



# **Руководство для медицинского работника по проведению абортa вo втором триместре беременности**

***Второе издание***

Трейси Л. Бэйрд (Traci L. Baird), магистр здравоохранения  
Лора Д. Каслмэн (Laura D. Castleman), доктор медицины, магистр здравоохранения  
Элисон Дж. Хаймэн (Alyson G. Human), магистр здравоохранения  
Роберт И. Грингл (Robert E. Gringle), магистр в области педагогики  
Пол Д. Блументал (Paul D. Blumenthal), доктор медицины, магистр здравоохранения

*Iras осуществляет свою деятельность по всему миру с целью расширения возможности женщин пользоваться своими правами в отношении половой жизни и деторождения, и снижения уровня смертности и травматизма в связи с абортами. Мы стремимся повысить доступность, качество и постоянство осуществления аборт и сопутствующих услуг в области репродуктивного здоровья, а также улучшить условия для их осуществления. Iras считает, что ни одна женщина не должна подвергать риску свою жизнь или здоровье из-за того, что у нее нет достаточного выбора услуг в области репродуктивного здоровья.*

ISBN: 1-933095-16-4

© 2007 Iras. Данная публикация может быть воспроизведена в полном объеме или частично без разрешения, при условии что данный материал распространяется бесплатно и со ссылкой на издателя и авторов.

Отпечатано в Соединенных Штатах Америки

Предлагаемый образец ссылки: Трейси Л. Бэйрд, Лора Д. Каслмэн, Элисон Дж. Хаймэн, Роберт И. Грингл и Пол Д. Блументал. 2007 г. *Руководство для медицинского работника по проведению абортов во втором триместре беременности: второе издание.* Чапел Хилл, штат Северная Каролина, Iras.

Художественное оформление: Джейми МакЛендон (Jamie McLendon)

Иллюстрации: Хопкинс Дизайн Груп (Hopkins Design Group), Стивен К. Эдгертон (Stephen C. Edgerton) и Джейми МакЛендон (Jamie McLendon)

Фотографии, использованные в данной публикации, приводятся только для пояснения. Они не предполагают конкретного отношения, поведения или действий со стороны любого человека, изображенного на фотографиях.

 Отпечатано на переработанной бумаге.

# **Руководство для медицинского работника по проведению абортa во втором триместре беременности**

**Второе издание**

Трейси Л. Бэйрд (Traci L. Baird), магистр здравоохранения

Лора Д. Каслмэн (Laura D. Castleman), доктор медицины, магистр здравоохранения

Элисон Дж. Хаймэн (Alyson G. Human), магистр здравоохранения

Роберт И. Грингл (Robert E. Gringle), магистр в области педагогики

Пол Д. Блументал (Paul D. Blumenthal), доктор медицины, магистр здравоохранения

## Информация об организации Iras

Iras последовательно придерживается убеждения в том, что у каждой женщины есть основное право на получение медицинского обслуживания по вопросам/проблемам ее репродуктивного и сексуального здоровья, а также право самостоятельно принимать решения в вопросах деторождения или половых отношений. Мы работаем по всему миру с целью расширения возможности получения качественного медицинского обслуживания в области репродуктивного здоровья и совершенствования способности женщин пользоваться своими правами в вопросах деторождения, в особенности правом на безопасный и легальный аборт. Мы направляем усилия на борьбу с абортами, связанными с риском для здоровья, повышение качества лечения осложнений и уменьшение количества их негативных последствий. Мы стремимся оказывать поддержку женщинам, расширяя доступ к услугам, которые способствуют укреплению их репродуктивного и сексуального здоровья.

В соответствии с правилами Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (Food and Drug Administration, FDA) ручная вакуумная аспирация не показана к использованию при проведении аборт в во втором триместре беременности. Данное издание было разработано и предназначено для использования в учреждениях, где нормативными актами допускается повторное использование канюль, подвергнутых стерилизации или интенсивной дезинфекции, и распространяется за пределами США.

В соответствии с требованиями Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США показаниями для применения в Соединенных Штатах инструментов Iras для ручного вакуумного отсасывания являются:

*Все вакуумные отсосы и канюли Iras предназначены для отсасывания/эвакуации содержимого матки в акушерстве и гинекологии. Клиническими показаниями для отсасывания содержимого матки с применением данного изделия являются незавершенный аборт на сроках до 12 недель с последнего менструального цикла, аборт в первом триместре беременности (регуляция менструального цикла) и внутриматочная биопсия. Показаниями к применению внутриматочной биопсии могут являться обращения по поводу бесплодия, аномальное маточное кровотечение, аменорея, а также обследования на рак матки или маточные инфекции.*

## Благодарность

Авторы выражают благодарность всем, кто оказал помощь: Марийке Алблас (Marijke Alblas), Индира Бэснетт (Indira Basnett), Энн Бёрк (Anne Burke), Марк Бигдемэн (Marc Bygdeman), Джулия Кливер (Julia Cleaver), Филип Дарни (Philip Darney), Элисон Эделмэн (Alison Edelman), Сарбага Фалк (Sarbaga Falk), Элизабет Гарфункел (Elizabeth Garfunkel), Кристина Гемцелл-Дэниелсон (Kristina Gemzell-Danielsson), Савита Джинде (Savita Ginde), Дэниел Хассун (Danielle Hassoun), Джоан Хили (Joan Healy), Пак Чунг Хо (Pak Chung Ho), Марта Джарелл (Martha Jarrell), Энн Леонард (Ann Leonard), Стив Лихтенберг (Steve Lichtenberg), Рамит Сингх (Rameet Singh), Филип Стабблфилд (Phillip Stubblefield) и Элизе Ви (Elese Veeh).

Первое издание данного руководства сначала использовалось во Вьетнаме. Мы благодарим наших коллег, которые впервые ввели методику расширения и удаления эмбриона при проведении аборта во втором триместре беременности: Тран Тхи Фуонг Май (Tran Thi Phuong Mai), Хуат Тхи Хай Оанх (Khuat Thi Hai Oanh), Буй Суонг (Bui Suong), Фан Бич Туй (Phan Bich Thuy) и Ли Танх Туй (Le Thanh Thuy).

# Содержание

---

<b>Предисловие</b> .....	<b>2</b>
<b>Введение</b> .....	<b>4</b>
<b>Необходимые знания и навыки</b> .....	<b>7</b>
<b>Предоставление услуг</b> .....	<b>8</b>
Восприятие ситуации женщиной .....	8
Организация обслуживания .....	8
Условия, оборудование и персонал .....	10
Информированное согласие .....	13
Клиническая оценка .....	14
<b>Метод расширения и удаления</b> .....	<b>17</b>
Обезболивание .....	17
Процедура аборта .....	19
<b>Медикаментозный аборт</b> .....	<b>22</b>
Обезболивание .....	22
Процедура аборта .....	23
<b>Уход при восстановлении и последующее амбулаторное наблюдение</b> .....	<b>27</b>
Наблюдение .....	27
Осложнения в процессе восстановления .....	27
Информация по уходу после аборта .....	28
Консультации и услуги по предупреждению беременности .....	29
Посещение в рамках последующего амбулаторного наблюдения .....	30
<b>Медицинская помощь при осложнениях</b> .....	<b>31</b>
Сильное кровотечение .....	31
Позднее влагалищное кровотечение .....	32
Невышедшие продукты беременности .....	34
Разрывы и перфорация при аборте методом расширения и удаления .....	35
Шок .....	36
Инфекция и сепсис .....	37
Сильная боль .....	38
<b>Дополнительные источники информации</b> .....	<b>39</b>
<b>Использованная литература</b> .....	<b>40</b>
<b>Дополнительная литература</b> .....	<b>45</b>

---

Приложение А: Методы обезболивания при проведении абортa вo втором триместре беременности .....	46
Приложение В: Таблицы измерений показателей плода.....	48
Приложение С: Оказание медицинской помощи при осложнениях.....	50

## Таблицы

Таблица 1. Лекарственные препараты, материалы и оборудование, необходимые для проведения абортa вo втором триместре беременности .....	11
Таблица 2. Ранее перенесенные заболевания, которые могут повлиять на проведение абортa вo втором триместре беременности.....	14
Таблица 3. Лечение влагалищного кровотечения в течение суток после проведения абортa вo втором триместре в зависимости от причины кровотечения.....	33

Первое издание данного руководства по проведению аборт в втором триместре беременности было разработано специально для применения во Вьетнаме. В 1997 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) совместно с Министерством здравоохранения Вьетнама и другими правительственными и неправительственными организациями провела общенациональную стратегическую оценку вопросов, связанных с аборт (ВОЗ, 1999 г.). Оценка показала, что во Вьетнаме аборты повсеместно доступны для женщин, у которых срок беременности составляет не более 12 недель, считая с первого дня последнего менструального цикла. Однако при сроках беременности более 12-ти недель получить услуги по проведению аборта сложно, несмотря на то, что официально это разрешено. В нескольких районных и специализированных больницах, где проводились аборты во втором триместре беременности, как правило, применялась так называемая модифицированная методика Ковача, которая предусматривает экстраамниальное введение гипертонического раствора через катетер, помещенный в презерватив. Многие специалисты считают данную методику небезопасной и сопряженной с недопустимо высокими уровнями заболеваемости и смертности по сравнению с более современными методиками. Осложнения после абортов по методу Ковача, которые наиболее часто отмечались во Вьетнаме, включали инфицирование, задержку отделения плаценты и кровотечения.

