



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(Минздрав Свердловской области)
ПРИКАЗ

14.07.2023

№ 1630-12

г. Екатеринбург

Об совершенствовании оказания медицинской помощи при прерывании беременности на территории Свердловской области

В целях повышения качества и доступности медицинской помощи в области репродуктивного здоровья, снижения риска осложнений при прерывании беременности и в послеабортном периоде, совершенствования и внедрения современных технологий прерывания беременности

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1) порядок оказания медицинской помощи женщинам при прерывании беременности (приложение № 1);
 - 2) порядок проведения медикаментозного прерывания беременности (приложение № 2);
 - 3) памятку для пациентки при искусственном прерывании беременности медикаментозным методом (приложение № 3);
 - 4) порядок использования хирургических методов прерывания беременности (приложение № 4);
 - 5) рекомендации по консультированию пациенток, выбравших метод вакуумной аспирации (приложение № 5);
 - 6) форму экстренного извещения о криминальном аборте (приложение № 6).
2. Главным врачам медицинских организаций Свердловской области:
 - 1) обеспечить проведение в акушерско-гинекологической службе современных методов прерывания беременности:
 - в I триместре (вакуумная аспирация, медикаментозный аборт) в условиях женской консультации, в дневном стационаре или в условиях дневного стационара, организованного в гинекологическом отделении с кратковременным пребыванием;
 - во II триместре, в сроке до 22 недель беременности, в гинекологическом отделении многопрофильной больницы;
 - 2) укомплектовать кадрами и обеспечить обучение медицинского персонала методикам вакуумной аспирации, медикаментозного аборта;
 - 3) обеспечить малые операционные оборудованием в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;

4) обеспечить внесение и мониторинг информации о состоянии пациентов при проведении прерывании беременности в автоматизированной системе «Региональный акушерский мониторинг»;

5) обеспечить передачу экстренного извещения о криминальном аборте в соответствии с приложением № 6 к настоящему приказу главному специалисту отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области А.М. Кузнецовой на адрес электронной почты: an.kuznetsova@egov66.ru;

6) обеспечить передачу статистической формы № 13 «Сведения о прерывании беременности (в сроке до 22 недель)» ежеквартально, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным на адрес электронной почты: eozmr-13forma@mis66.ru;

7) обеспечить заполнение отчетной формы № 1540 МДМУ в каталоге «Сбор информации» ежемесячно не позднее 4 числа месяца, следующего за отчетным.

3. Настоящий приказ направить для официального опубликования на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru) в течение десяти дней с момента подписания.

4. Копию настоящего приказа направить в прокуратуру Свердловской области и Главное управление Министерства юстиции Российской Федерации по Свердловской области в течение семи дней после дня первого официального опубликования.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Е.А. Чадову.

Министр



А.А. Карлов

Приложение № 1 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 14.07.2023 № 1630-н

Порядок оказания медицинской помощи женщинам при прерывании беременности

1. Все врачи акушеры-гинекологи, врачи анестезиологи-реаниматологи и другие специалисты, оказывающие помощь женщине при прерывании беременности и в течение 42 дней после окончания беременности, должны вводить всю информацию в автоматизированную систему «Региональный акушерский мониторинг» (далее – АС «РАМ»). Весь документооборот осуществлять посредством АС «РАМ».

2. Формы медицинских документов, бланки добровольных информированных согласий, отказов при оказании медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам используются из АС «РАМ».

3. При обращении пациентки по вопросу прерывания беременности проводится заполнение формы «Анкета группы риска».

4. После заполнения формы «Анкета группы риска» в АС «РАМ» в обязательном порядке проводится интерпретация полученных результатов с решением вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности или периода в течение 42 дней после окончания беременности в соответствии с клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Дополнительная оценка – в зависимости от клинической ситуации: при изменении клинического диагноза обязательно производится повторно.

5. В соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель при наличии информированного добровольного согласия.

6. Медицинская помощь женщинам при искусственном прерывании беременности оказывается в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности)».

7. Медицинская помощь при искусственном прерывании беременности оказывается в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара или стационарных условиях. При искусственном прерывании беременности в

амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, в случае возникновения медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующей круглосуточного медицинского наблюдения, пациентка эвакуируется в медицинские организации соответствующего профиля и группы (уровня) для дальнейшего оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

8. Оказание медицинской помощи при искусственном прерывании беременности проводится на основе информированного добровольного согласия (далее – ИДС) по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.04.2016 № 216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины». Искусственное прерывание беременности у несовершеннолетних младше 15 лет, а также несовершеннолетних больных наркоманией младше 16 лет, проводится на основе ИДС одного из родителей или иного законного представителя.

9. Обследование женщин проводится в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности)». Для получения направления на искусственное прерывание беременности женщина обращается к врачу акушеру-гинекологу, а в случае его отсутствия - к врачу общей практики (семейному врачу), медицинскому работнику фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерских здравпунктов.

10. При первичном обращении женщины с целью искусственного прерывания беременности врач акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия - врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерских здравпунктов направляет беременную на основе ИДС в кабинет медико-социальной помощи женской консультации (Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). При отсутствии кабинета медико-социальной помощи (Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший повышение квалификации по психологическому доабортному консультированию.

11. Врач акушер-гинеколог при обращении женщины за направлением на искусственное прерывание беременности проводит обследование для определения срока беременности и исключения медицинских противопоказаний к искусственному прерыванию беременности. При наличии противопоказаний (заболеваний, состояний, при которых прерывание беременности или наносит серьезный ущерб здоровью женщины, или представляет угрозу для ее жизни) вопрос решается индивидуально консилиумом врачей с учетом рекомендаций специалистов АДКЦ (в соответствии с зоной курации), срока беременности и места прерывания беременности.

12. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится:

1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности четвертая–седьмая неделя, при сроке беременности одиннадцатая–двенадцатая неделя, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

2) не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая–десятая неделя беременности.

13. Искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода на основе ИДС женщины.

14. Маршрутизация пациенток для проведения искусственного прерывания беременности до 12 недель по желанию женщины осуществляется на основании приказа Министерства здравоохранения Свердловской области от 30.12.2020 № 2497-п «Об оказании медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями на территории Свердловской области».

15. Прерывание беременности в сроке до двенадцати недель хирургическим методом проводится врачом акушером-гинекологом в условиях дневного стационара и стационарных условиях. Продолжительность наблюдения женщины в условиях дневного стационара после произведенного без осложнений прерывания беременности определяется лечащим врачом с учетом состояния женщины и составляет 3 - 4 часа.

16. Искусственное прерывание беременности при сроке до двенадцати недель у женщин с клинически значимыми признаками истончения рубца на матке, миомой матки больших размеров, аномалиями развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний производится врачом – акушером-гинекологом в стационарных условиях в гинекологических отделениях межмуниципальных центров Свердловской области.

Для прерывания беременности сроком более двенадцати недель рекомендуется как медикаментозный, так и хирургический методы.

17. Основанием для искусственного прерывания беременности по социальному показанию в сроке беременности более 12 недель является документ, подтверждающий наличие социального показания для искусственного прерывания беременности.

18. Для подтверждения наличия медицинских показаний для искусственного прерывания беременности пациентка направляется на Областной акушерский консилиум в соответствии с регламентом, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 14.10.2021 № 2360-п «О работе Областного акушерского консилиума на базе ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница»

19. Искусственное прерывание беременности осуществляется с обязательным обезболиванием на основе ИДС женщины.

20. После искусственного прерывания беременности женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови независимо от метода прерывания

беременности проводится иммунизация иммуноглобулином человека антирезус Rho(D) человека в соответствии с инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата.

21. После искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого пациентка информируется о признаках возможных осложнений, при появлении которых ей следует незамедлительно обратиться к врачу; предоставляются рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, возможной реабилитации, а также по вопросам профилактики аборт и необходимости сохранения и вынашивания следующей беременности.

22. После искусственного прерывания беременности контрольный осмотр врача акушера-гинеколога при отсутствии жалоб проводится через 9 - 15 дней.

23. При регистрации случая криминального вмешательства в сроке до 22 недель беременности незамедлительно (в течение 2 часов) передается экстренное извещение о криминальном аборте в соответствии с приложением № 6 к настоящему приказу главному специалисту отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области А.М. Кузнецовой на адрес электронной почты: an.kuznetsova@egov66.ru.

24. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечёт за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Порядок проведения медикаментозного прерывания беременности

1. Прерывание беременности медикаментозным методом, проводится врачом - акушером-гинекологом в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара с обязательным наблюдением женщины не менее 1,5 - 2 часов после приема лекарственных препаратов.

При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории Российской Федерации.

Искусственное прерывание беременности медикаментозным методом проводится только врачом акушером-гинекологом в медицинских организациях, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». В случае необходимости медицинская организация должна иметь возможность и условия для оказания экстренной хирургической помощи или возможность экстренной медицинской эвакуации в кратчайшие сроки в гинекологический стационар.

2. Преимущества медикаментозного прерывания беременности:

- 1) высокая эффективность (95–98%), безопасность и приемлемость;
- 2) отсутствие риска, связанного с анестезией;
- 3) отсутствие риска осложнений, связанных с хирургическим вмешательством: механическим повреждением эндометрия, миометрия, сосудов матки, травмой цервикального канала;
- 4) снижение риска развития восходящей инфекции и связанных с ней осложнений;
- 5) неинвазивность метода исключает опасность заражения ВИЧ-инфекцией, гепатитом В, С и др.;
- 6) отсутствие психоэмоциональной травмы, возникающей при хирургическом аборте;
- 7) отсутствие неблагоприятного влияния на дальнейшую репродуктивную функцию, что особенно важно для первобеременных;
- 8) предоставление женщине права выбора метода;
- 9) высокая удовлетворённость пациенток качеством медицинской помощи при данном методе прерывания беременности. Психологически женщине легче перенести раннее прерывание беременности медикаментозным путём, чем хирургическую операцию под наркозом.

При медикаментозном прерывании беременности шейка матки и слизистая матки не травмируются хирургическими инструментами, что сохраняет

репродуктивную функцию женщины и существенно снижает процент возможных осложнений, в частности — серьезных кровотечений.

3. Препараты, используемые для медикаментозного прерывания беременности.

Медикаментозный аборт с применением антипрогестинов и синтетических аналогов простагландинов в настоящее время является современным, эффективным и безопасным методом прерывания беременности. Рекомендованные препараты: мифепристон и мизопростол.

Лекарственные средства, сертифицированные в Российской Федерации для медикаментозного прерывания беременности:

1) МНН Мифепристон, таблетки 200 мг.

