

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Методы прерывания беременности

Учебное пособие



Уфа - 2017

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Методы прерывания беременности

Учебное пособие

Уфа 2017

УДК 618.4-065.819.8
ББК 57.15 я 73
С 22

Рецензенты:

профессор, доктор медицинских наук Т.М. Соколова
профессор, доктор медицинских наук Г.О. Гречканев

Учебное пособие: «Методы прерывания беременности»:

/сост.: Э.М. Зулкарнеева, Т.П. Кулешова, А.Р. Хайбуллина, Таюпова И.М., - Уфа:
Изд-во ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2017.- 81 с.: ил.

Учебное пособие подготовлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело и ООП ВО специальности «Лечебное дело» для изучения дисциплины «Акушерство и гинекология» на основании рабочей программы (Уфа, 2014 г.), действующего Учебного плана (Уфа, 2017 г.).

В пособии рассмотрены существующие методы прерывания беременности, современные технологии прерывания беременности в 1 и во 11 триместрах, показания, противопоказания к прерыванию беременности, методика медикаментозного прерывания беременности, подробная схема комбинированного применения мифепристона и мизопростола для проведения медикаментозного аборта, принципы реабилитации после аборта.

Пособие оснащено рисунками, таблицами, схемами. В пособие включено домашнее задание для закрепления изученного материала в виде стандартизированных тестов, учебных ситуационных задач, максимально приближенных к практике.

Учебное пособие предназначено для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 5 курса лечебного факультета, обучающихся по специальности 31.05.01-Лечебное дело; трудоемкость которого составляет 0,6 З.Е.

Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

УДК 618.4-065.819.8
ББК 57.15 я 73
С 22

© И.В. Сахаутдинова, Э.М. Зулкарнеева, Т.П. Кулешова, С.Ю. Муслимова, А.Р. Хайбуллина
© ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2017.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение. Актуальность.	4
Глава 1. Хирургические методы.	9
Глава 2. Медикаментозные методы.	24
2.1. Препараты, применяемые для медикаментозного аборта.	24
2.2. Нормативно-правовая база лечебного учреждения, предоставляющая услуги аборта.	28
Глава 3. Медикаментозный аборт в первом триместре беременности.	29
3.1. Порядок проведения медикаментозного аборта.	31
3.2. Противопоказания к использованию медицинской технологии.	34
3.3. Описание технологии процесса в дневном стационаре.	34
3.4. Проведение медикаментозного аборта в первом триместре беременности при особых клинических ситуациях.	39
Глава 4. Медикаментозное прерывание во II триместре беременности.	41
4.1. Материально-техническое обеспечение медикаментозного аборта.	42
4.2. Этапы медикаментозного прерывания беременности во II триместре.	44
4.3. Схема медикаментозного прерывания беременности во II триместре.	45
Глава 5. Возможные осложнения медикаментозного аборта и способы их устранения	47
Глава 6. Профилактика воспалительных осложнений после медикаментозного аборта	50
Глава 7. Методы контрацепции после медикаментозного аборта.	52
Список литературы	54
Приложение	55
Контрольно-измерительные материалы	60

ВВЕДЕНИЕ

Учебное пособие подготовлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело и ООП ВО специальности Лечебное дело для изучения дисциплины «Акушерство и гинекология» на основании рабочей программы (Уфа, 2014 г.), действующего Учебного плана (Уфа, 2017 г.).

В пособии рассмотрены существующие методы прерывания беременности, современные технологии прерывания беременности в I и во II триместрах, показания, противопоказания к прерыванию беременности, методика медикаментозного прерывания беременности, подробная схема комбинированного применения мифепристона и мизопростола для проведения медикаментозного аборта, принципы реабилитации после аборта.

Пособие оснащено рисунками, таблицами, схемами. В пособие включено домашнее задание для закрепления изученного материала в виде стандартизированных тестов, учебных ситуационных задач, максимально приближенных к практике.

Учебное пособие предназначено для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 5 курса лечебного факультета, обучающихся по специальности 31.05.01-Лечебное дело; трудоемкость которого составляет 0,6 З.Е.

Изучение данного пособия направлено на формирование у обучающихся следующих общекультурных (ОК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций: ОК-8, ОПК-6, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-12.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Федеральным Законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (ноябрь 2012 г. [9]) и Приказом Минздрава России № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (12 ноября 2012 г. [6]) определены приоритетные технологии прерывания беременности в I и во II триместрах, к которым относится медикаментозное прерывание беременности с помощью препаратов мифепристона и мизопростола. Методика направлена на улучшение качества оказания медицинской помощи при прерывании беременности, снижение количества хирургических аборт и связанных с ним осложнений.

Учитывая определенные трудности перехода от устаревших методов прерывания беременности (хирургический кюретаж полости матки) к современным технологиям, настоящее методическое пособие **ставит целью внедрение методики медикаментозного аборта в первом и во втором триместрах беременности в учреждения здравоохранения Республики Башкортостан.**

С 2011 года успешно внедрен метод медикаментозного прерывания беременности в II триместре. На основании многочисленных исследований были разработаны, изучены, внедрены и рекомендованы ВОЗ (2012 г.) [1, 11] схемы медикаментозного прерывания для использования в странах, где аборт разрешен законом, во всех сроках беременности (до 22 недель) (табл.1). Эти рекомендации объединили исследования (основанные на доказательствах) и клинические руководства (Guidelines) таких авторитетных организаций как Американский колледж акушеров и гинекологов (ACOG, 2011), Британский Королевский колледж акушеров-гинекологов (RCOG, 2012) [10, 12,13,14], **National Abortion Federation (NAF, 2011)**, Европейское Медицинское Агентство (ЕМЕА, 2007), Gynuity, Ipas, Международная Федерация Планируемого Родительства (IPPF, 2008). В 2014 году вышли Клинические рекомен-

дации «Акушерство и гинекология» (под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих), где медикаментозный аборт в поздних сроках рекомендован для использования в практической работе акушеров-гинекологов [7,8].

Таблица 1

Современные схемы медикаментозного аборта, имеющие доказанную эффективность (ВОЗ, 2012 г.)

Режимы	Сроки	Критерии доказательности	Настоятельность рекомендаций
Мифепристон 200 мг орально Мизопростол 400 мкг орально (или вагинально, буккально, сублингвально) через 24-48 часов	До 49 дней	A	Высокая
Мифепристон 200 мг орально Мизопростол 800 мкг вагинально (или под язык или буккально) через 36-48 часов	50-63 дней	A	Высокая
Мифепристон 200 мг орально Мизопростол 800 мкг вагинально через 36-48 часов и далее по 400 мкг вагинально или под язык каждые 3 часа до 4 доз	64-84 дней	B	Низкая
Мифепристон 200 мг орально Мизопростол 800 мкг вагинально или 400 мкг внутрь через 36-48 часов и далее по 400 мкг вагинально или под язык каждые 3 часа до 4 доз	12-22 недели	B	Высокая

Эффективность применения мифепристона с использованием рекомендованных схем, составляет по данным разных авторов до 98,9 % [14].

Медицинский аборт - искусственное прерывание беременности.

Классификация абортов

- Ранний аборт - аборт до 12 недель
- Поздний аборт - с 12 до 21 недели 6 дней аборт (прерывание беременности).

Медицинский аборт по методу проведения:

1. Хирургический

- вакуум-аспирация («мини-аборт»);
- дилатация и кюретаж (выскабливание);
- дилатация и эвакуация;
- искусственные роды.

2. Медикаментозный.

Диагностические критерии

Искусственное прерывание беременности производится:

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

Основные диагностические мероприятия:

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

Показания для консультации специалистов:

- консультация терапевта обязательно;
- консультации других специалистов – по показаниям (наличие экстра-

генитальных заболеваний).

Жалобы и анамнез: желание прервать беременность или заключение комиссии о прерывании беременности по медицинским или социальным показаниям.

Физикальное обследование:

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

ГЛАВА 1. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ:

А. Вакуум-аспирация («мини-аборт»)

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

Вакуум-аспирация является подходящим методом хирургического прерывания беременности сроком до 12 недель беременности. Вакуум-аспирация до 7 недель беременности должна быть выполнена с соответствующей осторожностью для обеспечения полного аборта, в том числе проверку аспирационной ткани. Вакуум-аспирация может быть выполнена от 14 до 16 недель (по медицинским показаниям) беременности; канюля большого диаметра и всасывающая трубка могут потребоваться для выполнения процедуры без использования щипцов для удаления крупных частей плода. Во время вакуум-аспирации матка должна быть опорожнена с помощью всасывающей канюли и тупыми щипцами (если требуется) только. Процедура не должна завершаться рутинно кюретажем. Доступ к ультразвуку во время вакуум-аспирации рекомендуется, но не требуется в рутинной практике для несложных процедур (рис. 1).

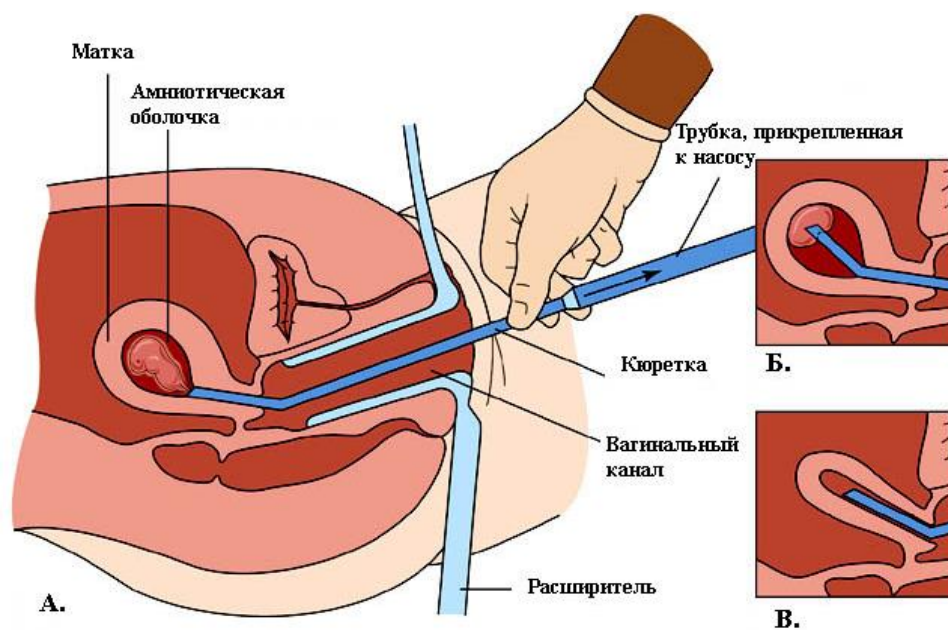
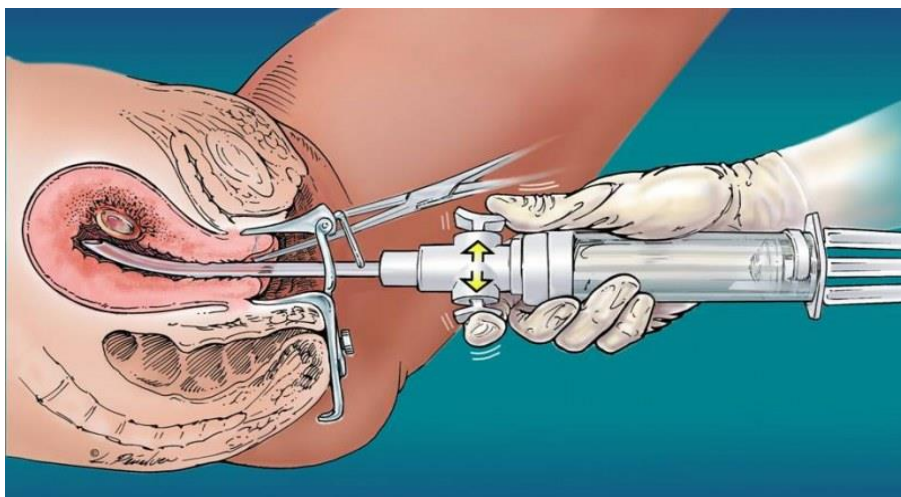


Рис. 1. Мини-аборт производится методом вакуум - аспирации плодного яйца из полости матки в сроке до 5 недель беременности.

Набор инструментов для производства вакуум аборта (фото 1, 2):

- 1) влагалищные зеркала ложкообразные;
- 2) корнцанг -2, пулевые щипцы;
- 3) маточный зонд;
- 4) пинцеты хирургические и анатомические;
- 5) абортцанг;
- 6) расширители Гегара № 4-12;
- 7) кюретки № 2,4,6;
- 8) наконечник для вакуум-аппарата;
- 9) вакуум-аппарат;
- 10) катетер металлический;
- 11) шприц 5,0 и 2,0;
- 12) Лоток.

Область применения: для мини-аборта, лечебно-диагностическая аспирация



Фото.1. Наконечник для вакуум-аппарата.

Полая трубка диаметром 6 мм, длиной 240 мм с одним или двумя отверстиями на дистальном конце, через которые происходит аспирация материала. Проксимальная часть инструмента снабжена переходником для подсоединения шприца 50 мл.



Полая трубка диаметром 7-11 мм, длиной 180 мм с одним или двумя отверстиями на дистальном конце, через которые происходит аспирация материала. Проксимальная часть инструмента снабжена переходником для подсоединения шприца 50 мл.



Шланг для отсоса с вращающейся головкой



Фото 2 . Вакуум-аппарат для проведения искусственного аборта на ранних сроках беременности (мини-аборта).

Подготовка к процедуре:

- Положение женщины: дорсальное ;
- Накрыть пациентку стерильной простыней;
- Очистить влагалище и шейку матки местным антисептиком;
- Ввести 1 см³ раствора для местной анестезии в шейку матки в точку, соответствующую 12 часам, до наложения пулевых щипцов. Наложить пулевые щипцы и затем провести цервикальную блокаду.

