы.
- 3) Щипцы для тампонов (щипцы с отверстиями).
- 4) Механические расширители (Хегара, или конические типа Пратта или Деннистона).
- 5) Осмотические расширители, если есть (типа Dialapam, Lamicel).
- 6) Пластиковые канюли Кармана или Easy Grip, разных размеров.

**Расходные материалы:**

- 1) Стерильные перчатки
- 2) Средства индивидуальной защиты (хирургический костюм, халат, одноразовый фартук, перчатки, экран, моющиеся бахилы)
- 3) Расходные материалы, требующиеся для раздельного сбора каждого вида производимых отходов.
- 4) Моющие средства, биоцидные продукты и средства для дезинфекции инструментов/оборудования/поверхностей и рук, зарегистрированные в Республике Молдова
- 5) Оборудование/расходные материалы для гигиены рук (дозаторы для жидкого мыла,

- антисептик для рук, держатель для одноразовых салфеток, одноразовые салфетки)
- 6) Вата, марля.
  - 7) Антисептический раствор (предпочтительно бесспиртовой).
  - 8) Шприц 10 мл и спинальная игла размера 22 для парацервикальной блокады (необязательно).
  - 9) Приспособления для текущей и общей уборки помещений.

**Для электрической или мануальной вакуум-аспирации:**

- 1) Электрический аспиратор или шприц для мануальной вакуум-аспирации.
- 2) Адаптеры (для гибких канюль Кармана).
- 3) Гибкие пластиковые канюли Кармана Iras или полужесткие Easy Grip.
- 4) Силикон для смазки шприцев.

**Для осмотра тканей:**

- 1) Фильтрующее устройство (металлическое, пластиковое или марлевое).
- 2) Прозрачная емкость.
- 3) Источник света.
- 4) Фиксирующий раствор.
- 5) Емкость, соответствующая требованиям патологоанатомической лаборатории.

**Для экстренной реанимации:**

- 1) Оборудование и жидкости для в/в вливаний.
- 2) Мешок Амбу с кислородом.
- 3) Воздуховод (кислород)

**Медикаменты:**

- 1) Для обезболивания (ибупрофен 400 мг).
- 2) Анксиолитики (например, диазепам).
- 3) Анестетики (лидокаин 0,5 – 1%).
- 4) Препараты для преабортной антибиотикопрофилактики.
- 5) Утеротоники.
- 6) В экстренных случаях (атропин, норэпинефрин, диазепам, глюкокортикоиды).
- 7) Для облегчения дилатации шейки матки мизопростол 200 мкг.
- 8) В/в растворы (физиологический раствор, Рингер-лактат).
- 9) Комбинированные оральные контрацептивы, Медроксипрогестерон\*, Левоплант, ВМС, презервативы (для бесплатной выдачи пациентке по ее выбору при выписке из медицинского учреждения)

\* Медикаментозный продукт не включен в Государственный перечень лекарственных средств, но рекомендован международными руководствами, основанными на доказательствах.

**Руководство пациентки  
по прерыванию беременности медикаментозным методом**

После приема мизопростола у вас могут возникнуть спазмы, тошнота, рвота, диарея, кровянистые выделения менструального типа, повышение температуры тела до 38 градусов в течение 4 часов.

Вам нужно запланировать возможность находиться в покое несколько часов.

В случае болезненных ощущений можно применять ибупрофен 400 мг, приняв повторную дозу через 3 часа.

**Следует немедленно связаться с врачом, если:**

1. возникли сильные боли в животе, не ослабевающие после приема ибупрофена;
2. у вас поднялась температура выше 38<sup>0</sup>С, держится более 24 часов, начался озноб (дрожь);
3. у вас слишком обильное кровотечение – выходят большие сгустки крови или вы расходуете более 2 прокладок в час, и это длится на протяжении 2 часов подряд;
4. после приема мизопростола в течение 24 часов у вас так и не началось кровотечение;
5. появились гнойные или неприятно пахнущие выделения из влагалища;
6. вы испытываете сильную слабость, вы потеряли сознание (упали в обморок), у вас затрудненное дыхание;
7. менструация не наступила через 4-8 недель после процедуры.