Мифепристон это синтетический стероидный препарат для перорального применения. В настоящее время мифепристон, антагонист прогестероновых рецепторов, широко используемый для медикаментозных абортов. Обладая высоким сродством к рецепторам прогестерона, мифепристон действует как его антагонист. Механизм abortивного действия мифепристона основан на его антипрогестероновом эффекте, обусловленном блокированием действия прогестерона на уровне рецепторов в эндометрии и миометрии, что в свою очередь приводит к подавлению развития трофобласта, повреждению и отторжению децидуальной оболочки, появлению маточных сокращений, развитию менструальноподобного кровотечения, что клинически проявляется медикаментозным абортом. Мифепристон не вызывает нарушений менструального цикла и вероятность его негативного влияния на репродуктивную функцию практически отсутствует;

2) МНН Мизопростол, таблетки 200 мкг.

Мизопростол это синтетический аналог простагландина E1. Механизм abortивного действия связан с инициацией сокращения гладких мышц миометрия и расширения шейки матки. Способность мизопростола стимулировать сокращения матки облегчает раскрытие шейки и удаление содержимого полости матки. Мизопростол повышает частоту и силу сокращений миометрия, оказывая слабое стимулирующее действие на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта. Препарат должен применяться для прерывания беременности в комбинации с мифепристоном только в специализированных медицинских организациях, которые имеют соответствующим образом подготовленных медицинских работников.

4. Показания к применению клинического протокола медикаментозного прерывания беременности:

1) желание пациентки прервать незапланированную беременность сроком до 9 недель (до 63 дней от первого дня последней менструации);

2) наличие медицинских показаний к прерыванию беременности (включая замершую беременность в сроках до 63 дней аменореи).

При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов. В инструкциях ко всем зарегистрированным препаратам указано

ограничение по сроку прерывания беременности 42 днями аменореи. Вместе с тем, отмечена высокая эффективность и безопасность процедуры, что было доказано большим количеством исследований. Поэтому применение методики медикаментозного аборта в указанных сроках (до 63 дней аменореи) вне инструкций возможно при оформлении заключения врачебной комиссии на её проведение.

5. Противопоказания к прерыванию беременности медикаментозным методом (часть противопоказаний относительные, вопрос решается индивидуально врачебной комиссией):

- 1) подозрение на внематочную беременность;
- 2) беременность сроком более 63 дней аменореи;
- 3) индивидуальная непереносимость мифепристона и/или мизопростола;
- 4) надпочечниковая недостаточность и/или длительная глюкокортикоидная терапия;
- 5) острая или хроническая печёночная или почечная недостаточность;
- 6) наследственная порфирия;
- 7) миома матки больших размеров;
- 8) анемия (уровень гемоглобина менее 100 г/л);
- 9) нарушения гемостаза (в том числе предшествующая терапия антикоагулянтами);
- 10) острые воспалительные заболевания женских половых органов;
- 11) наличие тяжёлой экстрагенитальной патологии;
- 12) курение у женщин старше 35 лет без предварительной консультации терапевта;
- 13) кахексия;
- 14) заболевания, связанные с простагландиновой зависимостью или противопоказания к применению простагландинов: глаукома, бронхиальная астма, артериальная гипертензия;
- 15) эндокринопатии и заболевания эндокринной системы, в том числе сахарный диабет;
- 16) гормонально зависимые опухоли;
- 17) период лактации;
- 18) беременность, возникшая на фоне применения внутриматочных контрацептивов;
- 19) беременность, возникшая после применения гормональных контрацептивных средств.

Противопоказания для медицинского аборта определяются в зависимости от состояния беременной, срока и локализации беременности, показаний к ее прерыванию, переносимости применяемых медикаментозных препаратов, наличия острых инфекционных заболеваний. При наличии противопоказаний вопрос решается индивидуально консилиумом врачей с учетом срока беременности и возможностей (условий) медицинской организации, в которой прерывается беременность.

6. Требования к медицинскому работнику и медицинской организации для проведения медикаментозного аборта.

Основные требования для проведения медикаментозного аборта – наличие подготовленного медицинского персонала и необходимых лекарственных препаратов (мифепристона и мизопростола). Медицинский персонал должен состоять из квалифицированных консультантов и врачей/медицинских работников, которые смогут определить, показан ли данный метод женщине, убедиться в успешности проведения процедуры, направить женщину в соответствующую медицинскую организацию и/или оказать ей неотложную медицинскую помощь, для которой может потребоваться: малая операционная с оборудованием для выполнения вакуум-аспирации или кюретажа (в особых случаях); операционный инструментарий; наркозно-дыхательная аппаратура. Медицинские работники должны уметь определять срок беременности на основании соответствующего анамнеза, симптомов и результатов медицинского обследования. Медицинские работники медицинских организаций, в которых проводится медикаментозное прерывание беременности, должны быть хорошо осведомлены о применяемых лекарственных препаратах, а также о протоколе медикаментозного прерывания беременности.

7. Последовательность выполнения протокола медикаментозного прерывания беременности в I триместре.

1-й визит. Консультация.

Во время первого визита пациентка информируется о возможных методах прерывания беременности. Следует подчеркнуть, что предоставление соответствующей информации является неотъемлемой составляющей качественного медицинского обслуживания женщин. Информация должна быть максимально полной и доступной для восприятия, а сам процесс консультирования должен происходить в приватной обстановке с соблюдением принципов конфиденциальности. Всем проводится обязательное консультирование по вопросам использования методов контрацепции. Каждая женщина должна быть информирована о том, что в течение 14 дней после проведения аборта может произойти восстановление овуляции и риск наступления последующей беременности. Целесообразно назначение оральных контрацептивов, выбор которых осуществляют в соответствии с общепринятыми рекомендациями. Женщины, поступающие в медицинскую организацию по поводу проведения медикаментозного аборта, могут начинать использовать контрацептивы — в виде таблеток, инъекций и имплантов — в день приёма мизопростола. Презервативы, противозачаточные гели и пенки, шеечные колпачки и диафрагмы можно начинать использовать сразу после возобновления половой жизни. Женщинам, которые планируют использовать внутриматочную спираль, рекомендуется установить ее после завершения аборта.