Расширение шейки матки: адекватное расширение необходимо для обеспечения безопасности пациентки и ее комфорта во время процедуры. Однако, если при проведении аборта в первом триместре используется гибкая канюля малого диаметра, то в большинстве случаев не требуется проведение расширения цервикального канала.

Расширение шейки матки может быть проведено различными способами:

- жесткие расширители (Гегара);
- осмотические расширители;
- лекарственные (мизопростол).

Проведение аспирации:

а) Подготовить шприц для МВА:

- закрыть клапаны шприца;
- создать вакуум: удерживая корпус шприца в одной руке, оттянуть поршень шприца назад до тех пор, пока рукоятки поршня не закроются снаружи на конце корпуса шприца. Обе рукоятки поршня должны находиться в таком положении, чтобы поршень не мог сдвинуться в шприц.

б) Выбрать канюлю необходимого размера так, чтобы диаметр канюли в мм соответствовал сроку беременности в неделях.

в) Присоединить необходимый адаптер к шприцу.

г) Мягко ввести канюлю до дна матки, при этом цервикальный канал должен быть выпрямлен. Мягко оттянуть канюлю от дна матки.

д) Присоединить подготовленный шприц к канюле.

е) Провести аспирацию:

- открыть клапаны шприца;

- осторожно и медленно вращать канюлю вперед и назад в полости матки, одновременно с этим вращая шприц.

- вынуть канюлю и прекратить аспирацию только когда шприц будет полным или в конце процедуры. Если произошла потеря вакуума или заполнился шприц, опорожнить его, перезарядить и подсоединить к канюле.

- открыть клапаны и снова начать аспирацию.

- не брать за рукоятки поршня, когда шприц подсоединен к канюле, находящейся в матке (это может привести к попаданию воздуха или удаленных тканей обратно в матку).

- повторить цикл аспирации до тех пор, пока в канюле не появится красная или розовая пена и не перестанут просматриваться какие-либо ткани, матка сократится вокруг канюли и раздастся специфический звук, свидетельствующий о том, что процедура завершена.

- важно, чтобы отверстия канюли не сместились от входа в цервикальный канал, так как это может привести к потере вакуума.

ж) Завершение процедуры:

- удалить канюлю;

- отсоединить фиксатор шейки матки, обследовать на предмет необычного кровотечения из канала шейки матки или места наложения пулевых щипцов.

- удалить зеркало, осторожно вытереть кровь или другие жидкости с вульвы. Положить все инструменты в обеззараживающий раствор.

- помочь пациентке поменять положение из дорсальной в положение лежа на спине.

Б. Хирургический аборт (дилатация и кюретаж «выскабливание»).

Этот вид аборта считается опасным и не может быть применен рутинно. Удаление плодного яйца в сроки 6–12 недель производят путём выскабливания стенок полости матки (дилатация шейки матки и кюретаж) в условиях гинекологического стационара с круглосуточной анестезиологической и

хирургической помощи в полном объеме.

Подготовка к операции

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

Методы обезболивания - наркоз внутривенный.

Техника операции: медицинский аборт выполняют в операционной в положении женщины на гинекологическом кресле.

Набор инструментов для проведения медицинского аборта:



Фото.3. Набор инструментов для проведения медицинского аборта

Набор инструментов включает:

- влагалищные зеркала,
- пулевые щипцы,
- маточный зонд,
- комплект расширителей Гегара № 4–12,
- кюретки № 6, 4, 2,
- щипцы для удаления плодного яйца (абортцанг),
- пинцет (или корнцанг),
- стерильный материал.

Последовательность действий при операции:

- 1) Проводят двуручное влагалищно-абдоминальное исследование для определения величины матки, её положения в малом тазу и для исключения противопоказаний к операции.
- 2) Обрабатывают наружные половые органы, влагалище и шейку матки раствором повидон йод или другим антисептиком.
- 3) Вводят зеркала во влагалище. (Симса) и подъемник (Отта)

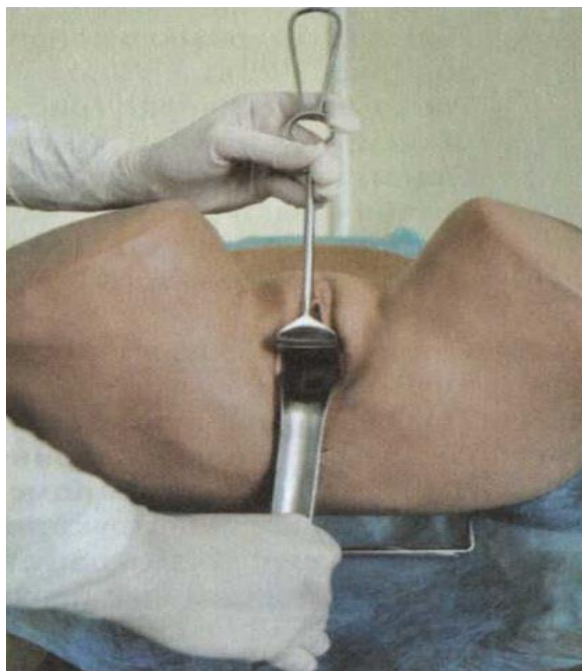


Фото. 4. Ввод зеркала и подъемника во влагалище

- 4) Берут шейку матки пулевыми щипцами за переднюю губу. Переднее зеркало удаляют, заднее передают ассистенту, сидящему слева. Для выпрямления шейечного канала шейку подтягивают книзу и кзади (при положении матки в anteflexio) или кпереди (при положении матки в retroflexio).



Фото. 5. Пулевые щипцы однозубые для фиксации шейки матки

Область применения: используются для фиксации, экспозиции, захватывания и удержания шейки и тела матки при различных гинекологических вмешательствах.

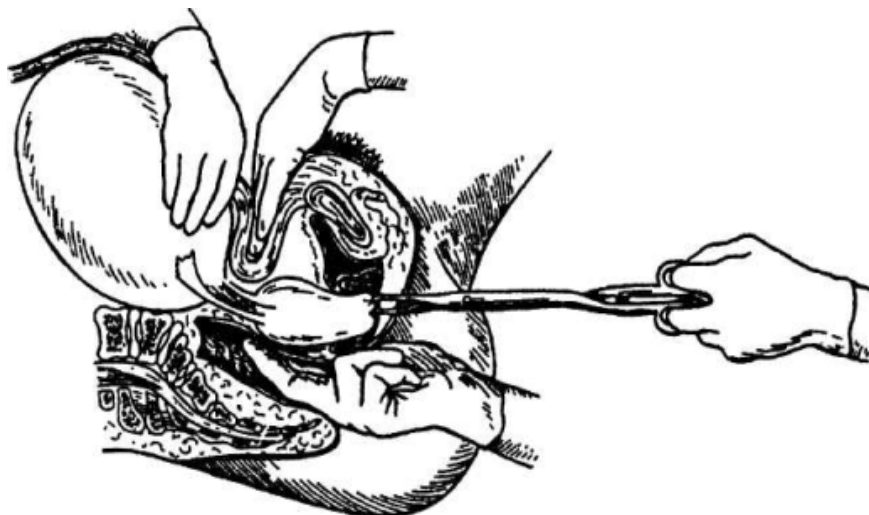


Рис.2. Фиксация шейки матки с помощью пулевых щипцов

5) Вводят в полость матки маточный зонд для уточнения положения матки и измерения длины её полости. Кривизна маточного зонда и глубина его введения определяют направление введения расширителей Гегара до № 11–12.

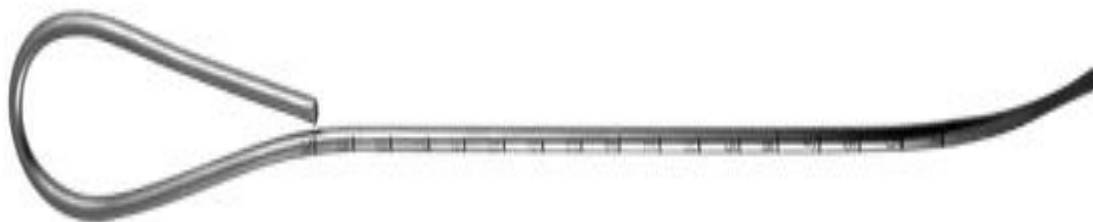
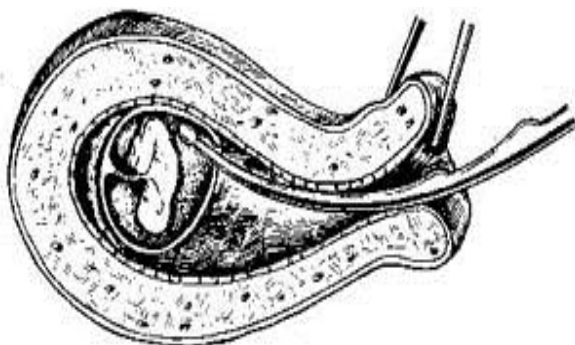


Рис. 3. Зонд маточный с делениями, изогнутый 290 мм



Область применения: предназначен для исследования шеечного канала шейки и полости матки (определение длины), а также для измерения их длины.

Рис. 4. Исследование шеечного канала.

6) Вводят расширители Гегара последовательно несколько дальше внутреннего зева. Введение расширителей способствует растяжению мышцы

шейки матки. Попытка фиксированного введения расширителей может привести к разрывам и перфорации шейки и тела матки. Каждый расширитель удерживают тремя пальцами с тем, чтобы с большой осторожностью пройти внутренний зев и прекратить движение расширителя сразу же после преодоления сопротивления зева. Если возникает трудность при введении расширителя последующего номера, возвращаются к предыдущему, захватывают пулевыми щипцами заднюю губу шейки матки и удерживают расширитель в шейке матки в течение некоторого времени.

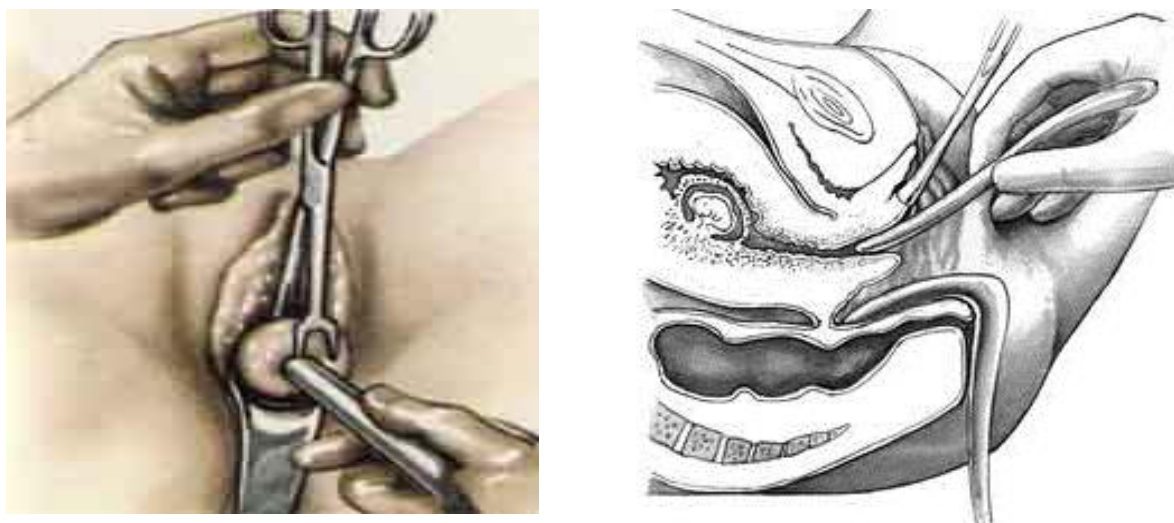


Рис. 5. Искусственный аборт (схема, введение расширителя Гегара.
А - общий вид спереди; Б - вид сбоку

7) Удаляют плодное яйцо с помощью кюреток и абортцанга. Абортцангом удаляют части плодного яйца. Выскабливание начинают тупой кюреткой № 6, затем по мере сокращения матки и уменьшения её размеров используют более острые кюретки меньшего размера. Кюретку осторожно вводят до дна матки и движениями по направлению к внутреннему зеву последовательно по передней, правой, задней и левой стенкам отделяют плодное яйцо от его ложа. Одновременно отделяют и удаляют оболочки. Проверив острой кюреткой область трубных углов, операцию заканчивают.

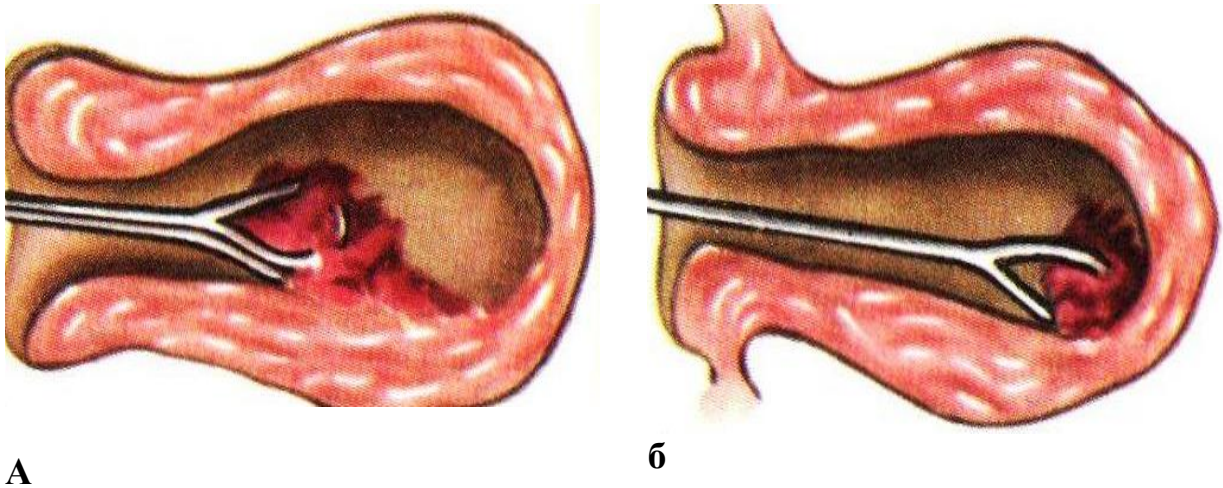


Рис.6. Операция искусственного аборта:
 а – разрушение и удаление плодного яйца абортангом б – разрушение и выскабливание плодного яйца кюреткой

В случае полного удаления плодного яйца при выскабливании ощущают хруст, матка хорошо сокращается, кровотечение останавливается. Средняя кровопотеря при прерывании беременности при сроке 6–9 нед составляет около 150 мл.