Кроме того, поскольку аборты по методу Ковача во Вьетнаме обычно назначались не ранее, чем через 16 недель после последнего менструального цикла, а чаще всего — через 18 недель, то в предоставлении услуг по проведению аборта существовала брешь приблизительно с 12-й по 18-ю неделю с последнего менструального цикла. Женщинам, обратившимся для проведения аборта в данный период, обычно предлагали подождать несколько недель и прийти в больницу снова, когда срок их беременности будет "достаточно поздним" для проведения аборта. Вместе с тем исследование однозначно показало, что задержка при проведении аборта повышает риск возникновения заболеваний, связанных с аборт, а также риск смертельного исхода (Bartlett, 2004г.). Отчет, составленный по результатам общенациональной оценки практики проведения абортов во Вьетнаме, показал необходимость предоставления услуг по проведению абортов при возможно более ранних сроках с целью предотвращения заболеваемости и смертности и уменьшения психологического стресса, вызванного отсрочкой аборта.

Управление репродуктивного здоровья Министерства здравоохранения (ранее оно называлось Управление по вопросам здоровья матери и ребенка и планирования семьи) обратилось к Iras с просьбой предоставить техническую помощь для устранения вышеуказанной бреши в предоставлении услуг. Iras сформировала группу из врачей Медицинского центра Джона Хопкинса в Бэйвью (Johns Hopkins Bayview Medical Center) для содействия в разработке регламентов и учебных материалов, предназначенных для внедрения во Вьетнаме усовершенствованных методов проведения абортов во втором триместре беременности. Так было положено начало разработке настоящего руководства.

В июле-августе 1997 г. была проведена оценка медицинских учреждений для определения путей внедрения метода как приемлемой альтернативы методике Ковача. Наиболее важным результатом данного изучения стало признание необходимости нововведений, которые соответствовали бы имеющимся возможностям и учитывали бы ограничения и уровень оснащенности медицинских учреждений Вьетнама. Основываясь на полученных обследования медицинских учреждений проектная группа разработала регламенты как для метода расширения и удаления, так и для медикаментозного аборта с использованием мизопростола для проведения абортов во втором триместре беременности. Руководство Министерства здравоохранения приняло решение о внедрении на первом этапе метода расширения и удаления.



Затем между Iрас и Управлением по вопросам здоровья матери и ребенка и планирования семьи была достигнута договоренность о проведении пилотного исследования по ознакомлению небольшой группы высококвалифицированных вьетнамских акушеров-гинекологов с методикой расширения и удаления. Внедрение методики было осуществлено в специализированном медицинском учреждении высшего уровня — Ханойской акушерско-гинекологической больнице, которая находится на севере Вьетнама и является национальным центром специализированного медицинского обслуживания. Сотрудники этой больницы имеют навыки оказания помощи при осложнениях, требующих неотложного вмешательства, профилактики инфекций, предоставления консультирования и применения ручной вакуумной аспирации при проведении абортов в первом триместре беременности.

В начале пилотного проекта был проведен трехнедельный курс обучения, включавший одну неделю лекций и практику на моделях таза, с использованием первоначального варианта данного руководства. После курса обучения участники в течение двух недель проходили клиническую практику и индивидуальное обучение с учетом уровня квалификации под контролем преподавателя. Проектная группа также разработала и апробировала на практике медицинскую карту пациента и информационную брошюру для пациента. Было проведено дополнительное обучение сотрудников, в обязанности которых входит консультирование женщин, обращающихся для проведения аборта во втором триместре беременности.

Результаты этого пилотного проекта изложены в статье:

Лора Д. Каслмэн, Кхуат Тхи Хай Оанх, Элисон Дж. Хаймэн, Ли Тханх Тхуй и Пол Д. Блументал. 2006 г. Внедрение во Вьетнаме методики расширения и удаления при проведении абортов во втором триместре беременности с применением ручной вакуумной аспирации и трансбуккального введения мизопростола. *Contraception*, 74(3):272-6.

Результаты двух исследований по разработке регламентов, проведенных до проекта во Вьетнаме, изложены в статьях:

Тодд, Кэтрин С., Мария Солер, Лора Каслмэн, М. Кэтрин Роджерс и Пол Д. Блументал. 2002 г. Трансбуккальное введение мизопростола с целью подготовки шейки матки к прерыванию беременности во втором триместре. *Contraception*, 65(6):415-8.

Тодд, Кэтрин С., Мария Солер, Лора Каслмэн, М. Кэтрин Роджерс и Пол Д. Блументал. 2003 г. Применение ручной вакуумной аспирации для прерывания беременности во втором триместре. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 83(1):5-9.

Модифицированная методика расширения и удаления, описанная в данном руководстве, зарекомендовала себя в качестве адекватного и безопасного метода и смогла закрыть опасную брешь в оказании услуг по проведению абортов во Вьетнаме. Внедрение указанной методики позволило повысить безопасность и сократить время проведения процедуры аборта, а также сэкономить ресурсы, так необходимые медицинским учреждениям и женщинам. Опыт внедрения во Вьетнаме позволяет сделать вывод о том, что методика расширения и удаления может оказаться подходящей для условий, где требуется обеспечить безопасность и эффективность услуг по проведению абортов во втором триместре беременности.

Второе издание "Руководства для медицинского работника по проведению абортов во втором триместре беременности" содержит скорректированные регламенты осуществления провоцируемого выкидыша, включая схемы, предусматривающие как совместное применение мифепристона и мизопростола, так и применение одного мизопростола.

Для проведения аборта во втором триместре беременности могут использоваться несколько методик. В целом, эти методики могут быть охарактеризованы как хирургические или медикаментозные. Последняя методика, предусматривающая применение лекарственных препаратов, часто называется индуцированным абортom.<sup>1</sup> Обе методики рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ, 2003 г.) и применяются в разных странах. В Соединенных Штатах примерно 95 процентов всех абортom, проводимых во втором триместре беременности, осуществляются методом расширения и удаления (Darney и др., 1996 г.). Этот метод также наиболее часто применяется английскими врачами, оказывающими медицинские услуги по проведению искусственного аборта, не относящимися к Государственной службе здравоохранения (Королевский колледж акушерства и гинекологии (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG), 2005 г.). В некоторых странах Западной Европы метод индукции аборта (медикаментозный аборт) применяется более широко, чем метод расширения и удаления. В данном руководстве содержится информация как о хирургическом методе аборта, так и о методе провоцирования выкидыша, которые применяются для прерывания беременности на сроках от 13 до 24 недель, на основе данных самых последних научных исследований.

ВОЗ выступает с мнением о том, что при наличии квалифицированных и опытных специалистов наиболее безопасной и эффективной методикой хирургического аборта во втором триместре беременности является дилатация и эвакуация (ВОЗ, 2003 г.). Данный метод предусматривает подготовку шейки матки, а затем эвакуацию содержимого матки, применяя вместе отсос и щипцы. Подготовка шейки может осуществляться посредством применения ламинарии, мизопростола, мифепристона и механического расширения. Отсасывание производится при помощи электрических или ручных устройств вакуумной аспирации.

Рекомендуемые методики медикаментозного аборта предусматривают применение комбинации препаратов мифепристон и простагландинов, например, мизопростола (ВОЗ, 2003 г., Королевский Колледж акушеров-гинекологов, 2004 г.). Основные функции мифепристона при проведении аборта на данной стадии беременности — это подготовить шейку и повысить чувствительность матки к воздействию простагландинов, тем самым обеспечивая более высокую эффективность действия мизопростола (Lalithkumar и др., 2007 г.). Мизопростол вызывает расширение шейки и вызывает сокращения матки. Поскольку во многих странах мифепристон и ламинария недоступны, в информации о подготовке шейки матки, содержащейся в данном руководстве, основное внимание уделяется применению мизопростола.