Прием мифепристона: дата \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_

Прием мизопростола: дата \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_

Повторное запланированное посещение: дата \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_

**Предписания**

Антибиотики: \_\_\_\_\_

Контрацепция: \_\_\_\_\_

Обезболивание: \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_ Тел. \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**После аборта: что необходимо знать пациентке**

1. После прерывания беременности на протяжении 2–3 недель ощущаются спазмообразные боли в низу живота и незначительное кровотечение – это нормально.
2. Большинство женщин могут практически возобновить обычную деятельность.
3. Вы можете забеременеть сразу после аборта, даже если менструальный цикл еще не возобновился. По этой причине очень важно применять эффективный метод контрацепции.

**Руководство пациентки  
после прерывания беременности методом  
электрической или мануальной вакуум-  
аспирации**

**Что следует знать пациентке**

1. После прерывания беременности на протяжении 2 недель ощущаются спазмообразные боли в низу живота и незначительное кровотечение – это нормально.
2. Большинство женщин обычно могут возобновить обычную деятельность практически сразу после аспирации.
3. Вы можете забеременеть сразу после аборта, даже если менструальный цикл еще не возобновился. По этой причине очень важно применять эффективный метод контрацепции.
4. Вы можете вернуться к врачу на плановый осмотр через 2-3 недели после аборта, однако это посещение не обязательно.
5. Осложнением аборта может стать инфекция.

**Следует немедленно обратиться к врачу, если:**

- a. возникли сильные боли в животе;
- b. у вас температура выше 38<sup>0</sup>С, озноб (дрожь);
- c. у вас слишком обильное кровотечение – выходят большие сгустки крови или вы расходуете более 2 прокладок в час, и это длится на протяжении 2 часов подряд;
- d. появились гнойные или неприятно пахнущие выделения из влагалища;
- e. вы испытываете сильную слабость, вы потеряли сознание (упали в обморок), у вас затрудненное дыхание;
- f. менструация не наступила через 4-8 недель после процедуры.

**Дата проведения процедуры:**

**Метод:**

**Предписания**

Антибиотики: \_\_\_\_\_

Контрацепция: \_\_\_\_\_

Обезболивание: \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_ Тел. \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**Анкета по оценке степени удовлетворенности пациенток качеством услуг  
по прерыванию беременности**  
(Анкета для анонимного опроса)

1. До процедуры медперсонал проинформировал вас о сути и этапах процедуры прерывания беременности?  
Да Нет Не помню (нужное подчеркнуть)
  
2. Была ли вам предоставлена информация о послеабортном периоде и признаках возможных осложнений (например, что делать при болях в животе, повышенной температуре тела или сильном кровотечении; упомянули ли о необходимости избегать сексуальных контактов до остановки кровотечения)?  
Да Нет Не помню (нужное подчеркнуть)
  
3. Присутствовали ли другие лица во время консультации или процедуры?  
Да Нет Не помню (нужное подчеркнуть)
  
4. Обсуждали ли вы с персоналом методы контрацепции после аборта?  
Да Нет Не помню (нужное подчеркнуть)
  
5. На ваш взгляд, с момента обращения в клинику до выполнения процедуры прошло слишком много времени?  
Да Нет Не помню (нужное подчеркнуть)
  
6. На ваш взгляд, приемлема ли стоимость этой процедуры?  
Да Нет Не помню (нужное подчеркнуть)
  
7. Если вам понадобится еще раз прервать беременность, вернетесь ли вы в это лечебное учреждение или предпочтете другое? Вы порекомендовали бы учреждение и процедуру подругам?  
Да Нет Еще не решила (нужное подчеркнуть)