Полноту опорожнения матки от элементов плодного яйца целесообразно контролировать с помощью УЗИ (особенно у нерожавших).

После искусственного прерывания беременности женщин с резус-отрицательной кровью иммунизируют анти-Д иммуноглобулин человеческого-антирезусRho (D) в течение 72 часов.

Обезболивание при хирургическом аборте

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

Профилактика инфекционных осложнений:

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

Профилактические мероприятия:

Женщины должны быть проинформированы о необычных осложнениях, которые могут возникнуть, и их возможных клинических последствиях. Они могут включать:

- Сильное кровотечение, требующее переливание, риск ниже для ранних абортов, происходящих у менее чем 1 на 1000, и растущих до около 4 на 1000 на сроке беременности свыше 20 недель.

- Перфорация матки (хирургический аборт только); риск в порядке 1-4 на 1000 и ниже для ранних абортов и тех, которые выполняются опытными врачами.

- Травма шейки матки (хирургический аборт только); риск повреждения влагалищного отверстия не превышает 1 на 100 и меньше для раннего аборта и тех, выполняемых опытными клиницистами.

- Женщины должны быть проинформированы, что если произойдет одно из этих осложнений, то может потребоваться дальнейшее лечение в виде переливания крови, лапароскопии или лапаротомии [8,9,12].

Прогрессирование беременности после неудачного аборта

Женщины должны быть проинформированы, что хирургические и медицинские методы прерывания беременности несут риск неудачного прерывания беременности (меньше 1 на 100), что требует хирургического вмешательства после медикаментозного аборта или реэвакуация после хирургического аборта.

Инфекции после аборта

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

Дальнейшее ведение

В послеоперационном периоде необходимо следить за температурой тела, частотой пульса, выделениями из половых органов. После выписки из стационара рекомендуют наблюдение в женской консультации. После аборта желательна консультация врача по поводу подбора средств контрацепции. Необходимо отказаться от приёма ванны (лучше душ), купания в бассейнах и открытых водоемах в течение первых 14 дней. Необходимо соблюдение полового покоя в течение 21 дня для профилактики возможного заноса инфекции в матку, которая после аборта представляет собой большую открытую рану. Половую жизнь следует начинать после первой менструации, которая придёт после аборта.

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

Критерии эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- отсутствие повышения температуры тела;
- отсутствие остатков плодного яйца и признаков эндометрита;
- восстановление менструального цикла через месяц после аборта.

Госпитализация

Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

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

Противопоказания медицинского аборта:

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

МАЛОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (КОРПОРАЛЬНОЕ)

Малое кесарево сечение – операция, производимая с целью досрочного прерывания беременности во 2 триместре, в сроки 17–22 недели беременности. Родоразрешающая операция, при которой плод и послед извлекают через произведённый разрез на матке.

Выполняется при наличии медицинских показаний к прерыванию беременности, или если есть противопоказания к другим способам искусственного прерывания беременности.

Показания к проведению такого аборта условно подразделяются на показания со стороны женщины (болезни ЦНС, нарушения работы ССС, почечная недостаточность, сахарный диабет, заболевания крови) и показания со стороны плода (генетические аномалии, пороки развития несовместимые с жизнью).

Методом выбора способа обезболивания операции является регионарная анестезия (эпидуральная или спинальная). Если невозможно осуществить регионарную анестезию, применяют общую комбинированную анестезию (эндотрахеальный наркоз).

Техника корпорального кесарева сечения.

1. Лапаротомия.

При операции кесарево сечение используют 3 вида доступа через переднюю брюшную стенку (рис.7).

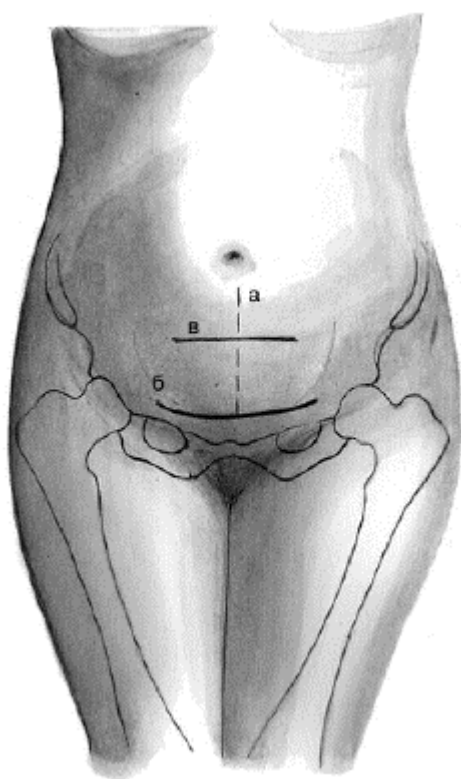


Рис.7. Способы рассечения передней брюшной стенки

- ✓ Нижнесрединный разрез.
- ✓ Разрез по Пфанненштилю.
- ✓ Разрез по Джоэл–Кохену.

Переднюю поверхность матки отгораживают от брюшной полости салфетками.

2. На передней стенке матки по средней линии делают продольный разрез длиной около 12см по направлению от пузырноматочной складки к дну.

3. Извлечение плод за ножку или головку (захватывают рукой). Пуповину рассекают между двумя зажимами. Ребенка передают акушерке.
4. Удаление последа, ревизия полости матки.
5. Послойное ушивание стенки матки (мышечно-мышечным, серозно-мышечным и серозно-серозным швами).

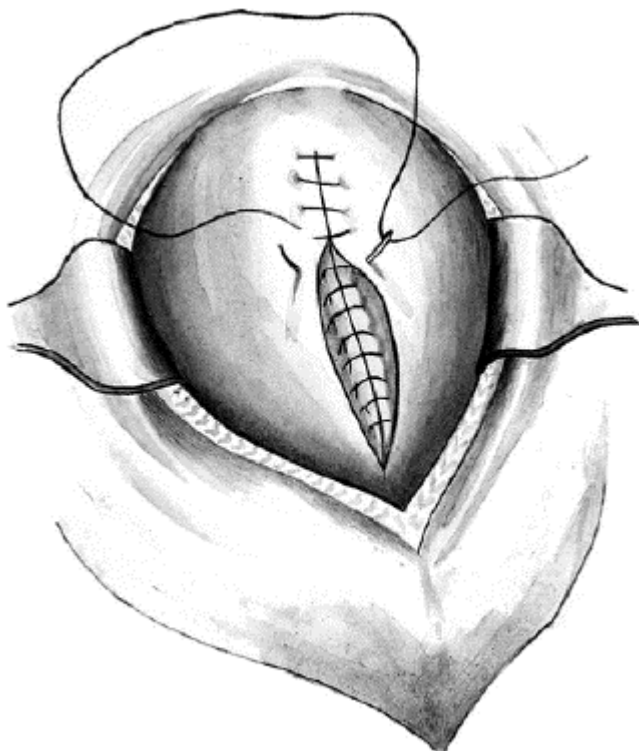


Рис.8. Схема корпорального кесарева сечения. Наложение непрерывного 2-рядного шва на матке при корпоральном КС.

6. Ревизия, туалет брюшной полости.
7. Ушивание послойное передней брюшной стенки.

Глава 2.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ:

2.1. ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Медикаментозный аборт осуществляется путем последовательного приёма препаратов: антагониста прогестерона (мифепристон) и аналога простагландинов (мизопропростол).

АНТАГОНИСТЫ ПРОГЕСТЕРОНА (МИФЕПРИСТОН)

Механизм действия препаратов: мифепристон, являясь антагонистом прогестерона, связывается с его рецепторами в органах-мишенях и препятствует эндогенному прогестерону осуществлять свои функции. Мифепристон оказывает воздействие на децидуальную оболочку, что приводит к повреждению эндотелиальных клеток и отделению трофобласта. Препарат повышает сократительную способность миометрия, стимулируя высвобождение интерлейкина-8 в хориодецидуальных клетках, повышая чувствительность миометрия к простагландинам. Кроме того, мифепристон стимулирует функцию простагландинов в матке, увеличивает их синтез и блокирует фермент дегидрогеназу, который разрушает простагландины. Это ведет к прерыванию беременности, кровотечению и снижению в плазме крови концентрации хорионического гонадотропина.

В связи с тем, что препарат повышает чувствительность матки к простагландинам, усиливающим сократительную деятельность матки, использование мифепристона в сочетании с аналогом простагландина повышает эффективность метода.

Фармакокинетика мифепристона: При пероральном приеме мифепристона в дозе 600 мг, пик концентрации в сыворотке крови достигается через 1 час 30 мин. Биодоступность препарата составляет 69%. В плазме крови мифепристон на 98% связывается с белками: альбумином и α 1-кислотным

гликопротеином до насыщенного связывания. После фазы распределения препарата концентрация уменьшается в 2 раза между 12-72 часами. Период полувыведения составляет 18 часов, метаболизируется в печени.

Показания к применению мифепристона:

- Медикаментозное прерывание маточной беременности (в комбинации с мизопростолом).

Противопоказания к применению мифепристона:

- гиперчувствительность к препарату (индивидуальная непереносимость);
- надпочечниковая недостаточность и длительное лечение глюкокортикостероидами;
- внематочная беременность;
- острая или хроническая почечная и/или печеночная недостаточность;
- порфирия;
- нарушения в системе гемостаза (в т.ч. предшествующее лечение антикоагулянтами);
- анемия тяжелой степени (менее 70 г/л);
- острые воспалительные заболевания влагалища (женских половых органов).

Мифепристон применяется с осторожностью при:

- миоме матки размерами более 4 см;
- наличии рубца на матке;
- тяжелой артериальной гипертензии;
- возрасте женщины старше 35 лет в сочетании с курением;
- нарушении ритма сердца, сердечной недостаточности.

Побочные действия при применении препарата мифепристон:

- чувство дискомфорта внизу живота;
- слабость;

- головная боль;
- головокружение;
- тошнота, рвота, диарея;
- гипертермия;
- кожные высыпания.

Применение при лактации:

При выполнении медикаментозного аборта у лактирующих женщин после приема мифепристона кормление ребенка грудью может быть продолжено без перерывов.

АНАЛОГИ ПРОСТАГЛАНДИНОВ - МИЗОПРОСТОЛ

Механизм действия препарата: синтетическое производное простагландина E1 – мизопропростол индуцирует сокращение гладких мышечных волокон миометрия и расширение канала шейки матки. Способность простагландина стимулировать сокращения матки облегчает открытие шейки и удаление содержимого полости матки. После приема мифепристона простагландин может индуцировать или усиливать частоту и силу самопроизвольных сокращений матки [4].

Фармакокинетика мизопростола: препарат быстро абсорбируется при пероральном приеме, полностью всасываясь через 1,5 часа. Максимальная концентрация активного метаболита (мизопропростоловой кислоты) в плазме крови достигается через 15 минут, период полувыведения составляет 36-40 минут.

Показания к применению мизопростола:

- Прерывание маточной беременности (в комбинации с мифепристоном).

Противопоказания к применению мизопростола:

- гиперчувствительность к препарату (индивидуальная непереносимость);
- внематочная беременность;

- хронические обструктивные болезни легких, бронхиальная астма;
- тяжелая артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, коронарокардиосклероз;
- выраженные нарушения функции печени, почек;
- эндокринопатии (тяжелый сахарный диабет с ангиопатиями, дисфункция надпочечников).

Мизопростол применяется с осторожностью при:

- эпилепсии;
- энтероколите, диарее;
- гормонально-зависимых опухолях.

Побочные действия препарата:

- Аллергические реакции.
- Со стороны органов ЖКТ: боль в животе, диспепсия, метеоризм, тошнота и/или рвота, диарея или запор.
- Со стороны половой системы: метроррагия, боль внизу живота в связи с сокращениями миометрия.
- Прочие: головокружение, головная боль, астения, повышенная утомляемость, гипертермия, озноб.

Взаимодействие с другими лекарственными препаратами:

Прием пищи и антацидов снижает концентрацию мизопростоловой кислоты. Курение более 10 сигарет в сутки стимулирует метаболизм мизопростола, снижая его уровень в сыворотке крови.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ «МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА»

Основные требования по проведению медикаментозного аборта включают подготовку медицинских кадров и обеспечение необходимыми лекарственными препаратами. В состав медицинского персонала должны входить квалифицированные консультанты, которые смогут установить приемле-

мость данного метода для конкретной женщины, убедиться в эффективности аборта, предоставить при необходимости неотложную помощь.

2.2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩЕГО УСЛУГИ АБОРТА:

1. Приказ МЗ Российской Федерации от 12.11.2012 г. №572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (глава 9, п. 107, 117,118), разрешение на применение новой технологии ФС №2009/339 от 16.10.2009 года;

2. Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (статья 56);

3. Приказ Минздравсоцразвития России от 3 декабря 2007 г. №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»;

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2012 г. №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности»;

5. Клинико-экономический стандарт «Медикаментозный аборт» С 242.14.15.001;

6. Медикаментозное прерывание беременности. Клинические рекомендации (протокол лечения) (Москва, 2015)

7. Лицензия на медицинскую деятельность при осуществлении специализированной медицинской помощи по акушерству и гинекологии;

8. Информированное согласие пациентки;

9. Памятка для пациентки;

10. Акт о предоставлении препарата с указанием серии и номера упаковки;

11. Мониторинг и оценка качества оказания медицинской услуги.