Ирас признает за женщиной право регулировать число детей и интервалы между их рождением, а также иметь доступ к безопасным, эффективным услугам в области репродуктивного здоровья, предоставляемым с учетом деликатности ситуации. Некоторым женщинам, принимающим решение прервать беременность, не удается осуществить это в первом триместре по различным причинам медицинского, социального, организационного или физиологического характера. Например, у женщины, которая хочет сделать аборт в первом триместре беременности, может не быть такой возможности (Finer и др., 2006 г.), либо она может принять решение прервать беременность в связи с существованием специфических рисков для здоровья плода или ее здоровья, которые выявляются лишь на более поздних сроках беременности. Поэтому услуги по проведению абортов во втором триместре беременности должны предоставляться и быть доступными в качестве важного элемента комплексного медицинского обслуживания в сфере репродуктивного здоровья. Система здравоохранения должна обеспечить женщинам доступ к таким услугам. Осуществление аборта во втором триместре беременности обеспечивает женщинам право принимать решения относительно их потребностей в плане репродуктивного здоровья. Более того, недостаточный уровень доступа к безопасным услугам по проведению абортов во втором триместре беременности может стать причиной смерти. В ряде стран небезопасные методики проведения абортов во втором триместре беременности являются причиной большинства смертельных случаев, связанных с абортами (Gebreselassie и др., 2005 г.; Жирова и др., 2004 г.; Jewkes и др., 2004 г.; Rees и др., 1997 г.). Предлагаемый целевой показатель, достижение которого позволит обеспечить доступ к услугам по проведению абортов во втором триместре беременности и снизить уровень смертности в результате таких абортов, — это наличие как минимум одного медицинского учреждения на 500 тыс. человек, которое может гарантировать безопасность при оказании данной услуги (Nealy и др., 2006 г.).

---

<sup>1</sup> Обзор методик абортов приводится в работе, изданной Полом (Paul) и др. в 1999 г.

В идеале, женщина, которой требуется сделать аборт во втором триместре, должна иметь возможность выбора между абортом методом расширения и удаления и медикаментозным абортом исходя из своих индивидуальных потребностей и медицинской целесообразности. Женщины могут отдать предпочтение какой-либо из двух методик по различным причинам. Например, некоторые женщины предпочитают аборт методом расширения и удаления, поскольку такая процедура занимает относительно немного времени, тогда как другие могут выбрать медикаментозный аборт, потому что это предполагает меньший объем физического вмешательства. Медицинские работники должны ограничивать свои собственные предпочтения, позволяя женщине самой принять решение о том, какой из методов подходит для нее наилучшим образом при условии, что она удовлетворяет критериям для проведения обоих видов аборта, и оба этих метода могут быть осуществлены с обеспечением требуемого уровня безопасности.

Кроме того, один из этих двух методов может быть более доступна, чем другая в связи с изменением ограничений, существующих в системе здравоохранения. Применение медикаментозного аборта может реально повысить уровень доступа женщин к услугам в ситуациях, когда нет опытных специалистов для оказания неотложной помощи, а также оборудования или условий, которые позволяют обеспечить проведение аборта методом расширения и удаления. Медикаментозный аборт также является безопасным вариантом для медицинских работников, не имеющих специальной подготовки и навыков по проведению абортов методом дилатации и эвакуации, либо не имеющих возможности поддерживать свои хирургические навыки на должном уровне из-за малого числа пациентов.

Вместе с тем применение метода расширения и удаления может повысить доступность услуг в условиях, когда стоимость лекарственных препаратов, используемых при медикаментозном аборте, слишком высока или их невозможно достать, либо когда в медицинских учреждениях не хватает мест для женщин, находящихся при проведении медикаментозного аборта, особенно при наличии большого числа пациентов. Аборт методом расширения и удаления может быть проведен как амбулаторная процедура, занимающая часть дня, тогда как время, необходимое для индукции аборта, может существенно варьировать, а в некоторых случаях может возникнуть необходимость остаться в больнице на ночь. В идеале, оба метода должны быть доступны непосредственно по месту обращения или по направлению.

Данное руководство содержит информацию по вопросам, которые следует учитывать при предоставлении услуг и организации медицинского обслуживания, а также регламенты проведения аборта как методом расширения и удаления, так и так и при медикаментозном аборте, включая инструкции по проведению клинического обследования, обезболиванию, лечению осложнений и наблюдению за процессом восстановления. Приведенные в данном руководстве протоколы применимы для использования при сроках беременности не более 24-х недель в условиях высокого или низкого уровня обеспечения ресурсами и рекомендованы на основании изучения имеющейся литературы. Если это допускается местным законодательством и нормативами, врачи могут проводить аборт на сроках беременности, превышающих 24 недели, однако в этом случае им нужно будет провести обзор доказательных данных для выбора наиболее подходящего протокола для данного срока беременности. Могут быть использованы и другие протоколы: например, различные дозы или режимы введения мизопростола для медикаментозного аборта. Несколько официально принятых протоколов являются безопасными и эффективными. Содержащаяся в руководстве информация по важным смежным аспектам проведения абортов может быть полезной независимо от применяемого протокола.

Основная часть информации данного руководства предназначена для медицинских работников, которые в разной степени вовлечены в процесс оказания медицинской помощи женщинам в связи с искусственным прерыванием беременности. Раздел, посвященный вопросам предоставления услуг, может оказаться полезным для административных работников системы здравоохранения и других сотрудников клиник.

Отношение к работе, проявляемое медицинским персоналом и прочими сотрудниками в медицинском учреждении, может существенно повлиять на оказание услуг по проведению абортов во втором триместре беременности. Прошлый жизненный опыт, личные ценности и взгляды людей, а также их мотивация работать в сфере здравоохранения — это некоторые из многих факторов, определяющих их поведение в качестве медицинских работников. Очень полезно проводить встречи с персоналом, для того чтобы получить четкое представление об их личных ценностях и изменить их отношение перед началом обучения в условиях больницы и внедрением услуг. (Подробную информацию о проведении таких встреч можно найти в разделе "Дополнительные источники информации".)

Более подробная информация о комплексном уходе при проведении абортов в первом триместре беременности

и осложнениях содержится в публикациях Ipas *"Уход при проведении аборт, ориентированный на потребности женщины: справочное руководство"* и *"Уход после проведения аборта, ориентированный на потребности женщины: справочное руководство"*. (Чтобы заказать эти печатные материалы, свяжитесь с нами по электронной почте [ipas\\_publications@ipas.org](mailto:ipas_publications@ipas.org)).

При предоставлении качественных услуг по проведению абортс приоритетное внимание уделяется безопасности и эффективности процедур, обеспечение которых во многом зависит от уровня квалификации медицинского персонала. Данное руководство предназначено для медицинских работников, имеющих опыт предоставления качественных услуг по проведению абортс в первом триместре беременности, включая компетентность в смежных областях: профилактике инфекций, обезболивании и консультировании. Данное руководство предполагает наличие этих необходимых знаний, навыков и опыта.

Перед тем как приступить к обучению методам проведения абортс во втором триместре беременности, медицинские работники уже должны владеть базовыми знаниями в следующих областях:

- принципы и практика технологии искусственных абортс в первом триместре беременности
- факторы риска, связанные с применением обезболивающих и седативных препаратов и анестезии при проведении абортс и сопутствующем лечении
- эффективность, преимущества, недостатки, противопоказания, факторы риска и польза всех методов контрацепции, доступных в конкретном регионе

Помимо этого, медицинские работники должны уже владеть следующими навыками:

- собирать анамнез и проводить медицинский осмотр, включая гинекологический осмотр
- определять срок беременности на основании сведений, предоставленных пациенткой, медицинского осмотра и результатов УЗИ
- консультировать по вопросам индуцированного абортс и контрацепции
- для абортс, проводимых методом дилатации и эвакуации,
  - осуществлять местную анестезию путем парацервикальной блокады
  - проводить абортс методом вакуумной аспирации при сроках до 12 недель аменореи

Кроме этого, при оказании услуг по проведению абортс во втором триместре беременности врачи должны уметь оказывать неотложную гинекологическую помощь или иметь возможность быстро переводить пациентов в хирургический стационар в случае осложнений, требующих проведения оперативного лечения.

Прежде чем начать подготовку к предоставлению услуг по проведению абортс во втором триместре беременности, медицинские учреждения должны иметь соответствующий персонал и ресурсы. (Требования, касающиеся медицинских учреждений, оборудования и персонала, изложены в разделе данного руководства, посвященном вопросам предоставления услуг.)



## Прерывание желанной беременности

При оказании помощи женщине, которая прерывает желанную беременность по медицинским показаниям, таким, например, как состояние здоровья женщины или аномалия развития плода, медперсонал должен с чуткостью подходить к оказанию помощи этой женщине. Им, возможно, необходимо будет применять другую лексику в общении с женщиной. Большинство женщин, чья беременность является желанной, говорят о своем "малыше" или "ребенке". Следует использовать те слова, которые являются предпочтительными для женщины.

Женщина, прерывающая желанную беременность, может испытывать естественное чувство скорби или утраты, в то время как женщины, которым был проведен медикаментозный аборт для прерывания нежелательной беременности, после окончания процедуры чувствуют огромное облегчение.