Рекомендуемый объем обследования.

Цель — диагностика беременности, определение срока и подтверждение локализации плодного яйца в полости матки, лабораторный скрининг.

1) сбор анамнеза, в том числе информации о дате первого дня последней нормальной менструации, характеристике менструального цикла, используемых методах контрацепции, выявление противопоказаний к медикаментозному или хирургическому аборту, факторов риска и осложнений процедуры;

2) физикальное обследование с определением базовых показателей: артериальное давление, пульс, частота дыхания, температура тела; пальпация живота;

3) гинекологическое обследование путём бимануального осмотра, определение размеров матки и ранних признаков беременности;

4) ультразвуковое исследование органов малого таза с определением размеров матки, визуализацией плодного яйца в полости матки, определением размеров плодного яйца и установление срока беременности.

При наличии у пациентки рубца на матке необходимо проведение ультразвукового исследования органов малого таза в 6 недель беременности с уточнением локализации плодного яйца.

В случае затруднения визуализации при ультразвуковом исследовании плодного яйца в полости матки необходимо провести анализ крови с измерением уровня β -ХГЧ в сыворотке крови для подтверждения факта беременности. Если беременность подтверждена лабораторно, но плодное яйцо не визуализируется, необходима дальнейшая тактика как для пациенток с подозрением на внематочную беременность;

5) определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) при отсутствии данного исследования во время настоящей беременности с целью проведения при необходимости профилактики резус-изоиммунизации и для готовности к гемотрансфузии;

6) общий (клинический) анализ крови и исследование уровня тромбоцитов в крови с целью исключения инфекционно-воспалительных заболеваний, анемии, тромбоцитопении;

7) микроскопическое исследование вагинального мазка с целью исключения инфекционно-воспалительного процесса;

8) определение антител классов М, G к вирусному гепатиту В и С;

9) анализ крови на сифилис - реакция Вассермана;

10) определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови (по желанию женщины и с ее согласия).

Дополнительное обследование (исследование свёртывающей системы крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, исследование на инфекции, передаваемые половым путём, и др.) перед прерыванием беременности проводится по показаниям при наличии клинических признаков заболеваний и состояний, которые могут оказать влияние на течение и исход аборта. При желании женщины и отсутствии противопоказаний к медикаментозному аборту пациентку информируют об особенностях действия препаратов, сути метода, длительности проведения аборта, возможных побочных эффектах, осложнениях и необходимости строго следовать врачебным рекомендациям

2-й визит и 3-й визит.

Женщина, пришедшая на второй визит, должна принять решение относительно беременности. В случае принятия решения о сохранении беременности необходимо провести комплекс клиничко-лабораторного обследования для женщин, вставших на учёт по поводу беременности. При принятии окончательного решения о прерывании беременности необходимо,

чтобы пациентка на основе проведённого консультирования выбрала метод прерывания беременности. Необходимым условием перед проведением медикаментозного прерывания беременности является получение ИДС пациентки на прерывание беременности выбранным методом.

При медикаментозном медицинском аборте в 1-м триместре беременности при длительности аменореи <42 дней с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить мифепристон однократно внутрь, а затем (через 36-48 часов) – мизопростол однократно. Доказано, что 200 мг мифепристона так же эффективно как 600 мг, поэтому целесообразно назначение 200 мг мифепристона. Если нет ответа на первую дозу (400 мкг) мизопростола, может вводиться еще одна повторная доза мизопростола 400 мкг перорально или сублингвально через 3-4 часа после первой дозы.

При медикаментозном медицинском аборте в 1-м триместре при длительности аменореи ≥42 дней (срок беременности 43-63 дня аменореи) с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 24-48 часов) -мизопростол 800 мкг вагинально, сублингвально или буккально.

В срок беременности 43-63 дня если нет ответа на первую дозу мизопростола, может вводиться еще одна повторная доза мизопростола 400 мкг вагинально, сублингвально или буккально через 3-4 часа после первой дозы.

При письменно оформленном заявлении с требованием пациентки остановить медикаментозный аборт после приема первой таблетки мифепристона возможно назначение препаратов прогестерона вагинально или перорально 400 мг/день. Длительность назначения определяется жизнеспособностью эмбриона/плода по данным УЗИ и течением беременности.

Следующий визит осуществляется через 24–48 часов после приёма мифепристона. На визите у врача пациентка принимает второй препарат из комбинации лекарственных средств: мизопростол 400 мкг (2 таблетки) внутрь при сроке до 42 дней или 800 мкг (4 таблетки) сублингвально, буккально или вагинально при задержке до 63 дней. Динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется в течение 3–4 часов после приёма мизопростола. После приёма мизопростола у большинства пациенток начинаются кровянистые выделения. Если через 3–4 часа наблюдения в клинике кровянистые выделения из половых путей не начались, назначают повторную дозу мизопростола 400 мкг перорально или сублингвально, пациентку оставляют под наблюдением еще на 1–1,5 часа. Таким образом, общая доза мизопростола может составлять 400–800 мкг. Клинические проявления медикаментозного аборта аналогичны проявлениям самопроизвольного аборта и включают схваткообразную боль, обусловленную сокращением матки, и длительное менструальноподобное кровотечение. Кровотечение длится в среднем 7–9 дней, но изредка сукровичные выделения могут продолжаться до следующей менструации 4, 7, 16, 18, 25. При сроке беременности 3–4 недели у 95% пациенток аборт протекает как обычная менструация. С увеличением срока беременности отмечаются более обильные кровянистые выделения, чем во время менструации, в связи с чем у 3–5% пациенток может возникнуть необходимость в проведении гемостатической