Глава 3. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Показанием для медикаментозного аборта является маточная беременность раннего срока (42 - 63 дня аменореи). В соответствии с рекомендациями ВОЗ, использование этого метода возможно до 63 дней аменореи (степень доказательности В) в амбулаторных условиях и до 12 недель – в условиях стационара.

Особенности консультирования женщин, выбравших медикаментозное прерывание беременности, до аборта:

1. Пациентка должна быть ознакомлена с количеством посещений, которых требует медикаментозный метод (3 дня), и нужно отметить ее согласие на это:

- для приема мифепристона;
- для приема простагландина через 36-48 часов после первого посещения;
- для оценки полноты прерывания беременности через 10-14 дней после первого посещения.

2. Пациентка должна быть информирована об эффективности, побочных эффектах и рисках метода, о возможном кровотечении, тератогенном риске медикаментов и о том, что в случае неудачи медикаментозного метода беременность будет прервана хирургическим путем.

3. Пациентку необходимо ознакомить с порядком приема медикаментов и обсудить побочные эффекты, возможные осложнения; объяснить, что следует делать в случае их возникновения.

4. Пациентке следует выдать письменные рекомендации, включая возможные методы контрацепции.

5. Необходимо отметить согласие пациентки на прерывание беременности хирургическим методом, если медикаментозный окажется неэффективным.

Преимущества медикаментозного метода прерывания беременности:

- Эффективность метода 96-98%, безопасность и приемлемость.
- Отсутствие риска, связанного с анестезией.
- Отсутствие риска осложнений, связанных с хирургическим вмешательством (механическое повреждение эндометрия, миометрия, сосудов матки, травматизация цервикального канала).
 - Снижение риска развития восходящей инфекции и послеабортных воспалительных осложнений.
 - Неинвазивность метода, исключает возможность заражения ВИЧ-инфекцией, гепатитом В и С, другими гемотрансмиссивными инфекциями.
 - Отсутствие психоэмоциональной травмы, возникающей при хирургическом аборте.
 - Отсутствие неблагоприятного влияния на дальнейшую репродуктивную функцию, что особенно важно для первобеременных.
 - Возможность прервать беременность на ранних сроках, когда хирургические методы еще недоступны.

Эффективность метода:

Эффективность метода определяется частотой полного опорожнения полости матки при проведении медикаментозного аборта, без дополнительного хирургического вмешательства. Эффективность применения мифепристона и мизопростола на ранних сроках беременности составляет 96-98%. Иногда до полного завершения аборта требуется до 2 недель.

Безопасность метода:

Медикаментозное прерывание беременности на ранних сроках с применением мифепристона и мизопростола в контролируемых условиях абсолютно безопасно.

Тератогенный эффект:

В редких случаях возникают вопросы о возможности продолжения беременности после приема лекарств для медикаментозного аборта (1-2% случаев). Нет данных о том, что мифепристон оказывает тератогенное воздействие на зародыш, но такое действие есть у мизопростола. Несмотря на то, что риск развития врожденных пороков плода достаточно низок, целесообразно завершить неудачный медикаментозный аборт хирургическим путем. Женщины должны быть информированы о вероятности рождения ребенка с врожденными пороками развития в случае, если она решает сохранить беременность после применения мизопростола.

Фертильность после медикаментозного аборта:

Медикаментозный аборт не влияет на дальнейшую фертильность женщины. Беременность может наступить в течение первого менструального цикла после проведения медикаментозного прерывания и, даже, в цикле прерывания.

3.1. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА:

Медикаментозный аборт проводится в условиях дневного стационара.

Показания к использованию медицинской технологии медикаментозного аборта: маточная беременность раннего срока (аменорея до 9 недель или 63 дней от первого дня последней менструации), подтвержденная данными ультразвукового исследования, положительным экспресс-тестом на беременность.

Пациентке необходимо рекомендовать проведение экспресс-теста на беременность в домашних условиях и обращение к врачу акушеру-гинекологу не позднее 36 дней аменореи.

Подготовка пациентки к медикаментозному прерыванию: факт беременности устанавливают на основании гинекологического осмотра и ультразвукового исследования.

Обследование для медикаментозного прерывания: перед прерыванием беременности путем медикаментозного аборта необходимо провести:

1. трансвагинальное УЗИ органов малого таза;
2. определение группы крови, резус-фактора (всем женщинам независимо от возраста и паритета), титр антител к резус-фактору (повторнобеременным женщинам при наличии резус отрицательной принадлежности крови);
3. мазок на степень чистоты влагалищного секрета;
4. другие анализы – по показаниям, например, развернутый анализ крови (при наличии клинических признаков анемии).

Требования к оформлению медицинской документации:

1. Сведения о прерывании беременности ранних сроков заносят в «Карту больного дневного стационара поликлиники» (Форма N 003-2у-88) и «Журнал записей амбулаторных операций» (форма 69/у).
2. Пациентка после предварительного консультирования подписывает добровольное информированное согласие на прерывание беременности медикаментозным методом.
3. Пациентке выдается «Памятка о графике визитов к врачу» и «Памятка о медикаментозном аборте».
4. Врач акушер-гинеколог заполняет протокол медикаментозного прерывания беременности при каждом приеме лекарственных средств.
5. Пациентка расписывается о каждом приеме лекарственных препаратов (мифепристон и мизопростол) в протоколе медикаментозного прерывания беременности.
6. Мифепристон и мизопростол ставятся в учреждении здравоохранения на предметно-количественный учет по форме «Журнал учета лекарственных средств, состоящих на предметно количественном учете».

Первичный амбулаторный визит к врачу акушеру-гинекологу.

Врач акушер-гинеколог:

1. проводит гинекологический осмотр, подтверждает факт беременности, уточняет срок беременности (трансвагинальное УЗИ органов малого таза) – не более 9 недель (63 дня аменореи с первого дня последней менструации) и определяет наличие противопоказаний для проведения медикаментозного аборта;

2. информирует пациентку об особенностях действия препаратов, сути метода, возможных побочных эффектах, осложнениях и необходимости строгого выполнения врачебных рекомендаций при желании женщины прервать беременность путем медикаментозного аборта;

3. направляет женщину в кабинет медико-социальной помощи муниципального учреждения здравоохранения, где с ней проводят работу психолог, специалист по социальной работе и юрист. Данная норма установлена для работы с женщинами с целью сохранения наступившей беременности – «Дни тишины» (48 часов). Консультирование проводится на основе информированного *добровольного согласия женщины* (Приказ МЗ РФ №572н, п. 104);

4. выдает направление на необходимое исследование для проведения искусственного прерывания беременности путем медикаментозного аборта не ранее 48 часов с момента первичного обращения женщины к врачу акушеру-гинекологу.

5. измеряет артериальное давление;

6. оформляет медицинскую документацию;

7. выдает пациентке направление в дневной стационар на прерывание беременности путем медикаментозного аборта с указанием результатов исследования (при отсутствии противопоказаний);

8. выдает пациентке «Памятку о графике визита к врачу» с обязательным указанием даты визита № 3, свою фамилию, имя отчество, контакт-

ный телефон и резервирует талон на посещение и проведение контрольного УЗИ.

3.2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

- Внематочная беременность или подозрение на нее.
- Острая надпочечниковая недостаточность.
- Аллергические реакции на мифепристон или мизопростол.
- Острая или хроническая почечная и печеночная недостаточность.
- Наследственные порфирии.

ПРИМЕНЕНИЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

(в условиях стационара, с консультированием смежных специалистов)

- Длительная кортикостероидная терапия.
- Миома матки больших размеров (более 12 недель).
- Инсулинозависимая форма сахарного диабета.
- Бронхиальная астма, хронические обструктивные заболевания легких.
- Тяжелая артериальная гипертензия.
- Заболевания крови, угрожаемые по кровотечению.

3.3. ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОЦЕССА В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

Первый визит к врачу акушеру-гинекологу:

1. врач акушер-гинеколог проводит гинекологический осмотр, подтверждает факт беременности, при необходимости уточняет срок беременности (трансвагинальное УЗИ органов малого таза) – не более 9 недель (63 дня аменореи);
2. осуществляет оценку данных лабораторного исследования;

3. информирует пациентку об особенностях действия препаратов, сути метода, возможных побочных эффектах, осложнениях и необходимости строгого выполнения врачебных рекомендаций;

4. пациентка подписывает добровольное информированное согласие на прерывание беременности медикаментозным методом, где врач акушер-гинеколог указывает свою фамилию, имя, отчество и контактный телефон;

5. экземпляр добровольного информированного согласия на прерывание беременности медикаментозным методом вкладывается в «Карту больного дневного стационара поликлиники» (Форма N 003-2у-88), второй экземпляр отдается на руки пациентке;

6. врач назначает мифепристон в дозе 200 мг перорально (1 таблетка 200 мг);

7. лекарственное средство (мифепристон) принимается однократно в присутствии врача, пациентка утром за 1 - 1,5 часа должна принять легкий завтрак;

8. врач заполняет протокол медикаментозного прерывания беременности с отметкой о приеме мифепристона;

9. пациентка расписывается в протоколе, подтверждая факт приема препарата;

10. врач заполняет «Памятку о медикаментозном аборте» и «Памятку о графике визитов к врачу» (с обязательным указанием даты двух визитов № 1 и № 2, свою фамилию, имя, отчество и контактный телефон, памятки выдаются пациентке;

11. врач наблюдает пациентку в течение одного-двух часов после приема мифепристона, осуществляет запись в медицинской документации о состоянии здоровья женщины (жалобы, данные клинического осмотра, наличие кровянистых выделений), после чего пациентку отпускают домой.

Второй визит к врачу акушеру-гинекологу:

1. явка пациентки через 36-48 часов после приема мифепристона;

2. врач акушер-гинеколог осуществляет запись в медицинской документации о состоянии здоровья женщины (жалобы, данные клинического осмотра, наличие кровянистых выделений);
3. врач проводит консультирование (тактика пациентки при появлении спастических болей внизу живота, кровянистых выделений после приема мизопростол, уточняет метод послеабортной контрацепции);
4. врач назначает мизопростол в дозе 400 мкг перорально (2 таблетки по 200 мкг), лекарственное средство (мизопростол) принимается однократно в присутствии врача;
5. врач заполняет протокол медикаментозного прерывания беременности с отметкой о приеме мизопростол;
6. пациентка расписывается в протоколе, подтверждая факт приема лекарственного средства (мизопростол);
7. врач осуществляет динамическое наблюдение за пациенткой в течение 3-4 часов, если в течение этого времени у женщины не появились кровянистые выделения из половых путей, мизопростол в дозе 400 мкг (2 таблетки по 200 мкг) назначают повторно;
8. заполняется протокол медикаментозного прерывания беременности с отметкой о повторном приеме мизопростол;
9. пациентка расписывается в протоколе, подтверждая факт повторного приема лекарственного средства (мизопростол);
10. врач после повторного приема мизопростол наблюдает пациентку в течение двух часов и осуществляет запись в медицинской документации о состоянии здоровья женщины (жалобы, данные клинического осмотра, наличие кровянистых выделений), после чего пациентку отпускают домой при наличии или отсутствии кровянистых выделений из половых путей;
11. врач акушер-гинеколог оформляет выписной эпикриз в «Карту больного дневного стационара поликлиники» (Форма N 003-2у-88), выдает пациентке выписку из медицинской документации;

12. данные о пациентке передаются в женскую консультацию (акушерско-гинекологический кабинет поликлиники) для осуществления контроля за состоянием женщины (в т.ч. в телефонном режиме);

13. динамическое наблюдение (в т.ч. в телефонном режиме) с момента выписки пациентки из дневного стационара до контрольного третьего визита к врачу акушеру-гинекологу (через 10-14 дней) осуществляется врачом женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета поликлиники), направившего женщину в дневной стационар для проведения медикаментозного аборта.

Пациенткам с резус-отрицательной принадлежностью крови при отсутствии у них антирезусных антител необходимо после приема мизопростола (в этот же день) ввести 1 дозу (50-75 мкг) антирезус иммуноглобулина с целью предупреждения послеабортной резус-сенсбилизации.

Выкидыш происходит в течение первых 24 часов после приема мизопростола у 60-70,5% женщин. Перед уходом с приема необходимо повторно осмотреть женщину вагинально: плодное яйцо может задержаться в шейке, и тогда необходимо его удалить. Пациентка информируется о том, что у нее произошел выкидыш, если врач уверен, что четко идентифицировал плодное яйцо.

Уходя из лечебного учреждения после второго визита, пациентка должна хорошо представлять следующее:

- что она будет чувствовать после приема мизопростола;
- независимо от того, произошел выкидыш или нет, что ожидать и на что обратить внимание, если выкидыш произойдет вне клиники;
- стораживающие симптомы;
- с кем можно связаться, если возникнут вопросы или понадобится срочная медицинская помощь (контактные телефоны);
- какие обезболивающие препараты можно принимать;
- какие чувства может испытывать женщина в процессе аборта;

- необходимо убедиться, что у пациентки осталась информация после прошлого визита и, если необходимо, предоставить снова;
- нельзя: пользоваться тампонами, принимать ванну и иметь вагинальные половые контакты;
- в качестве гигиенических средств использовать прокладки;
- время следующего визита;
- письменная информация о методе прерывания беременности, наиболее распространенных побочных эффектах и осложнениях;
- запись врача о принятых препаратах для медикаментозного аборта, если потребуется лечение осложнений в других ЛПУ;
- презервативы и/или другие контрацептивные меры, которые женщина может использовать и время (день) начала их применения.

Контрольный (третий) визит к врачу женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета поликлиники) через 10-14 дней после приема мифепристона.

Врач акушер-гинеколог:

1. проводит гинекологический осмотр;
2. контроль УЗИ органов малого таза трансвагинальным доступом;
3. должен убедиться, что у женщины есть вся информация, и она выбрала метод контрацепции.

Случай медикаментозного прерывания беременности считается законченным, если плодное яйцо в матке не определяется!!!