**Комментарии:**

---

---

**Благодарим за сотрудничество.**



**КРАТКИЙ ПЕРЕЧЕНЬ**  
**требований к МСУ, предоставляющему услуги по прерыванию беременности в безопасных условиях**

<b>ОБЩИЕ:</b>
Свободный доступ (без направления)
Врачи, прошедшие подготовку по проведению электрической или мануальной вакуум-аспирации и медикаментозного аборта
Медицинский персонал среднего звена, обученный консультированию по вопросам электрической или мануальной вакуум-аспирации и медикаментозного аборта
Медицинская карточка о прерывании беременности
Наличие местных стандартов и протоколов: По профилактике и контролю инфекций Обеспечению противозачаточными средствами Рациональному применению антибиотиков (Stewardship Programme) Применению анестезии Процедуре прерывания беременности
Круглосуточная телефонная связь
Возможность предложить все методы анестезии
Аварийная служба
Доступность теста на беременность
Возможность проведения ультразвукового исследования
Лабораторное оборудование (группа, резус, цитологический мазок)
Информационные материалы, предоставляемые в распоряжение пациенток
<b>КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ:</b>
Проводится в изолированном помещении
Обсуждение решения
Обсуждение рисков
Презентация методов прерывания беременности и выбор подходящего способа
Описание техники
Обсуждение и выбор метода анестезии
Обсуждение необходимости применения методов контрацепции
Информированное согласие
Интервал между консультацией и процедурой составляет менее одного часа
<b>ПРОФИЛАКТИКА И КОНТРОЛЬ ИНФЕКЦИЙ:</b>
Гигиеническое и хирургическое мытье рук каждый согласно 5 правилам ВОЗ
Постоянное ношение медицинским персоналом средств индивидуальной защиты в соответствии с оцениваемым риском
Гигиена больничной среды в соответствии с рабочими процедурами в учреждении (кресло, стол и комната после каждой пациентки обрабатываются)
Техника бесконтактного обращения со стерильными инструментами, соблюдаемая во время аборта
Обеззараживание, стерилизация, упаковка инструментов (клапан, дилататоры, насосные емкости, шприц, канюли), их хранение и использование в соответствии с рабочими процедурами учреждения
Раздельный сбор различных категорий образующихся отходов непосредственно у источника, упаковка, маркировка, хранение, транспортировка, обработка в соответствии с действующими протоколами учреждения
<b>ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АБОРТА:</b>
Палата для восстановления после процедуры
Оценка жизненно важных показателей организма не менее одного раза
Предоставление письменных инструкций
Обсуждение нормального послеабортного периода
Обсуждение признаков возможных осложнений

Консультация по поводу контрацепции
Доступность противозачаточных средств
Предоставление круглосуточно действующего телефонного номера
Планирование контрольного визита

### **Обработка инструментов для мануальной вакуумной аспирации**

#### **Описание аспираторов**

Существуют две модели аспираторов:

- ▶ Iras MVA Plus
- ▶ одноклапанный аспиратор.

Каждый аспиратор состоит из цилиндра, поршня и клапанов. Большинство аспираторов поступают чистыми, нестерильными.

Гибкие канюли Кармана, к которым требуются адаптеры

Канюли Easy Grip, полужесткие

#### **Обработка инструментов**

**ВНИМАНИЕ!** Подверженность риску: прикосновение к незагрязненным инструментам руками без перчаток. Используйте перчатки!

Аспираторы Iras MVA Plus и одноклапанные аспираторы являются инструментами многократного использования. Эти инструменты после каждого использования/процедуры нуждаются в очистке и дезинфекции для удаления возможных инфекций, а перед использованием должны стерилизоваться в автоклаве или химический путем. При отсутствии возможности проведения стерилизации обеспечивается как минимум высококачественная дезинфекция.

Канюлю Iras EasyGrip можно повторно использовать после очистки, дезинфекции и стерилизации.

Гибкая канюля Кармана и канюля 3 мм предназначены для одноразового использования.

После использования они считаются инфекционными отходами (18 01 03\*).

**ВНИМАНИЕ!** Методы обработки, не упомянутые в настоящей инструкции, могут привести к повреждению и/или обесцвечиванию устройства.

#### **I. Замачивание в дезинфицирующем растворе**

После процедуры аспирации канюли Iras EasyGrip и многократные адаптеры необходимо поместить в специально предназначенный для этой цели сосуд с раствором для очищения (например, 0,5%-ный раствор хлорамина). Если устройства высохнут, все загрязнения удалить будет сложно.

#### **II. Очистка**

Перед очисткой и дальнейшей обработкой аспираторы следует разобрать. При этом также следует снять уплотнительное кольцо с поршня. С гибких канюль Кармана следует снять съемные адаптеры и тщательно промыть все поверхности теплой водой с моющим средством. Лучше применять моющее средство, чем мыло, так как мыло может остаться на инструментах.

**ВНИМАНИЕ!** Не используйте острые предметы для очистки деталей или снятия кольца. При этом вы можете повредить устройство, и оно перестанет создавать вакуум.