терапии. После проведения медикаментозного прерывания беременности крайне редки тяжёлые осложнения, требующие оказания неотложной медицинской помощи или переливания крови, но все женщины, которым проводится медикаментозный аборт, должны знать, в какую медицинскую организацию следует обращаться при возникновении каких-либо осложнений. Использование гормональной контрацепции может быть начато в день приёма мифепристона или мизопростола. Во время проведения медикаментозного аборта женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови с целью профилактики возможной резус-сенсбилизации рекомендуется введение антирезусного иммуноглобулина

4-й визит. Контрольный визит для оценки эффективности медикаментозного аборта необходимо проводить через 9-15 дней от приёма мифепристона. Более ранняя оценка эффективности метода может привести к увеличению ложной диагностики несостоявшегося аборта. Проводится оценка общего состояния, гинекологический осмотр. Обращают внимание на характер и интенсивность кровянистых выделений, абдоминальные боли, слабость, наличие гипертермии. Оценивают состояние внутренних половых органов (шейка матки, размеры и консистенция матки, состояние придатков, болезненные ощущения во время гинекологического исследования). Оценка эффективности метода осуществляется на основании констатации положительного исхода, подтверждённого гинекологическим осмотром (нормальные размеры матки, отсутствие болезненных ощущений, незначительные слизисто-кровянистые выделения), ультразвуковым исследованием (отсутствие плодного яйца в матке, а также его элементов и состояния эндометрия) и клинического обследования (снижение уровня β -ХГЧ в периферической крови). При наличии показаний должен быть выполнен общий анализ крови (клинические признаки анемии или воспалительного процесса, а также любых осложнений течения прерывания беременности). В случае выявления неэффективности медикаментозного аборта (неполный аборт или прогрессирующая беременность) на контрольном визите женщине проводится вакуум-аспирация содержимого полости матки. Во время контрольного визита пациентки обсуждаются вопросы контрацепции и реабилитационные мероприятия (по показаниям), если они по каким-либо причинам не были обсуждены ранее.

8. Возможные осложнения и побочные эффекты медикаментозного прерывания беременности, методы их купирования.

Большинство пациенток (85%) не предъявляют каких-либо жалоб. Побочные реакции (тошнота, рвота, диарея, слабость, головокружение, лихорадка) могут отмечаться у 2–10% женщин.

Осложнениями медикаментозного прерывания беременности являются неполный аборт и прогрессирующая беременность. Частота инфекционных осложнений (эндометрит) после медикаментозного аборта составляет менее 1%. Наиболее типичными являются два побочных эффекта — боль (связана со спастическим сокращением матки) и вагинальное кровотечение. Эти симптомы ожидаемы и связаны с самим процессом прерывания беременности. До того, как пациентка покинет медицинскую организацию, ей дают обезболивающее средство либо рецепт на него. Ее также нужно проинформировать о том, что в случае очень

сильного кровотечения или стойкого повышения температуры ей следует обратиться за медицинской помощью (в ту же медицинскую организацию либо в медицинскую организацию, где ей будет оказана неотложная медицинская помощь).

Боль. Жалобы на боль, восприятие боли и потребность в обезболивании значительно варьируются. Большинство женщин отмечают незначительную боль, и приблизительно половина женщин нуждается в обезболивании. Боль быстро проходит после изгнания продуктов зачатия и лишь в редких случаях указывает на необходимость хирургического вмешательства. При интенсивных абдоминальных болях внизу живота, обусловленных маточными сокращениями, встречающихся в 5–15% случаев, применяются обезболивающие (препараты метамизола натрия) или спазмолитические (дротаверин) средства.

Кровотечение. Кровотечение при медикаментозном аборте будет более сильным и длительным, чем обычная менструация, но это, как правило, не сказывается на уровне гемоглобина. Общий объём кровопотери связан со сроком беременности. При интенсивной кровопотере (частота 0,3–2,6%) более физиологической нормы (100–150 мл) проводится медикаментозная кровоостанавливающая терапия, включая утеротонические средства. Обильным кровотечением считается в том случае, если в течение часа полностью пропитываются кровью две гигиенические прокладки максимального размера и это продолжается два часа подряд и более («тест с прокладками»). При констатации кровотечения требуется проведение хирургического гемостаза (вакуумная аспирация) с последующей медикаментозной терапией, интенсивность которой зависит от состояния пациентки. Необходимость в хирургической ревизии полости матки для остановки кровотечения возникает примерно в 0,2–1% случаев. Потребность в переливании крови — 0,1–0,25%.

Неполный аборт. При неудачном исходе медикаментозного аборта (неполный аборт), который может наблюдаться в 2–5% случаев, должно быть произведено хирургическое прерывание беременности — вакуум-аспирация или инструментальное удаление плодного яйца (в особых случаях) с последующим гистологическим исследованием полученного материала.

Прогрессирующая беременность. Прогрессирующая беременность встречается менее чем в 1% при рекомендованном режиме дозирования препаратов. В тех случаях, когда женщина меняет своё решение относительно аборта при продолжающейся беременности, или в редких случаях, когда врач не диагностировал прогрессирующую беременность во время контрольного посещения, беременность может развиваться до полного созревания плода. Ни мифепристон, ни мизопропрост в эксперименте не проявили тератогенного действия.