При неудачном исходе медикаментозного аборта (неполный аборт, продолжающаяся беременность), которые могут наблюдаться в 0,4-1% случаев, должно быть произведено хирургическое прерывание беременности (вакуум - аспирация или кюретаж).

3.4. ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ОСОБЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

Медикаментозное прерывание беременности производится в специализированном стационаре с круглосуточным динамическим наблюдением при:

- неразвивающейся беременности;
- врожденных пороках развития плода, выявленных при проведении скринингового УЗИ до 12-13 недель.

Условия выполнения медикаментозного прерывания беременности при особых клинических ситуациях:

- отсутствие противопоказаний к прерыванию беременности медикаментозным методом;
- наличие в лечебном учреждении условий для оказания круглосуточной медицинской помощи (малая операционная с оборудованием для выполнения вакуумной аспирации и/или кюретажа; наркозно-дыхательная аппаратура);
- доступность ультразвукового исследования, для уточнения локализации плодного яйца и оценки эффективности процедуры медикаментозного прерывания беременности;
- с пациенткой должно быть проведено тщательное консультирование и подписано информированное согласие на проведение медикаментозного аборта.

Обследование перед медикаментозным прерыванием беременности при особых клинических ситуациях:

- трансвагинальное УЗИ органов малого таза;
- развернутый анализ крови (при наличии клинических признаков анемии), сахар крови;
- анализ крови на реакцию Вассермана, ВИЧ-инфекцию, гепатит В;
- определение группы крови, резус-фактора, титр антител к резус-фактору (при наличии резус отрицательной принадлежности крови);

- мазок на степень чистоты влагалищного секрета.
- дополнительно выполняется коагулограмма с определением АПТВ (АЧТВ), РФМК, фибриногена, ПТИ, ПТВ.

Необходимая медицинская документация:

- карта стационарного больного;
- добровольное информированное согласие пациентки на прерывание беременности медикаментозным методом;
- протокол медикаментозного прерывания беременности, в котором пациентка расписывается о каждом приеме лекарственных препаратов (мифепристон и мизопростол);
- «Журнал учета лекарственных средств, состоящих на предметно количественном учете», в котором фиксируется использование мифепристона и мизопростола.

Схема проведения медикаментозного аборта при особых клинических ситуациях:

Мифепристон назначается в дозе 200 мг перорально (1 таблетка 200 мг). Через 36-48 часов после приема мифепристона назначается мизопростол в дозе 400 мкг перорально (2 таблетки по 200 мкг). Динамическое наблюдение за пациенткой в течение 3-4 часов, если в течение этого времени у женщины не появились кровянистые выделения из половых путей, мизопростол в дозе 400 мкг (2 таблетки по 200 мкг) назначают повторно.

Глава 4.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ.

Маточная беременность сроком 13-22 недель, наличие показаний для ее прерывания в соответствии с действующим законодательством и желание пациентки прервать ее медикаментозным способом:

- Несостоявшийся выкидыш (антенатальная гибель плода).
- Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО).
- Хориоамнионит.
- Врожденные пороки развития плода, выявленные при скрининговом УЗИ исследовании в 12-13, 19-20 недель.

- Медицинские показания к прерыванию беременности со стороны матери (Приказ Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3.12.2007 г. N 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»).

- Социальное показание к прерыванию беременности (Постановление Правительства РФ от 6.02.2012 г. N 98 «Об искусственном прерывании беременности при социальном показании»).

Медикаментозный аборт осуществляется путем последовательного приёма препаратов: антагониста прогестерона (мифепристон) и аналога простагландинов (мизопростол).

Преимущества медикаментозной схемы прерывания беременности во II триместре

1. Высокая эффективность (98-100%), безопасность и приемлемость.
2. Сокращение риска осложнений, связанных с хирургическим вмешательством: возникновение повреждения эндометрия, миометрия, перфорации вследствие выскабливания полости матки. Травматизации шейки матки при дилатации, особенно у первобеременных.
3. Отсутствие анестезиологического риска;

4. Снижение риска развития восходящей инфекции и связанных с ней осложнений;

5. исключение передачи ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С;

6. Отсутствие неблагоприятного влияния на дальнейшую репродуктивную функцию, что особенно важно для первобеременных.

7. Отсутствие психоэмоциональной травмы, связанной с процедурой амниоцентеза или одномоментной эвакуации плода, путем выполнения плодоразрушающей операции.

8. снижение материнской смертности от осложнений аборта во II триместре.

4.1. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

1. Мифепристон (син.: мифепристон), таблетки 200 мг 1 шт. в блистерной упаковке, регистрационный номер № ЛП-000914 от 18.10.2011 г., «Бейджинг Зижу Фармасьютикал Ко, Лтд», Китай.

2. Мизопростол, таблетки 200 мкг 4 шт. в блистерной упаковке, регистрационный номер ЛС-002019, «Бейджинг Зижу Фармасьютикал Ко, Лтд», Китай.

3. Аппарат ультразвуковой диагностики.

Основанием для проведения процедуры прерывания беременности медикаментозным способом во II триместре беременности является решение консилиума врачей, либо заключение врачебной комиссии (выданного территориальной медицинской организацией) о наличии медицинских или социальных показаний для прерывания беременности.

Предварительное обследование пациентки, направленной для прерывания беременности медикаментозным способом, проводится в амбулаторных условиях. При невозможности обследования на амбулаторном этапе – обследование провести в условиях стационара. При госпитализации по экстренным показаниям (замершая беременность, ПРПО, хориоамнионит) обследо-

вание проводится в условиях стационара.

Обследование перед медикаментозным прерыванием беременности:

- абдоминальное/трансвагинальное УЗИ органов малого таза;
- развернутый анализ крови (при наличии клинических признаков анемии), сахар крови;
- анализ крови на реакцию Вассермана, ВИЧ-инфекцию, гепатит В;
- определение группы крови, резус-фактора (всем женщинам независимо от возраста и паритета), титр антител к резус-фактору (повторнобеременным женщинам при наличии резус отрицательной принадлежности крови);
- мазок на степень чистоты влагалищного секрета.
- дополнительно выполняется коагулограмма с определением АПТВ (АЧТВ), РФМК, фибриногена, ПТИ, ПТВ.

Необходимая медицинская документация:

- карта стационарного больного;
- заключение «Пренатального консилиума» о показаниях к прерыванию беременности;
- добровольное информированное согласие пациентки на прерывание беременности медикаментозным методом;
- протокол медикаментозного прерывания беременности, в котором пациентка расписывается о каждом приеме лекарственных препаратов (мифепристон и мизопростол);
- «Журнал учета лекарственных средств, состоящих на предметно количественном учете», в котором фиксируется использование мифепристона и мизопростола.

Условия оказания медицинской помощи: стационарная помощь (гинекологическое отделение муниципального или государственного учреждения здравоохранения, имеющего возможность оказания специализированной, в том числе реанимационной, помощи женщине, при обязательном наличии

специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности).

4.2. ЭТАПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО II ТРИМЕСТРЕ

Медикаментозное прерывание беременности в сроке 13-22 недели осуществляется в специализированном стационаре круглосуточного пребывания. Динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется врачом до изгнания плода.

На I этапе после госпитализации в стационар:

1. Проводится оценка анамнестических данных, объективного обследования и лабораторных анализов с целью установления отсутствия противопоказаний для использования метода.

2. Врач проводит беседу с пациенткой, информирует о порядке прерывания беременности медикаментозным методом, сути метода, об особенностях действия препарата, симптомах, возможных вариантах течения аборта.

3. После получения подтверждения пациентки о желании прервать беременность медикаментозным способом, заполняется бланк информированного согласия пациентки на применение препаратов (с указанием номера и серии, указанных на упаковке), где содержится информация о возможных неудобствах и осложнениях медикаментозного прерывания беременности (при необходимости вакуум-аспирации после изгнания плода, интенсивности болевых ощущений, кровянистых выделений и т.д.), информация о неотложных состояниях и др.

На II этапе, перед проведением процедуры медикаментозного аборта необходимо:

1. Определить срок беременности путем бимануального обследования;
2. Определить срок беременности путем ультразвукового исследования;

3. Провести общее физикальное обследование, включающее общую термометрию, подсчет частоты сердечных сокращений и измерение артериального давления.

4.3. СХЕМА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО II ТРИМЕСТРЕ:

- Мифепристон в дозе 200 мг (1 таблетка 200 мг) однократно внутрь под контролем врача, динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется в течение 36-48 часов.

- Через 36-48 часов проводится осмотр пациентки и, если аборт не произошел, с целью усиления эффекта Мифепристона принимается препарат мизопростол 400 мкг внутрь, затем по 400 мкг вагинально или под язык через каждые 3 часа не более 4 доз (суммарная доза мизопростола 2000 мкг)

или:

мизопростол в дозе 800 мкг (4 таблетки по 200 мкг) однократно во влагалище, затем мизопростол вводится повторно в дозе 400 мкг (2 таблетки) вагинально или под язык каждые 3 часа, максимальное число пероральных доз – 4 (суммарная доза мизопростола 2400 мкг).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

При использовании режима сочетанного применения мифепристона и вагинального введения мизопростола, средний интервал между началом стимуляции и абортом составляет 5,9-6,6 часов. Пероральный или сублингвальный прием мизопростола зарекомендовал себя как удобный и приемлемый способ введения, хотя незначительно менее эффективный. Положительный эффект достигается в среднем в 97- 98 % случаев. Приблизительно у 0,2-0,4 % женщин аборт происходит после введения исключительно мифепристона.

СИМПТОМЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

После приема Мифепристона или препарата простагландина появляются схваткообразные боли, и в среднем через 6-8 часов наступает прерывание беременности, которое характеризуется изгнанием плода и через некоторое время отделением и выделением плаценты. Послеабортный период характеризуется кровянистыми выделениями из половых путей по типу менструации продолжительностью в среднем 6-8 дней.

СИМПТОМЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО II ТРИМЕСТРЕ

После прерывания беременности через 24-48 часов пациентка может быть отпущена домой. Ультразвуковое исследование для подтверждения отсутствия тканей гестации в полости матки проводится на 4-5 сутки от момента введения мизопростола. Очередная явка назначается через 7-8 дней для оценки общего и гинекологического статуса к врачу женской консультации. 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).

Глава 5.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА И СПОСОБЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ [2]

Боли спастического характера после введения мизопростола возникают у большинства женщин. Они обусловлены сокращениями матки, необходимыми для изгнания плода. Предоставление соответствующей информации и обезболивающих препаратов позволяют женщине расслабиться, что способствует уменьшению дискомфорта. Нестероидные противовоспалительные препараты (НСПВП) с целью облегчения боли можно принимать одновременно с мизопростолом. НСПВП не изменяют действия мизопростола и/или мифепристона, направленного на стимуляцию подготовки шейки матки, сократимости матки и не влияют на время, которое занимают аборт и эвакуация продуктов зачатия. Рекомендуемая разовая доза ибупрофена – 200-800 мг, 3-4 раза/сут (дозировку и кратность приема устанавливают индивидуально в зависимости от потребностей пациентки). Некоторым женщинам для обезболивания могут потребоваться наркотические обезболивающие препараты или парацервикальная блокада.

Повышение температуры и озноб достаточно распространены после введения мизопростола. Эти признаки не свидетельствуют о наличии инфекции у женщины. При необходимости можно дать жаропонижающие препараты. Эти побочные эффекты, как правило, ослабевают или исчезают спустя 24 часа после приема последней дозы мизопростола. Возможно применение НПВС, рекомендуемая разовая доза ибупрофена – 200-800 мг, 3-4 раза/сут (дозировку и кратность приема устанавливают индивидуально в зависимости от потребностей пациентки).

Тошнота, рвота, диарея характерны при введении простагландинов и объясняются их стимулирующим воздействием на желудочно-кишечный тракт. Для купирования симптомов возможно использование симптоматической терапии (Церукал, Реглан, Имодиум).

Головокружение, головная боль купируются приемом анальгетиков и предоставлением пациентке удобного положения.

Кровотечение является ожидаемым побочным эффектом и, как правило, не бывает чрезмерным. Обильное кровотечение (более 500 мл), требующее переливания крови встречается с частотой около 0,7 %. Если объем кровопотери превышает физиологический уровень (две прокладки «Макси» в час на протяжении двух часов) оказание медицинской помощи проводится согласно стандарту и протоколу медикаментозного аборта, осложненного кровотечением (дилатация и эвакуация).

Для профилактики изоиммунизации у женщин с резус-отрицательной кровью рекомендуется введение 1 дозы (300 мкг) антирезус-иммуноглобулина с целью предупреждения послеабортной резус-сенсibilизации одновременно с введением простагландина во всех сроках согласно приказа №572н.

Неполный аборт, как правило, связан с длительной задержкой плаценты, является наиболее распространенной причиной обильного кровотечения (8 - 10% в структуре осложнений). В этом случае требуется инструментальное удаление остатков плаценты.

Задержка плода. Если аборт не происходит в течение 24 часов, в соответствии с некоторыми протоколами, мифепристон вводится повторно, после чего повторно вводится мизопростол вагинально. Пациентки, у которых аборт не происходит в течение вторых суток, получают третью дозу мифепристона с последующим введением простагландина. Для тех женщин, у которых аборт не наступает на вторые или третьи сутки, более целесообразным подходом следует считать выполнение дилатации и эвакуации.

Разрывы шейки матки при медикаментозном аборте возможны, как и в случаях использования дилатации и эвакуации, с той же частотой (0,1-0,2 %). Однако при изучении этого осложнения в ходе ретроспективного когортного исследования не было отмечено разрывов шейки матки, требующих наложения швов.

Разрыв матки после медикаментозной стимуляции во II триместре с применением мифепристона и мизопростола встречается крайне редко (0,1 %) и обычно возникает при необходимости завершения процедуры хирургическим вмешательством. Имеется единичное свидетельство разрыва матки при применении мизопростола у женщины с рубцом после кесарева сечения.

При снижении гемоглобина ниже 110 г/л назначаются диета, богатая железом и витаминами, железосодержащие препараты.