### III. Дезинфекция и стерилизация

После очистки аспираторы Iras MVA Plus или одноклапанные аспираторы, канюли Iras EasyGrip, адаптеры (если они используются) должны дезинфицироваться с использованием зарегистрированных в Республике Молдова биоцидных средств/медицинских устройств с вирулицидным действием в соответствии с инструкциями по применению от производителя. После дезинфекции проводятся ополаскивание, сушка, упаковка и полноценная стерилизация/дезинфекция.

**ВНИМАНИЕ!** Важно соблюдать инструкции для правильной обработки инструментов, а также во избежание их повреждения.

#### *Варианты стерилизации*

► Для аспираторов Iras MVA Plus, канюли Iras EasyGrip и адаптеров: не помещайте в автоклав одноклапанный аспиратор!

Стерилизация паром в паровом автоклаве при температурном режиме 121 ° C (250 ° F), давлении 1,1 атм, 45 минут. Поместите разобранный аспиратор Iras MVA Plus на ткань, крафт-бумагу или другую упаковку, пригодную для автоклавирования с химическим индикатором. Следует обработать паром все поверхности. Детали не должны касаться друг друга и размещаются таким образом, чтобы отверстия не были заблокированы, вода должна свободно протекать сквозь них. Канюли Iras EasyGrip, особенно маленькие, можно разрушить, если поместить их в автоклав. Чтобы уменьшить риск их повреждения, заверните каждую из них в бумагу, ткань или другую упаковку, пригодную для автоклава, с химическими индикаторами, подходящими для режима стерилизации, и расположите их вдоль стенки автоклава или на его дно. Убедитесь, что другие предметы расположены таким образом, что соседство с ними не повлечет за собой изгибания канюли.

#### Возможности высококачественной дезинфекции

► Для адаптеров Iras MVA Plus, канюли Iras EasyGrip:

(Не используйте Sprogox для обработки одноклапанных аспираторов).

Полностью погрузите разобранные детали в Sprogox II на 6 часов. Залейте раствор в соответствии с инструкциями производителя или быстрее, в зависимости от результатов теста Sprogox в пробирках.

► (Для всех устройств, предназначенных для многократного применения).

Полностью погрузите разобранные детали в 2%-ный раствор глутарового альдегида (продукты с этикеткой от производителя и зарегистрированные в Республике Молдова для высококачественной дезинфекции). Для 2%-ного раствора глутаральдегида время составляет 10 часов, либо исходите из того, какое время указано в инструкциях производителя. Предметы должны быть полностью погружены в жидкость. Удалите раствор в соответствии с рекомендациями производителя или быстрее, если раствор выглядит мутным.

!!! После высококачественной дезинфекции все инструменты необходимо тщательно промыть дезинфицирующими химическими веществами в стерильной воде.

► Химические вещества опасны, при обработке инструментов соблюдайте необходимые меры предосторожности. Для безопасного использования ознакомьтесь с инструкциями производителя по технике безопасности.

Соберите аспиратор, соблюдая правила асептики.

1. В Iras MVA Plus введите корпус шприца на его место внутри клапана, чтобы внутренние выступы совпадали друг с другом. Закройте клапаны до щелчка. Присоедините колпачок к концу клапана.

2. Протолкните цилиндр в основание клапана. Не поворачивайте цилиндр в клапане во время сборки, так как это может привести к смещению гильзы и вывести устройство из строя.

4. Наденьте каучуковое кольцо на поршень и смажьте его, нанеся стерилизованную каплю силикона на кольцо для правильной работы. Силиконовая смазка (нестерильная) должна быть предоставлена.

#### Хранение инструментов

Инструменты, стерилизованные в автоклаве, хранятся в стерилизационной упаковке с соблюдением сроков годности. Инструменты, прошедшие высококачественную дезинфекцию, после ополаскивания должны быть просушены при комнатной температуре в контейнере/устройстве в чистой и сухой среде, без загрязнений, среде, где требуемый уровень стерильности соответствует правилам. Если такое хранение обеспечить невозможно, повторите полноценную дезинфекцию и промывание перед следующим использованием.