Поскольку имеющиеся данные ограничены и не позволяют сделать окончательные выводы по вопросу безопасности препаратов мифепристона/мизопроста в I триместре для плода, рекомендуется прерывание беременности, развивающейся после медикаментозного аборта. В случае настойчивого желания пациентки сохранить беременность после неудавшегося медикаментозного аборта необходимо повторно провести беседу о рисках для

плода после приёма препаратов для аборта и подписать у пациентки информированное согласие, где указано, что она предупреждена о возможном тератогенном влиянии препаратов.

Озноб, температура. Мизопростол иногда вызывает повышение температуры, высокая температура обычно держится не более 2 часов. Воспаление матки/органов малого таза при медикаментозном аборте наблюдается редко, но если температура держится в течение нескольких дней или появляется через несколько дней после приёма простагландина, то это может указывать на наличие инфекции. Необходимо проинструктировать пациентку относительно того, что ей следует позвонить в медицинскую организацию, если высокая температура держится более 4 часов или появляется позже, чем через сутки после приёма мизопростола.

Инфекционные осложнения. Так как медикаментозный аборт – процедура неинвазивная, то риск развития инфекционно-воспалительных осложнений крайне низок (менее 1%). Группа риска инфекционных осложнений:

- 1) пациентки, у которых хламидийная инфекция была выявлена в течение последних 12 месяцев без подтверждения её эрадикации;
- 2) лица, у половых партнёров которых выявлена хламидийная инфекция; диагностированный бактериальный вагиноз (независимо от наличия или отсутствия клинической картины);
- 3) женщины, имеющие несколько половых партнёров в течение последних 6 месяцев;
- 4) женщины моложе 25 лет;
- 5) внутриматочные манипуляции в анамнезе;
- 6) низкий социально-экономический статус.

Рекомендуемые схемы для женщин, не обследованных на хламидийную инфекцию: азитромицин, капсулы или табл. 1 г внутрь в день аборта (в день приёма мизопростола) в сочетании с метронидазолом (1 г ректально или внутрь) до или во время аборта или доксицилин, капс. 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней начиная со дня аборта в сочетании с метронидазолом (1 г ректально или внутрь) до или во время аборта. Для женщин, у которых не выявлено хламидийной инфекции: метронидазол (1 г внутрь) до или во время аборта.

Тошнота, рвота. При проведении медикаментозного аборта тошнота наблюдается приблизительно у половины женщин, а рвота — менее чем у трети пациенток. Эти симптомы, как правило, связаны с беременностью и приёмом препаратов, вызывающих аборт. Эти симптомы могут появиться или усугубиться после приёма мифепристона и, как правило, проходят через несколько часов после приёма мизопростола. При возникновении рвоты ранее чем через 1 час после приёма мифепристона, приём препарата следует повторить в той же дозе. Если у пациентки выражен ранний токсикоз беременности, то перед приёмом препарата следует применять метоклопрамид 1 таблетку, через 30 минут принять пищу, а затем мифепристон.

Головокружения, обмороки. Эти симптомы наблюдаются менее чем у четверти женщин. Они, как правило, проходят без лечения, самопроизвольно и лучше всего лечатся симптоматически. Быстропроходящая диарея отмечается после приёма мизопростола менее чем у четверти женщин.

Аллергические реакции. В редких случаях после приёма мифепристона отмечается аллергическая реакция в виде кожной сыпи, в связи с чем необходимо применение антигистаминных средств в стандартных разовых или курсовых дозировках.

Приложение № 3 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 14.07.2023 № 16.30-П

Памятка для пациентки при искусственном прерывании беременности медикаментозным методом

Сегодня, _____ (дата), Вы приняли 1 таблетку, содержащую мифепристон, для прерывания беременности. Вы приняли 200 мг мифепристона в _____ часов. Вы наверняка не почувствовали разницы в самочувствии после приема этой таблетки. Через некоторое время у Вас может начаться небольшое влагилицное кровотечение.

Вы должны вернуться в медицинскую организацию _____ (дата), между _____ часами _____ и _____ часами _____. В это время Вы принимаете мизопропростол внутрь или под язык в соответствии с назначением врача. В этот же день Вам будет назначен визит на контрольный осмотр.

Симптомы. Ожидайте схваткообразные боли и кровотечение, которое может превосходить обычное по сравнению с тем, которое бывает у Вас во время менструального цикла. У большинства женщин влагилицное кровотечение начинается между одним и семью часами после приема мизопростола. Это сильное кровотечение длится недолго - около 1 - 4 часов и уменьшается сразу после того, как плодное яйцо выйдет наружу. Пейте много жидкости (избегайте алкоголя) и ешьте легкую пищу. Следите за своим кровотечением.

Экстренные случаи. Экстренные случаи бывают редко, но важно быть к ним подготовленной. У Вас должен быть экстренный план, предусматривающий следующие моменты: как звонить нам, кто сможет Вас отвести, адрес нашей медицинской организации. **СВЯЖИТЕСЬ С НАМИ** по предоставленному Вам номеру экстренной помощи в медицинской организации.

Когда звонить с просьбой о помощи. Если вы думаете, что нуждаетесь в экстренной помощи из-за: чрезмерного кровотечения (4 пропитавшиеся прокладки в течение 2 часов); чрезмерных спазмов или боли (не снимаемых предписанными обезболивающими препаратами); температуры от 38⁰С и выше; сильной рвоты или диареи, позвоните по экстренному номеру до того, как Вы обратились в другую медицинскую организацию или в службу скорой помощи. Позвонив, будьте готовы предоставить следующую информацию: Ваша температура за последний час; количество прокладок, использованных Вами за последний час.

Период восстановления.