Задержка эвакуации плода . В случаях, когда после медикаментозной индукции на вторые или третьи сутки аборт не наступает, следует выполнить дилатацию шейки матки и эвакуацию плода. Дилатация и эвакуация предполагает эвакуацию содержимого полости матки с помощью абортных щипцов после предварительного расширения шейки матки с использованием медикаментозных средств, механических или осмотических расширителей в сроках от 13 полных недель и более (до 22 недель).

Инфекция – одно из возможных осложнений после медикаментозной индукции аборта в поздних сроках. Для профилактики инфекции рекомендуется антибиотикопрофилактика (см. глава 5) в случаях хирургического завершения аборта (в день его выполнения перед началом манипуляции).

Глава 6.

ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Антибиотикопрофилактика проводится со дня приема мифепристона либо накануне (но не ранее 12 часов до приема мифепристона).

Показания к проведению антибиотикопрофилактики:

- пациентки с воспалительными заболеваниями органов малого таза в анамнезе;
- наличие в анамнезе инфекций передаваемых половым путем;
- рубец на матке после хирургических вмешательств;
- наличие в анамнезе внутриматочных вмешательств;
- лица, у половых партнеров которых выявлена хламидийная инфекция;
- если хламидийная инфекция была выявлена у пациентки в течение последних 12 месяцев без подтверждения ее эрадикации;
- диагностированный бактериальный вагиноз;
- женщины, имеющие 2 и более половых партнеров в течение последних 6 месяцев;
- женщины моложе 25 лет;
- низкий социально-экономический статус.

Рекомендуемые схемы антибиотикопрофилактики:

- **Для женщин, не обследованных на хламидийную инфекцию:**

- Доксициклин 100 мг 2 раза в день, внутрь перорально, 7 дней;
- Метронидазол 1 г вагинально или 1000 мг внутрь до или во время аборта (однократно либо по 500 мг дважды с интервалом в 12 часов);

Или:

- Азитромицин 1 г, внутрь перорально, однократно;

- Метронидазол 1 г вагинально или 1000 мг внутрь до или во время аборта (однократно либо по 500 мг дважды с интервалом в 12 часов).

Для женщин, обследованных на хламидийную инфекцию и при ее отсутствии:

- Метронидазол 1 г вагинально или 1000 мг внутрь до или во время аборта (однократно либо по 500 мг дважды с интервалом в 12 часов).

Пациенткам, имеющим на момент проведения медикаментозного аборта воспалительный тип мазка, вагинит, бактериальный вагиноз рекомендовано проведение антибиотикотерапии.

Рекомендуемые схемы антибиотикотерапии:

- Метронидазол 500 мг 2 раза в день (внутри или вагинально) + доксициклин 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней, перорально;

Или:

- Метронидазол 500 мг 2 раза в день (внутри или вагинально) 7 дней

- азитромицин 1 г, внутрь перорально, однократно.

Выполнение медикаментозного аборта возможно одновременно с началом антибактериальной терапии.

Глава 7. КОНТРАЦЕПЦИЯ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Первое консультирование по контрацепции и выбор метода необходимо проводить до проведения процедуры прерывания, а в последующие визиты проводить уже дополнительное консультирование. Для информированного выбора женщине необходимо представить полную информацию обо всех существующих методах, включая экстренную контрацепцию, и более подробно остановиться на тех из них, которые предпочтительны для применения после аборта.

После неосложненного прерывания беременности возможно применения любого современного метода контрацепции.

Обоснованием начала контрацепции сразу после медикаментозного аборта является сам механизм действия препаратов, используемых для прерывания беременности. Результатами воздействия комбинации мифепристон + мизопропрост является экспульсия плодного яйца и десквамация эндометрия. Именно поэтому время наступления индуцированного медикаментозного аборта, при последующем включении фолликулогенеза, может считаться первым днем очередного менструального цикла.

Все методы контрацепции нужно рассматривать применительно к конкретной пациентке. Выбор метода контрацепции зависит от предпочтений женщины, особенностей ее состояния здоровья, репродуктивных планов, возможности использования того или иного вида контрацепции, планируемой продолжительности его использования, последующего врачебного наблюдения. После неосложненного аборта возможно использование любого метода контрацепции.

Таблица 2.

Метод контрацепции	Когда начать?
КОК Прогестагены (перорально) Инъекционные формы Импланты	В день приема мифепристона (т.е. с первого дня индуцированного менструального цикла)
ВМК	На 10-14 день после приема мифепристо-

	на (в день контрольного осмотра)
Презерватив	С началом половой жизни
Барьерные методы (механические, химические)	С началом половой жизни

Информация по выбранному методу контрацепции включает:

- разъяснение пользы данного метода в качестве послеабортной контрацепции;
- эффективность метода;
- преимущества метода;
- инструкцию по применению конкретного метода;
- основные побочные эффекты и необходимые действия в случае их возникновения.

Использование выбранного способа необходимо начать сразу после прерывания беременности. Женщина должна знать, куда следует обращаться, если есть потребность в получении консультации, касающейся ее репродуктивного здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гемзель-Дэнилссон К., Лалиткумар С. Медикаментозный аборт во втором триместре с применением мифепристона и мизопростола и только мизопростола: обзор методов и ведение. Проблемы репродуктивного здоровья. 2008: 88–99.
2. Гроссман Д., Блэнчард К., Блументаль П. Осложнения после хирургического и медикаментозного аборта во втором триместре беременности. Проблемы репродуктивного здоровья. 2008: 100–110.
3. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, абортов и контрацепции в Российской Федерации. Совместное исследование МЗ и СР РФ и ВОЗ. Проблемы репродукции. 2010; 3: 92–108.
4. Лор П.А. Хирургический аборт во втором триместре беременности. Проблемы репродуктивного здоровья. 2008: 76–87.
5. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М.; 2013.
6. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
7. Серов В.Н., Сухих Г.Т., ред. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. 4-е изд. М.; 2014: 607–27.
8. Сухих Г.Т., Яроцкая Е.Л. Стратегический подход к решению проблемы непланируемой беременности в России. Современные медицинские технологии. 2010; 5: 96
9. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
10. ACOG. A clinician's guide to medical and surgical abortion: NAF's textbook. 2012.
11. Cheng L. Сравнение хирургических и медикаментозных методов индуцированного аборта во втором триместре: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 28 сентября 2011 года). Женева: Всемирная организация здравоохранения. (Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ)
12. Lohr P.A., Hayes J.L., Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Cochrane Database Syst. Rev. 2008; (1): CD006714.pub2.
13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. London (England): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2011. Nov. 130 p. (Evidencebased Clinical Guideline; no. 7). <http://www.rcog.org.uk>
14. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2012. Available at: <http://www.who.int/>

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ СПОСОБОМ

Я,

нижеподписавшаяся, подтверждаю, что приняла решение о прерывании беременности медикаментозным способом.

Я предупреждена, что не должна прибегать к подобному методу, если не уверена, что хочу прервать беременность.

Я предупреждена, что в 2-4 % случаев прерывание беременности может не произойти, или процедура заканчивается неполным абортом. В этих случаях я согласна прервать беременность инструментальным способом (дилатацией и эвакуацией или вакуум-аспирацией). Я также предупреждена, что, если я решу сохранить беременность после приема препаратов для ее прерывания, то возможно рождение больного ребенка, и всю ответственность принимаю на себя.

Я информирована врачом, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим методами. Я самостоятельно выбрала прерывание беременности с помощью препаратов Мифепристон (Пенкрофтон) и Мизопростол (Миролют), как наиболее безопасный способ.

Я подтверждаю, что ознакомилась с методикой процедуры медикаментозного прерывания беременности, противопоказаниями и побочными эффектами при ее проведении, а также с инструкцией на препараты Мифепристон (Пенкрофтон) и Мизопростол (Миролют).

Я поняла, что:

- медикаментозный аборт может быть выполнен при сроках беременности до 22 недель при наличии социальных или медицинских показаний;
- Мифепристон (Пенкрофтон) принимается в дозе 200 мг;
- через 1-2 суток принимается Мизопростол (Миролют) в дозе, определяемой врачом в зависимости от моего состояния, для полного завершения аборта в лечебном учреждении; при отсутствии эффекта возможен повторный прием простагландина до 4-5 раз.
- необходимо контрольное посещение врача по месту жительства через 7-10 дней после выписки из стационара.

Врач предупредил меня, что выполнение медикаментозного аборта в сроке до 22 недель, использование 200 мг Мифепристона/Пенкрофтона (1 таблетка) и использование повторных доз Мизопростола/Миролюта является современной, рекомендованной Всемирной Организацией Здравоохранения схемой медикаментозного аборта, эффективность которой достигает 98 %, доказана многими международными исследованиями и является настолько же эффективной, как и дилатация и эвакуация.

Мне даны разъяснения о:

- действию назначаемых мне препаратов для медикаментозного аборта, а также тех препаратов, которые я могу принять по назначению лечащего или дежурного врача для профилактики рвоты, спазмов и болей при изгнании плода из матки, уменьшения объема кровопотери;

- основных этапах медикаментозного аборта;

- следующих возможных осложнениях: аллергической реакции на препараты, патологической кровопотере, неполном аборте (задержке плода или плаценты в полости матки) и продолжающейся беременности. Врач предупредил меня, что не может быть 100 % - ой гарантии предотвращения возможных осложнений, но их частота невелика и составляет суммарно не более 5 %.

Во всех случаях возникновения тех или иных осложнений, связанных с проведением медикаментозного аборта я должна обратиться к своему врачу и следовать его рекомендациям. В случае моего отказа от пребывания в стационаре, самовольного ухода из него или обращения в другое лечебное учреждение я подтверждаю своей подписью, что не имею никаких претензий к врачу и лечебному учреждению, куда я первоначально обратилась за медикаментозным абортом.

Контактные телефоны врача, а также телефоны для обращения в случае возникновения неотложной ситуации после выписки из стационара мне предоставлены.

Я информирована врачом также о режиме поведения, в том числе половой жизни, и возможных последствиях при его нарушении, необходимости приема назначаемых мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача, о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением медикаментозного аборта, я подтверждаю, что мне по-

нятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне процедуры медикаментозного аборта с использованием препаратов _____ в дозе ____ мг (____ таблеток) и _____ в дозе ____ мг (____ таблетки) во влагалище или внутрь и далее повторно в соответствии с назначением врача в лечебном учреждении с последующим контролем через 7-10 дней, для чего я должна явиться к участковому врачу женской консультации для осмотра.

Пациент

(Ф.И.О.) _____

Под-

пись _____ Дата _____

Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения медикаментозного аборта, дал ответы на все вопросы.

Врач

(Ф.И.О.) _____

Под-

пись _____ Дата _____

ПРИЛОЖЕНИЕ №2

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАВЕРШЕНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ (НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША), НЕПОЛНОГО САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ИЛИ ИС- КУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Я,

нижеподписавшаяся, подтверждаю, что приняла решение о завершении неразвивающейся беременности, неполного прерывания беременности медикаментозным способом.

Я предупреждена, что в 2-4 % случаев процедура может быть неэффективна. В этом случае я согласна завершить беременность инструментальным способом (вакуум-аспирацией).

Я информирована врачом, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим методами. Я самостоятельно выбрала прерывание беременности с помощью препаратов мифепристон и мизопростол (или только мизопростол), как наиболее безопасный способ.

Я подтверждаю, что ознакомилась с методикой процедуры медикаментозного завершения неразвивающейся беременности, неполного прерывания беременности, противопоказаниями и побочными эффектами при ее проведении, а также с инструкциями на препараты.

Я поняла, что:

- необходимо контрольное посещение врача через 14 дней после приема мифепристона при неразвивающейся беременности или через 7 дней после приема мизопростола при неполном аборте;

- во время контрольного визита к врачу обычно выполняется ультразвуковое исследование для установления факта завершения беременности, но оно не является обязательным и может быть заменено на количественное определение β -ХГЧ или полуколичественный тест «Чек-4».

Мне даны разъяснения о:

- действию назначаемых мне препаратов для медикаментозного завершения неразвивающейся беременности, неполного аборта, а также тех препаратов, которые я могу принять для профилактики рвоты, спазмов и болей при изгнании плодного яйца из матки, уменьшения объема кровопотери;

- основных этапах медикаментозного завершения аборта;

- следующих возможных осложнениях: аллергической реакции на препараты, патологической кровопотере, отсутствии эффекта. Врач предупредил меня, что не может быть 100%-ой гарантии предотвращения возможных осложнений, и их частота составляет суммарно не более 5%.

Во всех случаях возникновения тех или иных осложнений, связанных с проведением медикаментозного завершения неразвивающейся беременности, неполного аборта я должна обратиться к своему врачу и следовать его рекомендациям. В случае моего обращения в другое лечебное учреждение я подтверждаю своей подписью, что не имею никаких претензий к врачу и лечебному учреждению, куда я первоначально обратилась за медицинской помощью.

Контактные телефоны врача, а также телефоны для обращения в случае возникновения неотложной ситуации мне предоставлены.

Я информирована врачом также о режиме поведения, в том числе половой жизни, и возможных последствиях при его нарушении, необходимости приема назначаемых мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача, о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности (контрацепции).

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получив полную информацию о возможных последствиях в связи с проведением медикаментозного завершения неразвивающейся беременности, неполного аборта, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне указанной процедуры с использованием препаратов для завершения беременности с последующим контролем через 14 дней после приема мифепристона при неразвивающейся беременности или через 7 дней после приема мизопростола при неполном аборте, для чего я должна явиться к врачу для осмотра.

Пациент _____ (Ф.И.О.)

Подпись _____ Дата _____

Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения медикаментозного завершения неразвивающейся беременности, неполного аборта, дал ответы на все вопросы.

Врач _____ (Ф.И.О.)

Подпись _____
Дата _____

Протокол медикаментозного прерывания беременности

Дата	Препарат	Доза, принятая пациенткой	№ и серия упаковки	Подпись пациентки	Подпись Врача
	Мифепристон				
	Мизопростол				

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЙ МАТЕРИАЛ

Контрольные вопросы.