**Список рабочей группы,  
ответственной за пересмотр Стандартов прерывания беременности в  
безопасных условиях:**

<b>Фамилия, имя</b>	<b>Должность, учреждение</b>
Родика Комендант	Директор, Обучающий Центр Репродуктивного Здоровья, доцент, отделение акушерства и гинекологии, ГУМФ им. Николае Тестемицану;
Стелиан Ходорожя	Доцент, отделение акушерства и гинекологии, ГУМФ им. Николае Тестемицану;
Ирина Сагайдак	Ассистент кафедры, отделение акушерства и гинекологии, ГУМФ им. Николае Тестемицану;
Виктория Чиботару	Руководитель Службы мониторинга и оценки, МСОУ «Институт матери и ребенка». Координатор Национальной программы по сексуальному и репродуктивному здоровью и правам;
Виржиния Шалару	Доцент, Кафедра семейной медицины, ГУМФ им. Николае Тестемицану;
Мария Кумпэнэ	Заместитель директора, Национальное агентство общественного здоровья;
Анжела Анисей	Руководитель Отдела управления качеством медицинских услуг, Национальное агентство общественного здоровья;
Екатерина Бусуйок	Руководитель Отдела эпидемиологического надзора за инфекциями, вызванными оказанием медицинской помощи, и устойчивостью к противомикробным препаратам, Национальное агентство общественного здоровья;
Светлана Ников	Директор, Центр женского здоровья «Апа», Дрокия
Кристина Бубулич	Врач-резидент, отделение акушерства и гинекологии, ГУМФ им. Николае Тестемицану

## Сокращения:

ПМП	Первая медицинская помощь
СМП	Стационарная медицинская помощь
ТМА	Территориальная медицинская ассоциация
ЭВА	Электрическая вакуум-аспирация
МВА	Мануальная вакуум-аспирация
МКБ	Международная классификация болезней
ЦЖЗ	Центр женского здоровья
ЦЗПИМ	Центр здоровья, предназначенный для помощи молодежи
КРЗ	Кабинет репродуктивного здоровья
ЦРЗМГ	Центр репродуктивного здоровья и медицинской генетики
ВМС	Внутриматочная спираль
ХГЧ	Хорионический гонадотропин человека
в/в	Внутривенно
ИВОМП	Инфекции, внесенные при оказании медицинской помощи
ИМР	Институт матери и ребенка
МСУ	Медико-санитарное учреждение
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ДПМ/LMP	Дата последней менструации (last menstrual period)
МЗ	Министерство здравоохранения
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
Rh	Резус-фактор

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение		2
Цель Стандарта		2
Пересмотр		2
Пользователи Стандарта		2
Понятия, определения		3
<b>Глава I. Организация предоставления услуг по прерыванию беременности</b>		4
1.	Условия организации деятельности по добровольному прерыванию беременности	4
2.	Добровольное прерывание беременности в первые 12 недель беременности	5
3.	Добровольное прерывание беременности на сроке более 12 недель	6
<b>Глава II. Исследование перед проведением аборта, консультирование и информированное решение.</b>		7
1.	Исследование перед проведением аборта	7
2.	Консультирование и информированное решение	8
<b>Глава III. Хирургический метод прерывания беременности</b>		9
1	Общие аспекты	9
2.	Предоперационная антибиотикопрофилактика	10
3	1) Обезболивание	10
	3.1 Психологическая поддержка	10
	3.2 Применение малых доз анальгетиков и/или седативных препаратов.	11
	3.3 Сравнение общей и местной анестезии	11
	3.4 Местная анестезия. Парацервикальная блокада	11
4	Техника электрической или мануальной вакуум-аспирации	11
5	Исследование аспирированных тканей. Действия в случае недостаточности или отсутствия ткани	13
6.	Меры после хирургической процедуры по прерыванию	13
<b>Глава IV. Прерывание беременности медикаментозным методом</b>		15
1	Прерывание беременности на сроке до 12 недель аменореи	15
	1.1 Общие аспекты	15
	1.2 Этапы прерывания беременности медикаментозным методом на сроке беременности до 12 недель:	16
	1.3 Установление полного медикаментозного аборта	18
	1.4 Тактика в случае неудавшегося медикаментозного аборта	19
	1.5 Медикаментозный аборт посредством телемедицины	19
2	Прерывание беременности на сроках более 12 недель беременности	20
<b>Глава V. Действия в случае осложнений</b>		21
1	Кровотечение	21
2	Неполный аборт	22
3	Перфорация	22
4	Осложнения после аборта с ИВОМП	22
<b>Глава VI. Управление качеством услуг по безопасному прерыванию</b>		23
	Мониторинг и оценка качества услуг	23