Чувствительность молочных желез. Любая чувствительность груди, связанная с беременностью, должна исчезнуть в течение нескольких дней. Если у Вас происходит выделение молока из груди, используйте обтягивающий бюстгальтер с абсорбирующим материалом внутри. Выделение должно прекратиться через день или два.

Тошнота. Тошнота должна прекратиться в течение 24 - 48 часов.

Утомляемость. В связи с внезапным изменением в гормональном статусе организма вследствие аборта, Вы можете испытывать чувство усталости и/или легкой депрессии в течение нескольких дней.

Деятельность. Вы можете возобновить обычную деятельность - учебу, работу, вождение автомобиля, как это запланировано. Избегайте энергичных действий, таких как тяжелые физические нагрузки, плавание, поднятие тяжестей, верховые поездки и др. в течение не менее двух недель.

Сексуальные контакты. В связи с риском послеабортной инфекции и опасностью забеременеть в течение нескольких дней после аборта, избегайте сексуальных контактов до послеабортного контроля.

Контрацепция. Вы сможете забеременеть очень скоро после аборта. Рекомендуем Вам избегать сексуальных контактов до проверки у врача. Если врач не назначил Вам другого контрацептива, используйте презерватив при каждом половом сношении.

Диета. Вы можете есть все, что хотите. Однако, если у вас тошнота, вы почувствуете себя лучше при соблюдении осторожности в еде.

Тампоны или прокладки? В связи с возможностью инфекции, после аборта следует использовать гигиенические прокладки, а не тампоны.

Контрольный визит. Контрольный осмотр врачом должен быть выполнен спустя 10 - 14 дней после первого визита. Вас должны обследовать и сделать тест на беременность или провести ультразвуковое исследование, с тем чтобы определить, является ли аборт завершенным. Не стесняйтесь связаться с нами и вернуться в медицинскую организацию в любой момент в процессе процедуры аборта.

У большинства женщин (90%) аборт завершается к моменту контрольного визита. Если беременность продолжается (около 1%), ее необходимо прервать, используя вакуумную аспирацию или другой метод, принятый в медицинскую организацию или рекомендованный врачом. Если беременность не развивается, но и не удалась из полости матки (около 5%), вы можете: а) использовать вторую дозу мизопростола и вернуться для проверки через неделю или б) выбрать хирургический аборт.

Вакуумный аборт будет назначен, если у Вас не прервалась беременность в течение 5 недель после вашего первоначального визита или, если доктор посоветовал выполнение вакуумного аборта.

Медикаментозный аборт в более чем 95% случаев является эффективным. Некоторым женщинам понадобится вакуумная процедура для завершения процесса, если медикаменты не были полностью эффективными или в случае чрезмерного кровотечения. Как мифепристон, так и мизопростол, вероятнее всего, не увеличивают риск врожденных пороков у плода, хотя этот вопрос в клинических условиях не исследован. Поэтому продолжать беременность НЕ рекомендуется, если Вы приняли один или оба этих медикамента.

Немедленно позвоните нам в медицинскую организацию, если Вы испытываете какие-либо проблемы или у Вас есть вопросы (номер телефона _____).

Приложение № 4 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 14.07.2023 № 1630-П

Порядок использования хирургических методов прерывания беременности

1. При невозможности выполнения медикаментозного медицинского аборта при наличии противопоказаний использования медикаментозных препаратов, используемых в схеме медикаментозного прерывания беременности, рекомендована вакуум-аспирация содержимого полости матки с целью ее опорожнения (ручная или электрическая вакуумная аспирация). Кюретаж признан устаревшим методом хирургического аборта, сопряжен с большим числом осложнений и не относится к рекомендованным хирургическим методам искусственного прерывания беременности до 11.6 недель.

При невозможности выполнения медикаментозного медицинского аборта в срок ≥ 12 недель или при наличии противопоказаний применения медикаментозных препаратов, используемых в схеме медикаментозного прерывания беременности рекомендована плодоразрушающая операция. Данное вмешательство целесообразно выполнять под ультразвуковым контролем.

При медицинском аборте в срок ≥ 12 недель рекомендована гистеротомия при наличии противопоказаний для прерывания беременности через влагалище. Противопоказаниями для прерывания беременности через влагалище являются такие состояния, как предлежание плаценты, вращение плаценты, пороки развития мочеполовой системы с невозможностью прерывания беременности через влагалище, кровотечение.

При неэффективности медикаментозного медицинского аборта (неполный аборт) рекомендована вакуум-аспирация содержимого полости матки с целью ее опорожнения.

Вакуумная аспирация - простой, эффективный и безопасный метод для удаления содержимого матки.

2. Противопоказаниями для вакуум-аспирации являются:
- 1) острые и подострые воспалительные заболевания органов малого таза;
 - 2) острые воспалительные заболевания любой другой локализации;
 - 3) острые инфекционные заболевания.

Не рекомендуется в женских консультациях прерывание беременности методом вакуум-аспирация у женщин с миомой матки, с аномалиями развития полового аппарата, с тяжелой экстрагенитальной патологией, отягощенным аллергическим анамнезом, имеющих в анамнезе маточные кровотечения.

3. Необходимый перечень обследования для проведения вакуум-аспирации:

- 1) сбор анамнеза, в том числе информации о дате первого дня последней нормальной менструации, характеристике менструального цикла, используемых методах контрацепции, выявление противопоказаний к медикаментозному или хирургическому аборту, факторов риска и осложнений процедуры;

2) физикальное обследование с определением базовых показателей: артериальное давление, пульс, частота дыхания, температура тела; пальпация живота.