Один из способов оказания психологической поддержки женщине, прерывающей желанную беременность, — это предложить ей возможность побыть несколько секунд вместе с плодом и ее супругом или другим сопровождающим лицом. Если она выразит такое желание, после экспульсии плода следует обмыть его водой и завернуть в чистую ткань. Затем необходимо поднести плод, чтобы она могла посмотреть на него нескольких секунд. Вместо этого можно также предложить ей карточку с отпечатком ступни плода и указанием даты, фотографию или специальное "свидетельство о рождении", которые она может забрать с собой. Когда женщина будет готова, нужно унести плод. Далее следует осуществить безопасную утилизацию в соответствии с местными правилами. В зависимости от причины аборта может потребоваться отправить плод на патологоанатомическое исследование. (Информация о действиях в случае поступления просьб о захоронении приводится в разделе, касающемся утилизации плода и плаценты. На веб-сайте <http://www.griefwatch.com> размещена дополнительная информация по вопросам, касающимся скорби в связи с утратой неродившегося ребенка, однако она рассчитана, главным образом, на аудиторию в США.)

В идеале, больница или клиника обычно должна предоставлять полный спектр услуг, связанных с проведением аборта, и сопутствующих услуг и обеспечивать их координацию. Например, если выясняется, что женщина, желающая сделать аборт и полагающая, что она находится на 11-й неделе беременности, а в действительности имеет 15-ти недельный срок, то ей должны быть предоставлены услуги по проведению аборта во втором триместре в данной клинике или дано направление в соответствующую клинику. Как при направлении, так и при оказании услуг необходимо эффективно использовать имеющиеся площади, время и персонал для удовлетворения потребностей женщины.

При оказании услуг по проведению абортов во втором триместре беременности возможно и необходимо придерживаться принципа, состоящего в том, что женщины, желающие искусственно завершить беременность, должны иметь возможность сделать это как можно раньше. В связи с этим при объединении услуг по проведению абортов в первом и втором триместре беременности важно подчеркнуть необходимость оказания таких услуг как можно раньше. Iras считает, что при проведении абортов эту задачу наилучшим образом можно выполнить, применив к медицинскому обслуживанию подход, ориентированный на удовлетворении индивидуальных потребностей женщины и в полной мере обеспечивающий такие важные аспекты как консультирование перед проведением аборта и после него. В рамках данного руководства рассматриваются вопросы предоставления услуг, которые непосредственно относятся к абортам во втором триместре беременности.

## Восприятие ситуации женщиной

Медицинские работники должны подходить к каждой женщине, желающей искусственно завершить беременность, с пониманием того, что эта женщина может сталкиваться с глубоко личными проблемами, имеющими последствия физиологического, эмоционального, социального и культурного характера. Некоторые из этих женщин могут испытывать сложные, возможно даже противоречивые эмоции по поводу ситуации, в которой они находятся. На их эмоции зачастую оказывают влияние внешние и личные факторы:

- чувства женщины по отношению к своей беременности
- была ли это желанная беременность, но осложненная серьезными проблемами медицинского характера
- наличие или отсутствие у женщины представления о больничной обстановке
- период времени, в течение которого она ожидала необходимого обслуживания
- проблемы насилия в личной жизни женщины
- предпринимала ли она другие попытки прервать эту беременность.

Медицинским работникам следует учитывать, что именно во втором триместре некоторые женщины прерывают желанную беременность по медицинским причинам, что требует особой деликатности в обращении с ними.

## Организация обслуживания

Помимо проведения абортов во втором триместре в условиях стационара, крайне важна надлежащая организация оказания услуг. Некоторые из вопросов организации обслуживания, указанных здесь, относятся к любому виду услуг по проведению абортов, другие же в большей степени относятся к абортам во втором триместре беременности. Каждое учреждение будет решать данные вопросы по-разному в зависимости от особенностей учреждения, укомплектованности кадрами, количества пациентов и других факторов, а также от того, происходит ли внедрение услуг по проведению абортов во втором триместре беременности в учреждении, где уже оказываются услуги по проведению абортов в первом триместре беременности, либо они внедряются в учреждении, которое начинает предоставлять услуги по проведению абортов (в первом и втором триместрах беременности) с нуля.

Следует учитывать следующие организационные моменты.

*Место оказания услуг.* Обеспечьте изолированную обстановку, пребывание отдельно от пациентов родильного или гинекологического отделения (особенно тщательно следует следить за тем, чтобы женщины, которым проводится медикаментозный аборт, не находились в одном помещении с женщинами, рожающими доношенного ребенка), предусмотрите место для ожидания и пребывания после процедуры аборта, а также наличие санузлов.

*Планирование времени.* В зависимости от количества пациентов, укомплектованности персоналом и наличия других услуг время приема следует назначать таким образом, чтобы услуги по возможности оказывались в течение одного дня (например, в случае аборта методом расширения и удаления следует ввести мизопростол утром и провести процедуру аборта днем; в случае медикаментозного аборта следует начать рано утром, чтобы женщина по возможности смогла вернуться домой позднее в тот же день). В зависимости от имеющихся площадей услуги по проведению аборт в первом и втором триместрах беременности могут предоставляться в одном и том же помещении и по одному графику. Следует подумать о том, как сделать процесс оказания услуг наиболее эффективным для пациентов и врачей. Также следует продумать, как оптимально согласовать назначение последующих приемов с графиком проведения аборт.

*Кадровое обеспечение.* Помимо требований к персоналу (они рассмотрены ниже в данном разделе), следует изучить общую укомплектованность персоналом, для того чтобы женщинам, обратившимся в клинику для проведения аборта, медицинское обслуживание предоставлялось опытными, обученными специалистами, которые готовы оказать им поддержку и которые не проявляют в их адрес предвзятого или пренебрежительного отношения. Не следует рассчитывать на то, что сотрудники, осуществляющие уход при родах и родоразрешении, могут оказывать медицинскую помощь женщинам, находящимся в процессе медикаментозного аборта, без специальной подготовки.

*Обучение определению срока и состояния беременности и обеспечение качества данного вида деятельности.* Определение точного срока беременности является важным фактором для безопасного проведения аборта, в особенности во втором триместре беременности, когда врачи не должны проводить эту процедуру, не имея соответствующей квалификации. Руководство должно быть уверено в работе системы контроля качества, которая позволяет врачам получать обратную информацию об их умении точно определять сроки беременности. Например, после аборта может быть проведено обследование плода (путем измерения бипариетального диаметра черепа, размера ступни и длины берцовой кости), результаты которого затем сравниваются с данными оценки, предшествующей аборту, для установления точности определений срока беременности (см. таблицы измерений показателей плода в *Приложении В*, а также раздел, посвященный клинической оценке относительно подтверждения срока беременности).

*Тренировки по отработке действий в критической ситуации.* Проведение регулярных тренингов по отработке действий в критических ситуациях позволит подготовить персонал к реагированию в случае возникновения серьезных осложнений. Следует проводить тренинг, описав персоналу гипотетическую ситуацию, связанную с осложнением (например, кровотечение, передозировка наркотического средства), и предложив им объяснить и предпринять необходимые действия для преодоления осложнения. Необходимо обеспечить наличие у персонала знаний и навыков по применению препаратов и оборудования для неотложной помощи.

*Оценка состояния расходных материалов.* Следует организовать регулярные проверки состояния расходных материалов, применяемых для плановых и неотложных процедур, что позволяет обеспечить стерильность инструмента, отсутствие лекарств с истекшим сроком годности и наличие всех необходимых материалов (включая препараты для снятия эффекта наркотических средств и запасные инструменты).

*Утилизация плода и плаценты.* Медицинские учреждения должны иметь четкие правила относительно того, как сотрудники должны реагировать на просьбы женщин забрать плод и плаценту с собой для захоронения в частном порядке. При разработке правил следует учитывать местные обычаи, правила утилизации биологических тканей и методы профилактики инфекций. Если плод (и по желанию плацента) выдается женщине, его следует поместить в запечатанный и завернутый контейнер. Необходимо проинформировать женщину и ее родственников о том, что во избежание возможного инфицирования контейнер должен оставаться закрытым, и его следует как можно скорее аккуратно захоронить в месте, где его целостность не будет нарушена.



Обеспечьте изолированную обстановку.

*Контроль/Проверка систем учета.* Ревизия систем учета (журналов, карточек) играет важную роль для обеспечения непрерывности медицинского обслуживания женщин, приходящих на прием для последующего амбулаторного наблюдения, лечения каких-либо осложнений, по поводу контрацепции или для получения каких-либо иных услуг. Необходимо обеспечить конфиденциальность данных пациента, содержащихся в системах хранения документов. Учетная информация о количестве пациентов, видах процедур, врачах, осложнениях и о других аспектах также должна использоваться для отслеживания результатов программы и контроля качества.

### **Условия, оборудование и персонал**

Каждая клиника, оказывающая услуги по проведению аборт в втором триместре беременности, должна иметь как минимум те же основные условия, которые необходимы для оказания услуг по проведению абортов в первом триместре. Аборты методом расширения и удаления, так же как и методом медикаментозного аборта могут безопасно осуществляться в больницах или клиниках с надлежащим уровнем оснащения. Надлежащая подготовка медицинского учреждения к оказанию услуг по проведению абортов во втором триместре беременности подразумевает выделение соответствующего помещения для осуществления процедур, обеспечение наличия всех необходимых инструментов и оборудования, а также обучение персонала выполнению своих функций для безопасного предоставления услуг. Также необходимо обеспечить условия для оказания медицинской помощи женщинам, у которых возникли осложнения, включая случаи, требующие проведения экстренных операций, например, лапароскопии или лапаротомии. Если оказать такие услуги на месте невозможно, должна быть предусмотрена эффективная схема перевода пациентов в соответствующие медицинские учреждения, располагающие требуемыми условиями.