<b>Приложение № 1.</b> Медицинские показания к добровольному прерыванию беременности	24
<b>Приложение № 2.</b> Социальные показания к добровольному прерыванию беременности	27
<b>Приложение № 3.</b> Информированное согласие на электрическую или мануальную вакуум-аспирацию	28
<b>Приложение № 4.</b> Информированное согласие на медикаментозный аборт	30
<b>Приложение № 5.</b> Оборудование и расходные материалы для учреждений, в которых проводится электрическая или мануальная вакуум-аспирация	31
<b>Приложение №6А.</b> Руководство пациентки по прерывания беременности медикаментозным методом	33
<b>Приложение № 6В.</b> Руководство пациентки после прерывания беременности методом электрической или мануальной вакуум-аспирации	34
<b>Приложение № 7.</b> Анкета по оценке степени удовлетворенности пациенток качеством услуг по прерыванию беременности	35
<b>Приложение № 8.</b> Краткий перечень требований к медико-санитарному учреждению, предоставляющему услуги по прерыванию беременности в безопасных условиях	36
<b>Приложение № 9.</b> Обработка инструментов для мануальной вакуумной аспирации	38
Список рабочей группы	40
Сокращения	41
Содержание	42
Библиография	44

## Библиография:

1. Medical management of abortion, WHO, Geneva, 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1>
2. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. ISBN: 978 92 4 154926 4. World Health Organization, 2015
3. Clinical practice handbook for safe abortion. ISBN 978 92 4 154871 7. World Health Organization, 2014 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97415/9789241548717\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97415/9789241548717_eng.pdf?sequence=1)
4. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. ISBN: 978 92 4 154843 4. World Health Organization, 2012 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/163433/9789241548434\\_rum.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/163433/9789241548434_rum.pdf?sequence=1)
5. WHO Ghidul Consolidat de auto-ingrijire, 2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325480/9789241550550-eng.pdf>
6. Kapp NE, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception*. 2018 (in press). doi:10.1016/j.contraception.2018.11.002.
7. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics, <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12181>
8. Evidence-based guidelines that set the standards for abortion care in North America, 2020. <https://5aa1b2xfmfh2e2mk03kk8rsx-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020-CPGs-Final-for-web.pdf>
9. RCOG, Coronavirus (COVID-19) și ingrijirile in avort <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-01-coronavirus-covid-19-infection-and-abortion-care.pdf>
10. Elizabeth G, Raymond A, Daniel G, Mark A, Ushma D. Upadhyay, Gillian Dean, Mitchell D. Creinin, et all, No-Test Medication Abortion: A Sample Protocol for Increasing Access During a Pandemic and Beyond, *Contraception*. 2020 Apr 16 doi: 10.1016/j.contraception.2020.04.005
11. NICE Guideline, Abortion Care (NG140) <https://www.rcog.org.uk/en/about-us/nga/nga-news/nice-guideline-abortion-care/>
12. NICE, Sexually transmitted infections and under-18 conceptions: prevention Public health guideline [PH3] Published date: 28 February 2007 <https://www.nice.org.uk/guidance/ph3/chapter/2-Public-health-need-and-practice>
13. What are the recommendations for breastfeeding after a medical termination of pregnancy? <https://www.pharmaceutical-journal.com/learning/learning-article/what-are-the-recommendations-for-breastfeeding-after-a-medical-termination-of-pregnancy/11080485.article?firstPass=false>
14. RCOG, Best practice in comprehensive abortion care <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf>
15. Avort fără riscuri: Recomandări în probleme de strategie și practică pentru sistemele de ocrotire a sănătății, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, 2003
16. Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D and Grandolfo ME. (1996) Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 70:145-149.