3) гинекологическое обследование путём бимануального осмотра, определение размеров матки и ранних признаков беременности;

4) ультразвуковое исследование органов малого таза с определением размеров матки, визуализацией плодного яйца в полости матки, определением размеров плодного яйца и установлением срока беременности, наличием сердцебиения эмбриона/плода, с демонстрацией пациентки его изображения и сердцебиения (при наличии) и расположением хориона/плаценты.

При наличии у пациентки рубца на матке необходимо проведение ультразвукового исследования органов малого таза в 6 недель беременности с уточнением локализации плодного яйца.

В случае затруднения визуализации при ультразвуковом исследовании плодного яйца в полости матки необходимо провести анализ крови с измерением уровня β -ХГЧ в сыворотке крови для подтверждения факта беременности. Если беременность подтверждена лабораторно, но плодное яйцо не визуализируется, необходима дальнейшая тактика как для пациенток с подозрением на внематочную беременность.

5) определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) при отсутствии данного исследования во время настоящей беременности с целью проведения при необходимости профилактики резус-изоиммунизации и для готовности к гемотрансфузии;

6) общий (клинический) анализ крови и исследование уровня тромбоцитов в крови с целью исключения инфекционно-воспалительных заболеваний, анемии, тромбоцитопении;

7) микроскопическое исследование вагинального мазка с целью исключения инфекционно-воспалительного процесса;

8) определение антител классов М, G к вирусному гепатиту В и С;

анализ крови на сифилис - реакция Вассермана;

определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови (по желанию женщины и с ее согласия);

Дополнительное обследование (исследование свёртывающей системы крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, исследование на инфекции, передаваемые половым путём, и др.) перед прерыванием беременности проводится по показаниям при наличии клинических признаков заболеваний и состояний, которые могут оказать влияние на течение и исход аборта.

3. Врач оформляет информированное согласие пациентки для проведения вакуум-аспирации.

4. При хирургическом медицинском аборте вне зависимости от риска инфекционно-воспалительных осложнений и при медикаментозном медицинском аборте у пациенток группы высокого риска инфекционно-воспалительных осложнений рекомендована антибиотикопрофилактика препаратами широкого спектра действия с целью профилактики инфекционно-воспалительного процесса. С целью антибиотикопрофилактики согласно отечественным и международным

клиническим рекомендациям за 1 час до вмешательства или сразу после вмешательства назначаются или метронидазол (1 г внутрь), или доксициклин (капс. 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней начиная со дня аборта), или пенициллины, или азитромицин 500 мг перорально.

5. Пациентка в течение 4 часов наблюдается в медицинской организации, находясь в палате, ей выдается на руки выписка из автоматизированной системы «Региональный акушерский мониторинг» о проведении вакуум-аспирации и работающим женщинам выдается листок нетрудоспособности в установленном порядке.

Назначается контрольное посещение с целью оценки состояния здоровья пациентки на 9 - 15 день после операции, к врачу, выполнявшему процедуру.

При возникновении симптомов осложнений пациентка осматривается врачом и, при необходимости, направляется для стационарного лечения. Пациентка должна быть предупреждена о симптомах, требующих срочного обращения к врачу и получить информацию о ближайшей медицинской организации с отделением гинекологического профиля.

Рекомендации по консультированию пациенток, выбравших метод вакуумной аспирации

1. Вакуумная аспирация - простой, эффективный и безопасный метод для удаления содержимого матки. Эффективность процедуры составляет 99 - 100%.
2. Принципы консультирования:
Предоставление ясной, простой и легко понятной информации, позволяющей снизить уровень тревоги у пациенток и дающей ей возможность принять информированное решение о своей беременности. Консультирование проводится в конфиденциальной обстановке и предполагает адекватное и доброжелательное общение пациентки и медицинских работников.
3. Консультирование включает информацию:
 - о состоянии здоровья пациентки и течении данной беременности;
 - о различных методах анестезии (их преимущества, недостатки);
 - о продолжительности процедуры и вероятном времени пребывания в медицинской организации;
 - о поведении и мерах безопасности после вакуум-аспирации;
 - о рекомендуемых данной пациентке методах контрацепции;
 - о возможностях получения медицинской помощи при появлении признаков осложнения вакуум-аспирации (инфекции малого таза, кровотечения, гематометра).
4. Признаки нормального выздоровления:
 - небольшие маточные сокращения могут продолжаться в течение нескольких дней, и их можно облегчить приемом анальгетиков;
 - нормальные менструации должны восстановиться в течение 4 - 8 недель;
 - нельзя помещать что-либо во влагалище в течение нескольких дней, пока не прекратятся кровянистые выделения.
5. Способность к деторождению восстанавливается вскоре после процедуры, поэтому, если новая беременность не желательна, требуется контрацепция.
6. Составьте расписание контрольных осмотров и проинформируйте о признаках и симптомах, требующих немедленного обращения к врачу.

Приложение № 6 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 14.07.2023 № 1630-12

форма

Экстренное извещение о криминальном аборте

Фамилия Имя Отчество пациентки: _____

Дата рождения, возраст _____

Номер истории болезни _____

Место жительства (по паспорту) _____

Место работы _____

Занимаемая должность _____

Семейное положение _____

Паритет: беременностей _____, родов _____, выкидышей _____, мед. абортов _____

Дата первичного обращения за медицинской помощью по поводу данной беременности _____

Клинический диагноз _____

Дата и способ криминального вмешательства _____

Операции _____

Исход _____

Причина аборта _____

Принятые меры служебного расследования (дата извещения о факте криминального вмешательства) _____

Руководитель медицинской организации _____

Место печати

«_____» _____ 20__ г.

Дата заполнения