Вопросы к главе 1.

1. Классификация медицинских абортов.
2. Показания, противопоказания для медицинского аборта.
3. Техника медицинского аборта методом дилатации шейки матки и выскабливания.
4. Показания, противопоказания, техника мини аборта.

Вопросы к главе 2.

1. Современные технологии прерывания беременности.
2. Нормативно-правовая база проведения применения медикаментозного аборта.
3. Преимущества медикаментозного аборта по сравнению с хирургическими методами прерывания беременности.
4. Влияние медикаментозного аборта на репродуктивную функцию женщин.

Вопросы к главе 3.

1. К какой группе препаратов относится мифепристон. Механизм действия мифепристона.
2. Дозировка мифепристона для проведения медикаментозного аборта. К какой группе препаратов относится мизопростол. Механизм действия мизопростола.
3. Показания и противопоказания к проведению медицинского аборта в 1 триместре.
4. Порядок проведения медикаментозного аборта в 1 триместре.

Вопросы к главе 4.

1. Показания и противопоказания к проведению медицинского аборта в 2 триместре.
2. Диагностические критерии и объем обследования перед медицинским и медикаментозным абортom во 2 триместрах.
3. Материально-техническое обеспечение медикаментозного аборта во 2 триместре.
4. Схема медикаментозного прерывания беременности во 2 триместре.

Вопросы к главе 5.

1. Контроль эффективности медикаментозного аборта.
2. Осложнения при проведении медикаментозного аборта в 1 триместре.
3. Осложнения при проведении медаборта хирургическими методами.
4. Лечебные мероприятия при неэффективности медикаментозного аборта.

Вопросы к главе 6.

1. Принципы реабилитации после прерывания беременности в 1 триместре.
2. Принципы реабилитации после прерывания беременности в 11 триместре.
3. Профилактика осложнений после абортов в 1 и 2 триместрах

Вопросы к главе 7.

1. Гормональная контрацепция после медикаментозного аборта.
2. Барьерные методы контрацепции после медикаментозного аборта.
3. Внутриматочная контрацепция (ВМК).
4. Естественные способы.
5. Стерилизация.
6. Экстренная контрацепция.

Тестовые задания

Для каждого вопроса (утверждения) один ответ является правильным

Тест №1

1. Продолжительность нормального менструального цикла:
 - а) 28-29 дней
 - б) 28-40 дней
 - в) 3-7 дней
 - г) 21-35 дней
 - д) 14-28 дней

2. Наиболее частой причиной самопроизвольного аборта в ранние сроки является:
 - а) несовместимость по Rh-фактору
 - б) поднятие тяжести, травма
 - в) хромосомные аномалии
 - г) инфекции
 - д) истмико-цервикальная недостаточность

3. Начавшийся медикаментозный аборт характеризуется:
 - а) болями внизу живота
 - б) кровянистыми выделениями
 - в) признаками размягчения и укорочения шейки матки
 - г) отхождением элементов плодного яйца
 - д) изменением размеров матки

4. Выскабливание полости матки ...
 - а) является единственным способом искусственного аборта
 - б) не требует общего обезболивания
 - в) может быть начато только после влагалищного исследования, выполненного оператором
 - г) может быть выполнено без использования абортцанга

5. При небольшом перфорационном дефекте матки не показано:
 - а) надвлагалищная ампутация матки
 - б) иссечение краев перфорационного отверстия
 - в) ушивание перфорационного отверстия
 - г) ревизия органов малого таза
 - д) ревизия кишечника, прилежащего к матке

Тест №2

1. При начавшемся аборте показано:
 - а) госпитализация
 - б) инструментальное удаление плодного яйца

- в) применение антибиотиков
- г) лечение в амбулаторных условиях
- д) применение сокращающих средств

2. Причиной аборта может быть:

- а) инфекция
- б) цервикальная недостаточность
- в) травма
- г) ионизирующие облучение
- д) все вышеперечисленное

3. Медикаментозный аборт производится:

- а) до 6 недель
- б) до 12 недель
- в) внематочная беременность
- г) до 12 недель
- д) до 16 недель

4. Особенности нормального менструального цикла являются:

- а) овуляция
- б) образование желтого тела в яичнике
- в) преобладание гестагенов во второй фазе цикла
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

5. Эстрогены секретируются:

- а) клетками внутренней оболочки фолликула
- б) желтым телом
- в) корковым веществом надпочечника
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Тест №3

1. Эффективность медикаментозного аборта достигает:

- а) 70-75%
- б) 95-98%
- в) 85-90%

2. Преимущества медикаментозного аборта:

- а) отсутствия риска, связанного с анестезией
- б) исключение опасности передачи ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С

- в) отсутствие риска осложнений, связанных с хирургическим вмешательством (травматизация цервикального канала, риск перфорации матки и др.)
г) все перечисленное
3. В своем действии на организм эстрогены:
а) блокируют рецепторы к окситоцину
б) прекращает (ослабляют) пролиферативные процессы в эндометрии
в) вызывают секреторные преобразования в эндометрии
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного
4. Эстрогены:
а) способствуют перистальтике матки и труб
б) усиливают процессы окостенения
в) стимулируют активность клеточного иммунитета
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного
5. Продолжительность нормальной менструации:
а) 1-3 дня
б) 3-5 дней
в) 2-7 дней
г) 5 дней
д) 2-10 дней

Тест №4

1. Наиболее частое осложнение медикаментозного аборта
а) неполный выкидыш
б) разрывы шейки матки
в) плацентарный полип
2. Длина тела небеременной матки у женщин, как правило, составляет
а) 5-7 см
б) 7-10 см
в) 10-12 см
3. В полость матки инфекция чаще всего проникает через цервикальный канал
а) с помощью трихомонад
б) с помощью сперматозоидов
в) благодаря пассивному транспорту в результате отрицательного внутрибрюшного давления, возникающего при движении диафрагмы

- г) всеми перечисленными способами
- д) ни одним из перечисленных способов

4. Стойкого снижения числа абортс удастся достичь, когда доля женщин фертильного возраста, использующих современные средства контрацепции (ВМК, гормональные контрацептивы), составляет
- а) 5-7%
 - б) 25-30%
 - в) 55-60%
5. Факторы риска перфорации матки при выскабливании
- а) в анамнезе – множественные абортс
 - б) эндометрит
 - в) пузырьный занос
 - г) все перечисленные факторы
 - д) ни один из перечисленных факторов

Тест №5

1. Медикаментозный аборт ...
- а) это прерывание беременности в сроке до 22 недель
 - б) называется поздним, начиная с 18 недель
 - в) в поздних сроках может быть осуществлен путем экстраамниального введения гипертонического раствора
 - г) проводится до 6 недель беременности
2. Мини - аборт ...
- а) может быть выполнен в амбулаторных условиях
 - б) производится при задержке менструации до 56 дней
 - в) производится с помощью специальной канюли
 - г) не имеет осложнений
3. Аборт после 12 недель может быть выполнен ...
- а) желанию женщины старше 30 лет
 - б) по социальным показаниям;
 - в) по медицинским показаниям в женщине, имевшей контакт по краснухе в 1 триместре беременности
 - д) по поводу полного предлежания плаценты, обнаруженного при УЗИ
4. Сперматозоиды после проникновения в матку и маточные трубы сохраняют способность к оплодотворению в течение:
- а) 6-12 часов
 - б) 24-48 часов
 - в) 3-5 суток
 - г) 10 суток

5. Средняя кровопотеря во время нормальной менструации составляет:
- а) 200-250 мл
 - б) 80-100 мл
 - в) 20-30 мл

Тест №6

1. Врач может отказать в производстве медикаментозного аборта при выявлении ...
- а) эрозии шейки матки
 - в) миома матки
 - г) внематочной беременности
 - д) хронической инфекции любой локализации
2. После овуляции яйцеклетка сохраняет способность к оплодотворению в течение:
- а) 6 часов
 - б) 12-24 часов
 - в) 3-5 суток
 - г) 10 суток
3. При влагалищном исследовании у больной с подозрением на внематочную беременность выявлено: наружный зев приоткрыт. Алые кровянистые выделения из цервикального канала. Матка увеличена до 8 недель беременности. Придатки не определяются. Своды влагалища свободны. Диагноз:
- а) Трубный аборт
 - б) Нарушенная маточная беременность
 - в) Апоплексия яичника
 - г) Обострение воспалительного процесса придатков матки.
4. При длительности менструального цикла 28 дней его следует считать:
- а) нормопонирующим
 - б) антепонирующим
 - в) постпонирующим
5. ФСГ стимулируют:
- а) рост фолликулов в яичнике
 - б) продукцию кортикостероидов
 - в) продукцию ТТГ в щитовидной железе
 - г) все перечисленное

Ситуационные задачи

Задача 1.

На прием к гинекологу обратилась пациентка 19 лет с жалобами на задержку месячных на две недели от предполагаемого срока. Половая жизнь с 18 лет. Предохраняется календарным методом. Беременностей не было. Гинекологическими заболеваниями не болела. Менструации с 13 лет, регулярные. Дома провела тест на беременность – положительный. Беременность нежеланная. При влагалищном исследовании: шейка цианотична, матка чуть больше нормы, размягчена, ассиметрична, подвижная, безболезненная.

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте информативные методы обследования для подтверждения диагноза беременность.
3. Назначьте требуемый в данной ситуации метод прерывания беременности.

Задача 2.

На прием к гинекологу обратилась женщина 22 лет с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей. Три недели тому назад в клинике проведен медикаментозный аборт. Выкидыш, со слов пациентки, произошел на второй день после приема препарата. Температура не повышалась. После выкидыша кровянистые выделения не прекращались до сегодняшнего дня. При влагалищном исследовании: шейка матки пропускает кончик пальца. Матка чуть больше нормы, слегка размягчена, безболезненна при пальпации и смещении. Придатки не определяются, безболезненные.

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.
2. Назначьте дальнейшее обследование для подтверждения диагноза.
3. Назначьте требуемое лечение.

Задача 3.

Больная В., 28 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на повышение температуры до 38,4°, плохое самочувствие, боли внизу живота и поясничной области.

Анамнез. Наследственность не отягощена. Из детских инфекций перенесла корь, свинку, взрослой часто болеет простудными заболеваниями. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 5-6 дней, через 28 дней, болезненные, обильные. После начала половой жизни, родов и аборт характер менструального цикла существенно не изменился, иногда бывают задержки на несколько дней. Половая жизнь с 22 лет, брак первый. Мужу 30 лет, здоров. Было 3 беременности: 1-я-закончилась искусственным аборт по желанию женщины, 2-я - родами в срок без осложнений, 3-я - самопроизвольным аборт при сроке беременности 10 нед. В послеабортном периоде было сильное кровотечение, дважды производилось выскабливание матки, после которого длительно продолжались кровянистые выделения из половых путей, сохранялась субфебрильная температура. Был поставлен диагноз - метророзндометрит и сальпингоофорит; получила противовоспалительную терапию. Выписана на 16-й день после аборта. Бели не беспокоят, функции смежных органов не нарушены.

История данного заболевания. Считает себя больной после самопроизвольного аборта и выскабливания полости матки. Через 2 мес. после выписки из стационара у больной под влиянием переохлаждения произошло обострение воспалительного процесса придатков матки, сопровождавшееся нарушением менструальной функции. Была госпитализирована в стационар, где ей проводили противовоспалительное лечение антибиотиками, препаратами кальция и др. После стихания воспалительного процесса менструальный цикл нормализовался самостоятельно. В течение последующих двух лет чувствовала себя удовлетворительно, однако временами беспокоили боли в области поясницы и внизу живота. Неделю назад больная заболела гриппом с

высокой температурой (до 38,6°), после чего возникли сильные боли внизу живота, иррадиирующие в ногу. На 5 дней раньше обычного началась менструация. Прием анальгетиков не уменьшил болевого синдрома. Отметила появление рези при мочеиспускании, в связи с чем больная обратилась к врачу.

Данные общего и специального обследования. Общее состояние больной средней тяжести. Жалуется на головную боль, боли внизу живота и области поясницы. Кожа лица и зев гиперемированы, миндалины увеличены. Температура тела 38,2°, пульс 120 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 120/70 мм рт.ст. Имеются небольшой насморк и кашель. Со стороны органов грудной клетки патологических изменений не обнаружено. Живот принимает участие в акте дыхания, округлой формы, резко болезненный при пальпации в нижних отделах. Отмечается небольшое напряжение мышц передней брюшной стенки в нижних отделах живота. Аппендикулярные симптомы отсутствуют. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без особенностей, рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, при осмотре с помощью зеркал имеется небольшая эрозия на задней губе. Из зева темнокровянистые выделения в небольшом количестве (менструация?). Матка не увеличена, обычной формы и консистенции, в правильном положении, подвижна, чувствительна при пальпации. С обеих сторон пальпируются болезненные, увеличенные в размерах придатки.

ОАК: Нв-120г/л, Эр.-4,0x10¹²л, Л-10,0x10⁹л, СОЭ-15мм/ч.; Э-4%, П-6%, С-72%, Л-21%, М-6%.; ОАМ: с/ж, уд.вес-1012, белок-отр, Л-3-4, Эр.-0-2.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите возможную причину возникновения заболевания.
3. Определите тактику ведения больной.
4. Проведите дифференциальную диагностику имеющейся патологии с другими заболеваниями.
5. Назначьте требуемое обследование и лечение данного заболевания.

Задача 4.

Больная В., 25 лет, обратилась за медицинской помощью 18.X в связи с болями внизу живота и длительными мажущими темно кровянистыми выделениями из половых путей.