#### **Условия**

Следует обеспечить:

- доступ к аппарату УЗИ в пределах клиники, но не обязательно в помещении, где проводится аборт;
- помещение, где женщины могли бы спокойно ожидать процедуры, пока действует препарат, подготавливающий шейку матки;
- изолированное, чистое помещение для проведения абортов методом расширения и удаления;
- в случае проведения медикаментозного аборта — удобное помещение, где женщины могли бы находиться во время экспульсии плода и другого содержимого матки (следует изолировать данное помещение от тех помещений, где женщины ожидают родоразрешения), в котором должны быть предусмотрены кресла с откидывающейся спинкой, кровати или койки;
- помещение для восстановления, где женщины могли бы отдыхать после аборта

#### **Оборудование**

Для проведения клинической оценки и последующего восстановления пациентов применяется то же оборудование, что и для проведения аборта методом дилатации и эвакуации и при медикаментозном аборте. Тем не менее, при проведении аборта методом дилатации и эвакуации необходимо обеспечить наличие специальных медицинских инструментов и расходных материалов, в то время как при медикаментозном аборте требуется минимум специального оборудования и расходных материалов (за исключением случаев возникновения осложнений). Независимо от применяемой методики следует обеспечить наличие инструментов и лекарственных препаратов на случай возникновения критической ситуации или осложнений. В *Таблице 1* приведен перечень необходимых лекарственных препаратов, расходных материалов и оборудования.

#### **Персонал**

При проведении абортов во втором триместре беременности рекомендуется применять коллективный подход с целью предоставления женщинам наиболее безопасного ухода и максимальной поддержки.

В состав группы, осуществляющей медицинское обслуживание, должны входить:

- врач-клиницист, проводящий аборт методом расширения и удаления или назначающий препараты для медикаментозного аборта
- специально обученный консультант (например, медсестра или акушерка, прошедшая подготовку по консультированию)



Таблица 1. Лекарственные препараты, материалы и оборудование, необходимые для проведения абортов во втором триместре беременности

Этап	Лекарственные препараты и расходные материалы	Оборудование
Клиническая оценка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• чистые смотровые перчатки</li> <li>• средство для подготовки шейки матки (например, таблетки мизопростола)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• гинекологическое зеркало</li> <li>• манжета для измерения артериального давления</li> <li>• фонендоскоп</li> <li>• доступ к аппарату УЗИ или наличие результатов УЗИ</li> </ul>
Аборт методом расширения и удаления	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обезболивающие средства, например, анальгетики и анксиолитики<sup>*</sup></li> <li>• дезинфицированные или стерильные длинные перчатки</li> <li>• халат, маска для лица</li> <li>• игла, шприц и лидокаин для проведения парацервикальной блокады</li> <li>• марлевые тампоны или ватные шарики</li> <li>• препарат Повидон-Йод (Бетадин) или другой аналогичный раствор для обработки влагалища и шейки матки</li> <li>• раствор для замачивания инструментов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• короткое, широкое гинекологическое зеркало<sup>†</sup> (например, Клопфера или Симса)</li> <li>• крючок</li> <li>• градуированные металлические расширители с раствором до 51 мм Пратта (или имеющие такую же окружность)</li> <li>• вакуумный отсос с канюлями и переходниками диаметром 12, 14 или 16 мм</li> <li>• большие щипцы Биерера для извлечения содержимого матки<sup>‡</sup></li> <li>• малые щипцы Софера и Биерера для извлечения содержимого из матки<sup>‡</sup></li> <li>• корнцанг</li> <li>• большая гибкая кюретка для использования после родов</li> <li>• ванночка из нержавеющей стали для раствора для предварительной обработки</li> <li>• лоток для инструментов</li> <li>• ванночка или контейнер для извлеченных продуктов беременности</li> </ul>
Медикаментозный аборт	<ul style="list-style-type: none"> <li>• чистые смотровые перчатки (несколько пар)</li> <li>• таблетки мифепристона или мизопростола, либо того или другого</li> <li>• обезболивающие средства, например, анальгетики и анксиолитики<sup>*</sup></li> <li>• средства, стимулирующие сокращения матки, например, окситоцин, метилергоновин</li> <li>• два резервных препарата для медикаментозного аборта — например, окситоцин и простагландин E<sub>2</sub> (PgE<sub>2</sub>)</li> <li>• марлевые тампоны</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• гинекологическое зеркало</li> <li>• кольцевые щипцы</li> <li>• большая гибкая кюретка для использования после родов</li> <li>• устройство для вакуумной аспирации</li> </ul>
Послеоперационный период	<ul style="list-style-type: none"> <li>• гигиенические прокладки или вата</li> <li>• анальгетики<sup>*</sup></li> <li>• антибиотики</li> <li>• печатные или письменные инструкции по послеабортному уходу за собой и последующему наблюдению</li> <li>• различные современные методы контрацепции</li> </ul>	—
Медицинская помощь при осложнениях	<ul style="list-style-type: none"> <li>• кислород и ручной респиратор Амбу</li> <li>• соответствующие антагонистические средства, нейтрализующие действие обезболивающих препаратов<sup>*</sup></li> <li>• капельница и жидкости для внутривенного вливания</li> <li>• нитрат серебра</li> <li>• катетер-баллон Фолея объемом 60 мл или тампонада матки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• доступ к аппарату УЗИ в пределах клиники</li> <li>• длинный иглодержатель и шовный материал</li> <li>• ножницы</li> </ul>

<sup>\*</sup> Более подробная информация содержится в приложении А.

<sup>†</sup> Такой, который может быть использован для вывода шейки матки.

<sup>‡</sup> Квалифицированные врачи могут пользоваться другими видами щипцов.

- специалист, проводящий ультразвуковое исследование непосредственно в клинике (но не обязательно в помещении, где проводится аборт)
- врач, отвечающий за применение обезболивающих средств и последующее наблюдение за состоянием женщины
- лицо, оказывающее женщине психологическую поддержку во время проведения аборта методом расширения и удаления или в процессе медикаментозного аборта
- медицинский работник (например, медсестра), отвечающий за наблюдение за состоянием женщины, находящейся в палате для восстановления после аборта.

### Оказание поддержки персоналу

Проведение абортов во втором триместре беременности может оказывать на персонал стрессовое воздействие. Даже те медицинские работники, которые оказывают женщине поддержку и обучены для предоставления медицинской помощи в связи с искусственным прерыванием беременности во II триместре, связанный с абортom во втором триместре беременности, могут испытывать определенный стресс. Как было отмечено Херном и Корриганом, "неспособность распознать признаки и и симптомы этого стресса может иметь серьезные последствия для дальнейшего оказания услуги". (Hern and Corrigan, 1980). Руководители могут поддерживать персонал и способствовать бесперебойному оказанию услуг, применяя следующие приемы.

- Создавать для сотрудников условия, в которых они могут обсудить свои чувства и переживания в безопасной обстановке.
- Обеспечивать гибкость, позволяя сотрудникам меняться обязанностями в рамках оказания одной услуги или переходить в другое отделение.
- Поощрять и поддерживать участие сотрудников в профессиональных конференциях и программах подготовки, которые повышают уровень их квалификации и осознание важности выполняемой ими работы.
- Поощрять коллективный метод работы, который дает преимущества как сотрудникам, так и женщинам, получающим услуги.

Поддержка персонала посредством таких мер свидетельствует об уважительном отношении к сотрудникам и, таким образом, повышает вероятность оказания качественного обслуживания и дальнейшего предоставления услуг.



**Предоставьте сотрудникам возможность обсуждать их чувства**

Количество персонала, необходимое для выполнения всех указанных функций (описанных ниже), должно определяться группой, исходя из уровня подготовки персонала и расписания. Например, один и тот же человек может осуществлять консультирование, выполнять ультразвуковые исследования и производить аборт; либо акушерка может осуществлять консультирование и оказывать женщине психологическую поддержку во время аборта; а медсестра, отвечающая за применение обезболивающих средств и контроль за состоянием пациентов, также может осуществлять наблюдение во время процесса восстановления.

*Медицинский работник* должен отвечать всем требованиям, предъявляемым к специалисту, проводящему аборт во втором триместре беременности (как было описано выше), и владеть применяемой методикой на должном уровне. Врач-клиницист выполняет искусственное прерывание беременности. Его роль также заключается в том, чтобы подтвердить срок беременности и выполнить аборт методом дилатации и эвакуации или же наблюдать за процессом медикаментозного аборта. Как правило, медицинский работник, в повседневные обязанности которого входит наблюдение за женщиной во время родов, вполне подходит для выполнения функции по наблюдению за женщиной в процессе медикаментозного аборта. Аборты, выполняемые методом расширения и удаления, напротив, требуют специальной подготовки.