17. Elul B, Hajri S, Ngoc NN, Ellertson C, Slama CB, Pearlman E and Winikoff B. (2001) Can women in less- developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 357:1402-1405.
18. Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2): 1-4.
19. Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2):1-4. King TD, Abernathy M, Hord C, Nicholson LA, Benson J and Johnson BR. (1998) A guide to assessing resource use in the provision of postabortion care. Carrboro, Ipas.
20. Clinician's guide for second-trimester abortion. Carrboro, NC, Ipas.
21. The Population Council. Medical methods of early abortion in developing countries: Consensus statement. *Contraception* 1998;58:257-259.
22. Thong KJ, Baird DT. Induction of abortion with mifepristone and misoprostol in early pregnancy. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1992;99:1004-1007.
23. World Health Organization Scientific Group on Medical Methods for Termination of Pregnancy. Medical methods for termination of pregnancy. WHO technical report series; 871. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1997.
24. Baird DT. Medical abortion in the first trimester. Best practice & research. *Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2002;16:221-36.
25. Kahn JG, Becker BJ, Macisaa L, et al. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. *Contraception* 2000;61:29-40.
26. Elul B, Hajri S, Ngoc NTN, Ellertson C, Slama BC, Pearlman E, Winikoff B. Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 2001;357(9266):1402-1405.
27. Guengant JP, Bangou J, Elul B, Ellertson C. Mifepristone-misoprostol medical abortion: Home administration of misoprostol in Guadeloupe. *Contraception* 1999;60:167-172.
28. Khan JG, Becker BJ, MacIsaac L, et al. The efficacy of medical abortion: A meta-analysis. *Contraception* 2000;61:29-40.
29. Tang OS, Ho PC. Pilot study on the use of sublingual misoprostol for medical abortion. *Contraception* 2001;64:315-317.
30. Harper C, Ellertson C, Winikoff B. Could American women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision? *Contraception* 65 (2002) 133-42.
31. Castleman, Laura, and Carol Mann. 2002. Manual vacuum aspiration (MVA) for uterine evacuation: Pain management. Chapel Hill, NC, Ipas.
32. Avort fără riscuri: Recomandări în probleme de strategiei și practică pentru sistemele de ocrotire a sănătății, OMS, 2003
33. Raportul "Evaluarea strategică a aspectelor de politici, calitate și acces ale serviciilor de contracepție și avort în Republica Moldova"

34. Strategia Națională în Sănătatea Reproducerii în Republica Moldova pentru anii 2005- 2015
35. Standarde și recomandări de practică pentru efectuarea întreruperii electivă de sarcină, MSF, România, 2003
36. The care of Women Requesting induced abortion. Evidence-based Guideline No 7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Due to review 2003.
37. Manual Vacuum aspiration : A summary of Clinical and Programmatic Experience Worldwide. Forrest C. Greenslade et al., Ipas, 1993
38. Ghid pentru furnizarea serviciilor la avort. Teresa McInerney etc., Ipas, 2003.
39. Sopwith W, Garner P, Hart A. (2001) Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review of decontamination procedures. Liverpool School of Tropical Medicine. Available online at: [www.liv.ac.uk/lstm/deconreview.html](http://www.liv.ac.uk/lstm/deconreview.html).
40. Tang OS, Thong KJ and Baird DT. (2001) Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception* 64:29-32.
41. University of North Carolina. (2001) PRIME postabortion care. Chapel Hill, University of North Carolina, Program for International Training in Health (INTRAH).
42. World Health Organization. (2001) Basic documents. Forty-third edition. Geneva, World Health Organization.
43. Baird TL and Flinn SK. (2001) Manual vacuum aspiration: expanding women's access to safe abortion services. Chapel Hill, NC, Ipas.
44. Creinin MD. (2000) Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception* 62:117-124.
45. Breitbart V. (2000) Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 183(Suppl 2):S26-S33.
46. Creinin MD. (2000) Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception* 62:117-124.
47. Gemzell-Danielsson K and Ostlund E. (2000) Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. The clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 79:702-706.
48. RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline No.7. London, RCOG Press.
49. Cook R and Dickens B. (2000) Considerations for formulating reproductive health laws. Second edition. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.1)
50. RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline No.7. London, RCOG Press.
51. Berer M. (2000) Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Bulletin of the World Health Organization* 78:580-592.

52. Baird T, Castleman LD, Gringle RE and Blumenthal PD. (2000)
53. Center for Reproductive Law and Policy. (2000) Making abortion safe, legal, and accessible: a tool kit for action. New York, Center for Reproductive Law and Policy. Comprehensive abortion care with Ipas MVA Plus <sup>TM</sup> – Reference manual and trainer’s manual. Chapel Hill, NC, Ipas (forthcoming).
54. Ngai SW, Chan YM, Tang OS and Ho PC. (1999) The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prior to vacuum aspiration: a randomized trial. Human Reproduction 8:2139-2142.
55. AVSC International. (1999) Infection prevention curriculum: a training course for health care providers and other staff of hospitals and clinics. New York, AVSC International.