Анамнез. Наследственность не отягощена. Из детских инфекций перенесла корь и паротит. Взрослой несколько раз болела воспалением придатков матки. Менструации с 14 лет, установились через 2 года, по 3-4 дня, через 30 дней, резко болезненные в первые 2 дня, умеренные. После начала половой жизни, родов и аборт характер менструального цикла существенно не изменился. Последние менструации были 8 нед назад. Половая жизнь с 19 лет, брак первый. Мужу 30 лет, страдает язвенной болезнью желудка. Было 2 беременности: 1-я закончилась родами в срок без осложнений, 2-я (2 года назад) - искусственным абортom. В послеабортном периоде возникло воспаление придатков матки (двустороннее), которое часто обострялось, в основном, под влиянием переохлаждения или простудных заболеваний. От беременности предохраняется не систематически, в основном прерванным половым сношением. Бели не беспокоят, функции мочевого пузыря и прямой кишки не нарушены.

История данного заболевания. Считает себя больной в течение последних 2 мес. Была задержка менструаций на несколько недель, женщина считала себя беременной, беременность хотела сохранить, к врачу не обращалась. Две недели назад появились схваткообразные боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку. Обратилась к врачу женской консультации, который

поставил диагноз угрожающий аборт. От госпитализации больная отказалась. Вскоре к болям присоединились темнокровянистые выделения из влагалища. При повторном осмотре гинекологом было установлено, что матка отстает в своем развитии (на 2 нед меньше предполагаемого срока беременности). Отмечалось двустороннее увеличение придатков матки, больше слева. Больная была госпитализирована.

Данные общего и специального обследования. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Зев не гиперемирован. Температура тела 36,9°. Пульс 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительного на полнения и напряжения. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца патологических изменений не выявлено. Язык чистый, слегка обложен беловатым налетом. Живот принимает участие в акте дыхания, болезненный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальных симптомов не отмечается. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Наружный зев закрыт. Из него выделяется темная кровь в скудном количестве. Матка увеличена до 5-6 нед. беременности, размягчена, в правильном положении, безболезненна при пальпации. Правые придатки без особенностей, левые - сливаются с инфильтратом плотноватой консистенции, размером 10x12 см. Инфильтрат неправильной овальной формы, болезнен при пальпации, располагается в позадиматочном пространстве, его нижний полюс выпячивает задний свод влагалища. Пальпация заднего свода болезненна.

ОАК: Нв-96г/л, Эр.-3,0x10¹²л, Л-7,4x10⁹л, СОЭ-8мм/ч,

Э-2%, П-4%, С-67%, Л-21%, М-6%.

ОАМ: с/ж, уд.вес-1012, белок-отр, Л-3-2, Эр.-0-2.

При пункции заднего свода влагалища получена темная кровь с мелкими сгустками.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз?
2. Проведите дифференциальный диагноз?
3. Определите объем обследования в стационаре. Назначьте лечение больной.
4. Определите требуемые реабилитационные мероприятия.
5. Определите прогноз заболевания.

Задача 5.

Больная В., 30 лет, 3.1. обратилась к врачу с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиировавшие вниз по внутренней поверхности бедер.

Анамнез. Наследственность не отягощена. Из детских заболеваний перенесла корь и ветряную оспу; взрослой часто болела ангинами. Менструации с 13 лет, установились через год, по 5-6 дней, через 28 дней, безболезненные, умеренные. Последняя менструация была в первых числах октября. Половая жизнь с 23 лет, брак первый. Мужу 34 года, здоров. Было 3 беременности. Первые две беременности закончились срочными родами без осложнений. По желанию женщины 3-я беременность была прервана 2 декабря операцией искусственного аборта. На следующий день у больной на фоне умеренных кровянистых выделений из половых путей внезапно возникли сильные схваткообразные боли внизу живота, из влагалища выделились сгустки крови и началось сильное кровотечение. Было произведено повторное выскабливание матки, удалены сгустки крови и остатки плодного яйца. В послеабортном периоде профилактически получала антибиотики и сокращающие матку средства. Из-за наличия явлений субинволюции матки была выписана из стационара только 7 декабря. Бели не беспокоят. Гинекологических заболеваний не было. Функции смежных органов без особенностей.

История данного заболевания. У женщины на фоне полного здоровья 8 декабря появились сильные боли внизу живота и в поясничной области. Боли носили схваткообразный характер, иррадиировали вниз и не прекращались после приема анальгина. Отмечалось чувство давления на "низ". С этими явлениями больная обратилась за медицинской помощью.

Данные общего и специального обследования. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Пульс 90 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Со стороны органов грудной клетки патологических изменений не обнаружено. Язык чистый, влажный. Живот округлой формы, принимает участие в акте дыхания, несколько напряжен и болезненен в нижних отделах. Симптом Щеткина отрицателен. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, при осмотре с помощью зеркал не эрозирована. Наружный зев щелевидной формы, из зева отмечаются слизистые выделения в умеренном количестве. Матка несколько увеличена в размерах (соответственно 5-6-недельной беременности), в правильном положении, с гладкой поверхностью, обычной консистенции, болезненна при пальпации. Придатки матки из-за болезненности и напряжения передней брюшной стенки четко пальпировать не удалось, однако создается впечатление, что они не увеличены. Своды свободны, параметрии без патологических инфильтратов. ОАК: Нв-100г/л, Эр.- $3,0 \times 10^{12}$ л, Л- $6,4 \times 10^9$ л, СОЭ-6мм/ч, ; Э-2%, П-4%, С-65%, Л-21%, М-6%. УЗИ: матка в anteversio, размерами с 5-6 нед. беременности, полость расширена, заполнена сгустками. Придатки без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?

2. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии с др. заболеваниями.

3. Определите дополнительные методы исследования с целью уточнения диагноза?

4. Укажите возможные осложнения после операции искусственного аборта.

5. Определите тактику ведения больной.

Задача 6.

Больная К., 25 лет, поступила в гинекологическое отделение Больницы скорой медицинской помощи с жалобами на боли внизу живота с иррадиацией в область ануса, общую слабость, головокружение. Заболела три дня назад, когда появились ноющие боли в животе. К гинекологу не обращалась. Состояние ухудшилось за несколько часов до поступления в клинику.

Анамнез. Перенесенные заболевания: корь, ангина, грипп, аппендэктомия в возрасте 18 лет. Гинекологические заболевания: хр. сальпингоофорит. Наследственность не отягощена. Менструации с 13 лет, цикл установился через год (по 5 дней, через 28 дней, регулярный), менструации умеренные, безболезненные. Последняя менструация имела место 6 недель назад перед поступлением в клинику. Половая жизнь с 17 лет, регулярная. Гормональными контрацептивами не пользуется, 2 года назад установлена ВМС. У больной было 3 беременности, одна из которых завершилась своевременными родами без осложнений, две - искусственными абортами в срок 6 и 8 недель без осложнений.

Объективное обследование: общее состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный. АД - 90/60 мм рт.ст. Температура - 37,0°C. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный над лоном. Симптомов раздражения брюшины нет.

Осмотр при помощи зеркал: шейка матки визуально не изменена, цианотичная, слизистая влагалища обычной окраски. Выделения слизистые.

Бимануальное исследование: влагалище свободное. Шейка цилиндрической формы длиной 2,5 см, обычной консистенции, подвижна, болезненна при смещении, зев закрыт. Матка в anteversio, несколько больше нормы, мягкой консистенции, безболезненная. Придатки слева не определяются. Справа в области придатков определяется тестоватой консистенции образование размерами 4x2 см, болезненное при пальпации. Своды свободны. ОАК. эр. $3,0 \times 10^{12}$ /л, НБ - 108 г/л, лейкоциты - $8,0 \times 10^9$ /л, СОЭ-16 мм/час. Группа крови- А (II) Rh (пол.).

ЭКГ. Ритм синусовый. ЧСС - 98 в мин. Электрическая ось сердца не отклонена. При пункции брюшной полости через задний свод влагалища получена кровь, свободно поступающая из иглы.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Интерпретируйте представленные лабораторные исследования.
4. Определите тактику гинеколога в данной ситуации.
5. Определите рациональный способ лечения и объем оперативного вмешательства.
6. Определите показания и противопоказания к органосохраняющей операции при данном заболевании.

Задача 7.

Больная М., 30 лет, поступила в гинекологическое отделение Больницы скорой медицинской помощи с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до $38,2^{\circ}\text{C}$, общую слабость.

Анамнез: в детстве перенесла корь, ангину, тонзиллэктомию в 12 лет, грипп. Гинекологические заболевания отрицает. Наследственность не отягощена.

Менструации с 12 лет, цикл установился через 3 месяца (по 5 дней, через 28 дней, регулярный), менструации умеренные, безболезненные. Последняя менструация имела место 3 месяца назад перед поступлением в клинику. У больной было 4 беременности, две из которых завершились своевременными родами без осложнений, две - искусственными абортами в сроке 6 и 8 недель без осложнений. Последний аборт произведен 8 дней тому назад. Женщина ушла домой самовольно в тот же день, без осмотра гинеколога.

Объективное обследование: общее состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД - 120/75 мм рт.ст. Температура тела - 38,0°C. Молочные железы без особенностей, отделяемое из сосков отсутствует. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Со стороны органов дыхания, кровообращения, пищеварения патологических изменений не обнаружено. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, несколько болезненный над лоном. Симптомов раздражения нет.

Осмотр при помощи зеркал: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Наружный зев щелевидной формы. Во влагалище - гнойные выделения. Из цервикального канала - гнойные выделения.

Бимануальное исследование: влагалище свободное. Шейка цилиндрической формы длиной 2,5 см, обычной консистенции, подвижна, безболезненна, зев закрыт. Матка в anteversio, несколько больше нормы, мягкой консистенции, умеренно болезненная. Придатки не определяются. Своды свободны.

ОАК. эр. $3,8 \times 10^{12}$ /л, НЬ - 128 г/л, лейкоциты- $12,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 23 мм/час.

Группа крови - А(II) Rh (пол.).

ЭКГ. Ритм синусовый. ЧСС - 98 в мин. Электрическая ось сердца не отклонена.

Мазок. Эпителиальные клетки и лейкоциты в большом количестве, флора кокковая. Выявлены *Chlamydia trachomatis*.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Интерпретируйте представленные данные лабораторных исследований.
4. Определите рациональный метод лечения данного заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТЫ

Тест №1

1-г 2-в 3-б 4-в 5-а

Тест №2

1-а 2-д 3-а 4-г 5-г

Тест №3

1-б 2-г 3-д 5-г 6-в

Тест №4

1-а 2-а 3-г 4-г 5-г

Тест №5

1-г 2-в 3-в 4-б 5-б

Тест №6

1-г 2-б 3-б 4-а 5-а

Эталоны ответов на ситуационные задачи:

Задача 1.

1. Беременность 4-5 недель.
2. УЗИ органов малого таза, ХГЧ.
3. Медикаментозное прерывание беременности.

Задача 2.

1. Остатки после медикаментозного аборта.

2. УЗИ органов малого таза.
3. Выскабливание или вакуум – аспирация содержимого полости матки.

Задача 3

1. Обострение хр. метроэндометрита, сальпингоофорита. Эрозия шейки матки.
2. Осложнение самопроизвольного аборта, провоцирующий фактор - грипп.
3. Госпитализация в гинекологический стационар.
4. Пиелонефрит, аппендицит, дивертикулит, пельвиоперитонит, параметрит, внематочная беременность.
5. УЗИ, лапароскопия (по показаниям), бакобследование, консервативное лечение (антибактериальное, иммунокорректирующее, десенсибилизирующее, антиоксиданты, витаминотерапия, ИТТ по показаниям, физиотерапия, фитотерапия).

Задача 4

1. Левосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу аборта, заматочная гематома. II Анемия легкой степени.
2. Апоплексия яичника, острый сальпингоофорит, пельвиоперитонит, параметрит, опухоль левого яичника, эндометриоз левого яичника.
3. УЗИ, лапароскопия, тесты на беременность. Хирургическое лечение (реконструктивно-пластическая операция лапароскопическим доступом).
4. Профилактика спаечного процесса, противовоспалительная терапия, восстановление проходимости маточной трубы после хирургического вмешательства, регуляция менструального цикла.
5. Прогноз заболевания: благоприятный.

Задача 5

1. Гематометра после мед. аборта.
2. Эндометрит после медаборта, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, внематочная беременность.

3. УЗИ, гинекологическое исследование.
4. Воспалительные процессы, НМЦ, бесплодие.
5. Ревизия стенок полости матки под обезболиванием и прикрытием антибиотиков.

Задача 6

1. Внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта справа. Анемия легкой степени.
2. Апоплексия правого яичника. Опухоль правого яичника. Маточная беременность. Острый сальпингоофорит, параметрит, пельвиоперитонит. Разрыв селезенки, печени.
3. Анемия легкой степени.
4. Оперативное лечение лапароскопическим доступом.
5. Показания: единственная труба, непроходимость второй трубы.
6. Противопоказания: нежелание иметь беременность в будущем; выраженные рубцовые изменения в трубе, повторная беременность в трубе после органосохраняющей операции, локализация плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы, «застарелая» внематочная беременность, кровь в брюшной полости более 1,5 л, СББ.

Задача 7

1. Эндометрит хламидийной этиологии, острое течение. Постабортный период, 8 с.
2. Неполный медаборт. Сальпингоофорит. Параметрит. Пельвиоперитонит.
3. Лейкоцитоз: $12,0 \cdot 10^9/\text{л}$. В мазке обнаружены хламидии, СОЭ – 23 мм в час.
4. Противовоспалительное лечение (антибактериальные средства: вильпрафен, ровамицин, абактал, рулид, сумамед и др.), иммунокорригирующее (виферон), ферменты (вобэнзим), витамины.

Учебное пособие

Метода прерывания беременности

Сахаутдинова Индия Венеровна

Зулкарнеева Эльмира Маратовна

Кулешова Татьяна Павловна

Муслимова Софья Юрьевна

Хайбуллина Альфия Рашитовна

Лицензия № _____ от « _____ » _____

Сдано в набор _____

Подписано в печать « _____ » _____ 2017г

Бумага офсетная. Формат 60x84 1/16 Уч-изд.л.

Тираж _____ Заказ № _____

Отпечатан на ризографе с готового оригинал-макета, представленного авторами, в типографии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

45000, г. Уфа, ул. Ленина, 3