*Консультант* беседует с женщиной, объясняя процедуру аборта, отвечает на вопросы, получает от нее информированное согласие и обсуждает возможные варианты контрацепции. Консультантом может быть тот же сотрудник, который собирает медицинский анамнез пациентки и проводит медицинский осмотр.

*Специалист, проводящий ультразвуковое исследование*, — это человек, прошедший специальное обучение для работы на аппарате УЗИ и определения срока беременности. Специалист, прошедший подготовку по проведению УЗИ, должен привлекаться в случаях, когда существуют сомнения по поводу срока беременности, или же если в процессе аборта методом расширения и удаления возникли осложнения, требующие ультразвукового контроля.

*Медицинский работник, отвечающий за применение обезболивающих препаратов и последующее наблюдение за состоянием женщины*, должен участвовать на всех этапах оказания медицинской помощи (до, во время и после аборта), обеспечивая удовлетворение потребностей женщины в плане обезболивания. Этот работник назначает медицинские препараты, контролирует показатели жизненно важных функций и психическое состояние женщины, выявляет реакции на препараты и, при необходимости, применяет антагонистические средства, а также оказывает другую медицинскую помощь.

Важно, чтобы кто-то оказывал женщине психологическую поддержку во время выполнения аборта методом расширения и удаления или медикаментозного аборта. Этот человек отвечает на любые вопросы или реагирует на переживания, возникающие у женщины и оказывает словесную поддержку, помогая уменьшить тревогу или боль, которую испытывает женщина. Часто эту роль выполняет медсестра или консультант.

*Работник, осуществляющий уход в палате для последующего восстановления*, (это может быть медсестра, акушерка или врач) наблюдает за состоянием женщины в палате для восстановления и дает ей указания относительно реабилитации и применения антибиотиков, обезболивающих средств и способов контрацепции (если это необходимо).

## Информированное согласие

Информированное согласие предусматривает важную беседу между врачом и пациентом, в ходе которой пациент должен получить представление о своем клиническом состоянии, факторах риска и благоприятных эффектах различных вариантов медицинских процедур и принять самостоятельное решение о выборе плана действий. Следует разъяснить женщине суть процедуры аборта для того, чтобы она знала, что с ней будет происходить, и что она будет чувствовать. В беседе медицинские работники должны использовать понятные для женщины термины, чтобы она могла осмыслить полученную информацию, несмотря на ее специальный характер. Женщины, выбирающие медикаментозный аборт, также должны понимать необходимость оперативного вмешательства как резервного варианта в случае возникновения осложнения, требующего неотложной помощи, и дать на это согласие. Если женщина чувствует, что ее каким-либо образом заставляют принять решение или оказывают давление, это значит, что она дает согласие на аборт не добровольно.



*Получите добровольное информированное согласие*

### *О чем следует рассказать женщине...*

#### **О процедуре аборта:**

- какие существуют факторы риска и альтернативы
- какие существуют способы обезболивания
- когда начнется процедура
- отправится ли женщина домой на время подготовки шейки матки
- что она, вероятно, почувствует (например, схватки и тянущие ощущения во время аборта методом расширения и удаления)
- кто будет находиться вместе с ней в палате
- будет ли она в сознании
- какие препараты будут ей вводиться и каким способом
- сколько времени может занять процедура (например, медикаментозный аборт обычно длится 6-10 часов, но может длиться до 3-х суток)
- что может потребоваться извлечь невышедшую после выкидыша плаценту путем вакуумной аспирации

#### **Что следует ожидать после аборта:**

- как долго ей придется восстанавливать силы, находясь в больнице или клинике
- что в течение нескольких дней сразу после аборта у нее могут возникнуть кровотечение и схваткообразные боли
- какие физические симптомы она может испытывать и как на них реагировать (включая редкие случаи нагрубания молочных желез и лактации; эту проблему можно решить, применяя пакеты со льдом, надевая тугий бюстгалтер или обертывая грудную клетку тканью, не выдавливая при этом молоко)
- как распознать симптомы возможных осложнений, а также когда и как следует обращаться в больницу или клинику
- когда следует снова прийти в клинику или больницу или к ее постоянному врачу для последующего амбулаторного наблюдения
- когда у нее может произойти следующая овуляция, и что ей следует начинать предохраняться немедленно, если она хочет предупредить беременность



*Обеспечьте эффективность процесса общения*

## Клиническая оценка

### История болезни

В медицинской карте женщин, которым проводится аборт во втором триместре беременности, должна быть отражена та же информация, что и для пациентов, обращающихся в клинику, чтобы сделать аборт в первом триместре, например, продолжительность аменореи, аллергические реакции, применение средств контрацепции и любые существенные данные о перенесенных ранее заболеваниях и операциях. Следует отметить, что у женщин, имеющих определенные заболевания, аборт может спровоцировать новые или усугубить существующие осложнения (см. Таблицу 2).

### Общий медицинский осмотр

Медицинским работникам важно получить общее представление о состоянии здоровья каждой пациентки. Перед проведением осмотра врач должен объяснить женщине, как он будет проводиться, и что она может ощущать. Осмотр должен включать проверку и запись показателей жизненно важных функций, а также описание общего состояния здоровья женщины, которое заносится в ее медицинскую карту. Время осмотра является подходящим моментом для взятия материала для исследования на наличие инфекций, передающихся половым путем. В зависимости от местных правил и протоколов на этом этапе может быть определен резус-фактор крови пациентки.

Таблица 2. Ранее перенесенные заболевания, которые могут повлиять на проведение аборта во втором триместре беременности

Заболевание	Значимость с медицинской точки зрения
Астма	При послеабортной атонии некоторые простагландины (например, PGF <sub>2α</sub> [Емабат]) необходимо применять с осторожностью.
Фиброзные опухоли и другие аномалии матки	Аборт методом расширения и удаления должен проводиться только опытными врачами с соблюдением мер осторожности. В зависимости от характера аномалии при проведении медикаментозного аборта дополнительные меры предосторожности могут не потребоваться.
Гипертония	При послеабортной атонии метилергоновин (Метергин), являющийся производным спорыньи, следует применять с осторожностью. Избегать назначения данного препарата женщинам, у которых артериальное давление составляет >160/100 мм рт. ст.
Эпилепсия	При проведении аборта может потребоваться интенсивная медицинская помощь.
Перенесенная ранее операция на матке	При проведении медикаментозного аборта необходимо рассмотреть возможность уменьшения начальной дозы. <sup>†</sup>

Примечание: мизопропрост все же применять можно.

<sup>†</sup>См. раздел, посвященный провоцируемому выкидышу.

### Подтверждение срока беременности

К процедуре аборта следует приступать только после надежного подтверждения гестационного возраста плода, поскольку ошибки (в особенности занижение срока беременности) в его определении могут стать причиной серьезных проблем при проведении абортов во втором триместре беременности, особенно в случае аборта методом расширения и удаления. Медицинские работники должны знать, с чем они столкнутся во время аборта с точки зрения размера плода, чтобы непреднамеренно не приступить к проведению аборта во втором триместре беременности, не имея достаточной квалификации, уверенности или в нарушение законодательных или установленных ограничений. Надежное правило, которого следует придерживаться в случае сомнений относительно срока беременности: "лучше подготовиться, предполагая, что срок беременности больше (и плод больше), чем предполагать, что срок меньше (и плод меньше)".

Медицинские работники должны провести гинекологический осмотр для проверки размера, консистенции и положения матки. В идеале, для подтверждения срока беременности должно применяться ультразвуковое исследование. Измерение бипариетального диаметра головки плода является простым и точным методом определения срока беременности. По возможности это измерение применяется совместно с измерением длины берцовой кости плода (Paul, 1999 г.). Во втором триместре измерения, как правило, позволяют установить гестационный возраст плода с точностью до одной–двух недель. Определение срока беременности путем измерения бипариетального размера головки плода предполагает сверку результатов измерений со справочной таблицей (см. Приложение В — Таблица 1) или применение функции автоматического расчета программы УЗИ. Измерение длины берцовой кости плода является еще одним способом определения гестационного возраста плода с помощью ультразвука перед проведением аборта. Берцовая кость измеряется вдоль длинной оси кости (см. Приложение В — Таблица 3).

Во многих клиниках УЗИ проводится специально обученным специалистом по ультразвуковой сонографии непосредственно перед гинекологическим осмотром или после него. При оказании услуг по проведению абортов во втором триместре беременности достаточно иметь аппарат УЗИ (и специально обученного специалиста) в медицинском учреждении. Наличие указанного оборудования непосредственно в помещении, где проводятся аборты, необязательно.

В условиях, когда провести ультразвуковое исследование перед абортom невозможно, крайне важно, чтобы персонал был надлежащим образом обучен определять срок беременности и удостоверять полное извлечение содержимого матки. После аборта медицинские работники могут подтвердить гестационный возраст плода, сравнив его фактические параметры с предполагаемыми данными, полученными при бимануальном обследовании, и со сроком беременности, установленным исходя из последнего менструального цикла женщины. Измеренный размер ступни плода может быть сравнен со справочными таблицами, показывающими фактический внутриутробный возраст при данном размере ступни плода (см. Приложение В — Таблица 2). Такое сравнение позволяет врачам оценить точность определения ими срока беременности перед процедурой аборта. Данный этап является важным, поскольку он позволяет проверить точно ли определен внутриутробный возраст плода перед абортom.

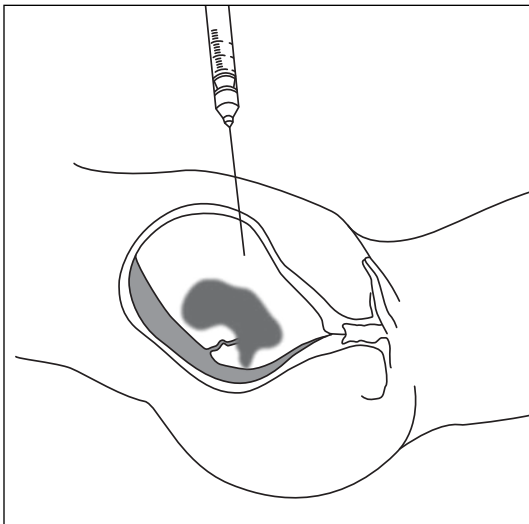
### **Умерщвление плода**

Существуют различные методы умерщвления плода перед абортom. В некоторых ситуациях это предпринимается в основном для того, чтобы сделать процедуру менее тяжелой для женщин, медицинских работников или должностных лиц, а также в целях предупреждения опасений относительно боли, испытываемой плодом. Некоторые медики также считают, что это облегчает проведение самой процедуры аборта. Как правило, данная процедура производится на сроках беременности от 24 недель, но может применяться начиная с 22–23 недель. Умерщвление плода позволяет избежать возможного живорождения и вероятности того, что женщина будет чувствовать шевеление плода во время его выхода при проведении медикаментозного аборта, а также того, что сотрудники клиники будут наблюдать кратковременное выживание плода. Некоторые исследовательские данные показывают, что эта процедура также способствует размягчению трубчатых костей плода, что упрощает проведение аборта методом расширения и удаления за счет уменьшения требуемого раскрытия шейки матки (Paul и др., 1999 г.) и может повысить эффективность проведения медикаментозного аборта (Eliman и др., 1999 г.; RCOG, 2004 г.; Lalitkumar и др., 2007 г.).

Одним из подходов, обычно применяемых для эффективного умерщвления плода, является интраамниотическая инъекция дигоксина. Эту инъекцию можно сделать за сутки до проведения аборта методом расширения и удаления либо медикаментозного аборта (NAF, 2006 г.; Негн и др., 1993 г.).



**Проведите гинекологический осмотр**



**Рис. 1. Сделать инъекцию дигоксина  
внутри оболочки плода**

### Интраамниальная инъекция дигоксина

Большинство клинических рекомендаций, касающихся умерщвления плода, предусматривают применение дигоксина в связи с относительно низким показателем осложнений, простотой интраамниального введения препарата и отсутствием необходимости использовать ультразвуковой контроль (Wright and Watson, 1992 г.). Было установлено, что интраамниальная инъекция 1,0–1,5 мг дигоксина характеризуется ограниченной общей абсорбцией в организм матери, а также отсутствием клинически значимых воздействий на сердечную деятельность и свертываемость крови (Drey и др., 2000 г.; Wright, 1989 г.).

Противопоказания к применению инъекции дигоксина:

- сердечная аритмия у матери
- почечная недостаточность у матери
- аллергия на дигоксин

Если противопоказания у женщины отсутствуют, необходимо набрать в шприц 1,0 мг (4 куб. см) дигоксина. По возможности используя ультразвуковой контроль брюшной полости, найти область (или место) в амниотическом мешке, свободном от предлежания плаценты. Удерживать ультразвуковую головку на контролируемом участке, в то время как ассистент подготавливает место инъекции, протирая его спиртом или препаратом Повидон-Йод (Бетадин). Ввести дигоксин в околоплодную жидкость, используя пункционно-биопсийную иглу 22-го размера (Рис. 1). Если нет возможности воспользоваться ультразвуковым контролем, перед введением препарата следует забрать в шприц небольшое количество околоплодной жидкости, чтобы убедиться, что игла была введена в плодный пузырь. В момент инъекции женщина может почувствовать резкое сокращение мышц, которое должно быстро пройти. Обычно после инъекции дигоксина женщина отправляется домой, получив четкие указания вернуться в стационар через один–два дня для проведения аборта. Самочувствие женщины в остальное время должно быть нормальным. Лишь у крайне малого числа женщин возникают постоянные схватки. Кровотечение маловероятно (Hern, 2001 г.; Jackson и др., 2001 г.). Внутрисердечная инъекция является еще одним методом умерщвления плода, но для этой методики требуется наличие узко специализированных навыков в сонографии.

При наличии соответствующего уровня обезболивания, высоких навыков проведения хирургических процедур и добросовестного ухода в период восстановления аборт методом расширения и удаления могут безопасно проводиться медицинскими работниками, прошедшими надлежащую подготовку. В данном разделе описываются основные элементы обеспечения безопасности абортов методом расширения и удаления.

## Обезболивание

Обеспечение соответствующего обезболивания при проведении абортов во втором триместре беременности играет важную роль в оказании услуг по проведению абортов, ориентированных на потребности женщины. Поэтому применение соответствующих обезболивающих средств является обязательным при проведении аборта во втором триместре беременности. Как правило, с увеличением срока беременности интенсивность боли повышается, поэтому обычно требуется больший объем обезболивания, чем при абортах, проводимых в первом триместре (Smith и др., 1979 г.; Belanger и др., 1989 г.).

Поскольку во время аборта женщина находится в сознании, помимо применения соответствующих лекарственных средств для обезболивания, важно оказывать ей психологическую поддержку. Необходимо выделять сотрудника, имеющего соответствующую медицинскую подготовку, который будет проводить наблюдение за состоянием женщины, и оценивать и обеспечивать ее потребности в обезболивании. Для введения внутривенных препаратов, например, слабых седативных средств, может потребоваться специальная подготовка.

Цель обезболивания — свести к минимуму ощущение тревоги и дискомфорта и сделать это таким образом, чтобы обеспечить наименьший риск для здоровья женщины. Правильный подбор обезболивающих средств позволяет женщине оставаться в сознании и проявлять ответную реакцию, тем самым сводя к минимуму чувство страха и дискомфорта. При составлении схемы обезболивания перед проведением аборта полезно обсудить с женщиной ее предыдущий опыт, связанный с болевыми ощущениями, и личные предпочтения относительно обезболивания. В определенных условиях и обстоятельствах для некоторых женщин наркоз может являться доступным и подходящим вариантом. В случае применения наркоза женщина находится без сознания. В связи с тем, что при применении наркоза существует повышенный риск осложнений, в данном руководстве внимание уделяется другим приемлемым методам обезболивания.

## Безопасность

Безопасность при применении обезболивающих препаратов крайне важна, поскольку использование обезболивающих препаратов является одним из нескольких факторов, представляющих потенциальную угрозу для жизни при проведении аборта. Врачи должны внимательно фиксировать в карточке историю болезни женщины, имеющиеся у нее аллергии и принимаемые в данный момент лекарства, которые могут вступить во взаимодействие с препаратами, планируемыми к применению. При внутривенном введении препаратов их нужно обязательно вводить медленно в течение 30–60 секунд, а также обеспечить наличие лекарственных средств неотложной помощи для нейтрализации неблагоприятных реакций (Paul и др., 2003г.).

### **Моменты, которые следует учитывать при выборе обезболивающих препаратов для женщин, которым предстоит процедура аборта методом расширения и удаления**

#### *Насколько сильной будет боль?*

Использовать анальгетик (наркотический и ненаркотический). В большинстве случаев в дополнение к парацетамольной блокаде также можно применить анксиолитическое средство.

#### *Как долго женщине придется ждать начала процедуры после приема препарата?*

Необходимо обеспечить, чтобы максимальный обезболивающий эффект препарата наступил во время процедуры. Например, женщина должна принять петидин или диазепам перорально за 60 минут до процедуры.

#### *Какие предусмотрены меры для обеспечения безопасности при применении препаратов?*

В редких случаях применение наркотических и анксиолитических средств может вызвать неблагоприятные реакции. Следует обеспечить наличие соответствующего антагонистического средства, нейтрализующего действие применяемого препарата.



Ниже рассматриваются виды обезболивающих препаратов, которые могут применяться при проведении аборт методом расширения и удаления, и порядок их применения. (См. Приложение А, «Методы обезболивания при проведении абортов во втором триместре беременности», в котором дается более подробная информация относительно лекарственных препаратов, дозировок, режима введения, длительности действия и побочных эффектов.)

*Ненаркотические анальгетики (нестероидные противовоспалительные средства, или НСПВС)*, например, ибупрофен, могут использоваться для обезболивания во время и после аборта. Анальгетики следует принимать перорально как минимум за 30 минут до проведения аборта. Такие препараты как ибупрофен являются эффективным вспомогательным средством для наркотических анальгетиков.

*Наркотические анальгетики*, например, петидин и фентанил, являются более сильными анальгетиками, которые эффективно действуют в сочетании с НСПВС при обезболивании во время абортов, проводимых методом расширения и удаления. Например, петидин можно ввести внутримышечно за 30 минут до аборта или перорально за 30–60 минут до аборта.

*Анксиолитические средства*, например, диазепам, подавляют функции центральной нервной системы, снижая тревожность и расслабляя мышцы. При этом саму боль они не снимают. Анксиолитические средства рекомендуется применять, когда женщина испытывает тревогу, но ее физическое состояние при этом остается стабильным.

Важно помнить, что угнетение респираторной функции является более вероятным при совместном применении наркотических и анксиолитических средств, чем при применении каждого из этих средств по отдельности. Во всех случаях применения этих средств следует тщательно контролировать состояние респираторной функции женщины.

*Анестетики местного действия*, например, лидокаин (при проведении парацервикальной блокады), притупляют чувствительность в месте применения, тем самым снижая чувство дискомфорта, связанного с расширением шейки матки и использованием инструментов во время аборта, проводимого методом расширения и удаления. Тем не менее эти препараты не влияют на боль, связанную со спастическими сокращениями матки, и поэтому должны применяться в сочетании с соответствующими анальгетиками.

Кроме того, словесная поддержка, оказываемая женщине на протяжении всей процедуры аборта, проводимого методом расширения и удаления, может помочь ей оставаться расслабленной, тем самым снижая степень боли и тревоги. Это является еще одним важным элементом процесса обезболивания. Разговор с женщиной успокаивающим, заботливым тоном иногда называют "вербакаином" или "словесной анестезией". При проведении аборта в первом триместре беременности это может быть важным методом, используемым для того, чтобы помочь женщине снять ощущение дискомфорта. Однако при проведении аборта во втором триместре словесная поддержка не заменяет собой болеутоляющие препараты и местную анестезию. В этом случае она должна применяться в дополнение к соответствующему сочетанию анальгетиков, анксиолитических средств и анестетиков местного действия. Все члены группы, осуществляющей медицинское обслуживание, должны сообща оказывать женщине психологическую поддержку во время аборта.

### **Осложнения в связи с применением обезболивающих препаратов**

Анксиолитические и наркотические средства могут вызвать угнетение респираторной функции, в особенности при совместном применении. В случае приема больших доз препаратов пациентка может потерять контроль за своим дыханием. Все врачи, даже те, которые используют в своей практике менее сильные препараты для обезболивания, должны уметь оказывать помощь в случае остановки дыхания при развитии маловероятной ситуации случайной передозировки какого-либо препарата. Медицинские работники должны пройти подготовку по проведению сердечно-легочной реанимации, включая знание препаратов-антагонистов и реанимационное оборудование. Также в наличии должно быть реанимационное оборудование и соответствующие антагонистические средства (наксолон и флюмазенил).



*Оказывайте словесную психологическую поддержку.*



## Процедура аборта

Перед началом аборта необходимо провести общий и гинекологический осмотр, убедиться в том, что сроки беременности определены точно, и что женщина понимает суть процедуры и согласна на ее проведение. Несмотря на то, что сбор анамнеза и общий осмотр могут быть выполнены акушеркой, крайне важно, чтобы врач-клиницист, который будет проводить аборт методом дилатации и эвакуации, произвел гинекологический осмотр и ознакомился с данными ультразвукового исследования, сделанного перед абортom. В случае назначения антибиотиков в профилактических целях одним из возможных вариантов является пероральный прием доксициклина по 100 мг два раза в день в течение 3 суток.

### Подготовка шейки матки

Следует подготовить шейку матки путем вагинального или трансбуккального введения 400 мкг мизопростола примерно за 4 часа до начала процедуры. Если мизопростол вводится вагинально, таблетки следует ввести глубоко в задний свод влагалища (см. Рис. 2). Следует объяснить женщине, что в результате действия мизопростола у нее могут возникнуть небольшое кровотечение и схватки.<sup>2</sup>

Необходимо подождать в течение 3–4 часов, пока под воздействием мизопростола не произойдет размягчения шейки матки. Женщина может ожидать этого сидя или лежа, находясь в стационаре. Во время ожидания необходимо наблюдать за кровотечением. Если у женщины во время подготовки шейки матки начинается сильное вагинальное кровотечение, это значит, что ее реакция на введение препарата для подготовки шейки матки оказалась быстрее средней, и она готова к проведению аборта, даже если установленное время ожидания еще не истекло. Женщина должна опорожнить мочевой пузырь непосредственно перед тем, как она перейдет в комнату, где будет проводиться аборт.

### Удаление

Медицинские работники должны непрерывно общаться с женщиной во время аборта, объясняя ей, что будет происходить, периодически успокаивая и подбадривая ее.

Врач должен вымыть руки и надеть перчатки или другие средства защиты. С краю под операционным столом необходимо разместить бак или поддон для сбора выделяющихся жидкостей. Следует убедиться в наличии всех необходимых инструментов и лекарственных препаратов, включая гинекологическое зеркало, крючок, канюли, расширители, щипцы, большую гибкую кюретку, используемую после родов; тампоны, анестетики местного действия и систему для проведения вакуумной аспирации для послеродовой обработки, тампоны, анестетик местного действия и средство вакуумной аспирации.

После проведения бимануального исследования необходимо ввести гинекологическое зеркало и обработать шейку матки антисептическим раствором, например, Повидон-Йод (Бетадин). Провести парацервикальную блокаду (см. Рис. 3).

Проводя тракцию, вывести шейку матки во влагалище. Проверить достаточность расширения, попробовав ввести через шейку расширитель большого диаметра или канюлю диаметром 12 или 14 мм. Мизопростол обеспечивает значительное размягчение шейки, позволяя прилагать для расширения лишь минимальное усилие. Расширение шейки должно быть достаточным, чтобы ввести в нее канюлю диаметром 12–14 мм. Если ввести канюлю такого диаметра не удастся, или если не удастся легко расширить шейку, то, возможно, мизопростол не подействовал. В таком случае необходимо провести повторную подготовку шейки матки, введя 600 мкг мизопростола. Аборт методом расширения и удаления *не должен* проводиться, если шейка не размягчена, так как при недостаточной подготовке шейки возрастает вероятность осложнений.

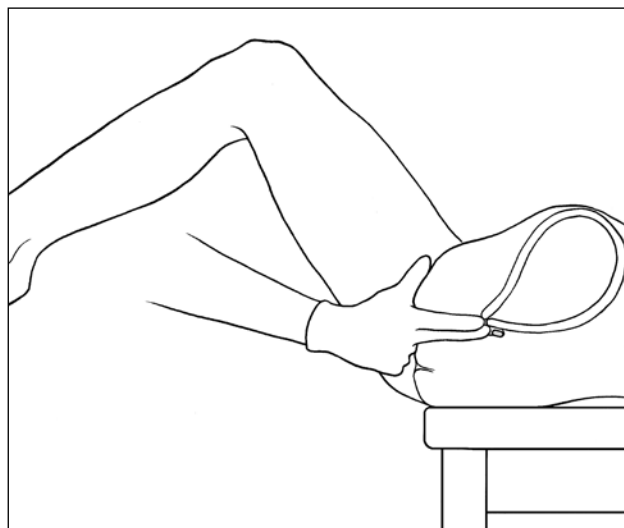


Рис. 2. Поместить таблетки мизопростола глубоко в задний свод влагалища.

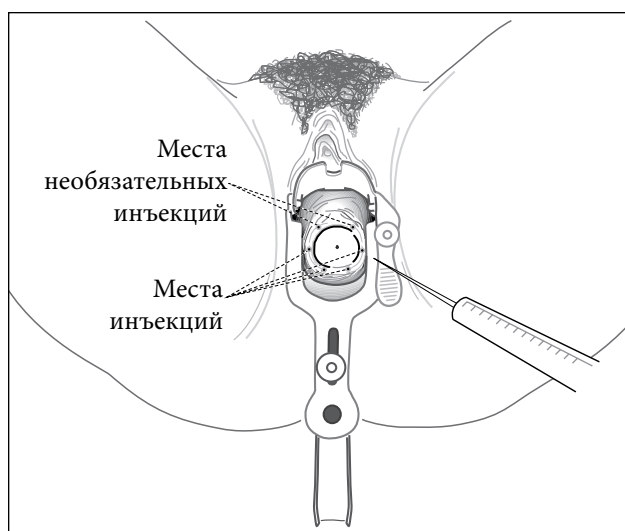


Рис. 3. Провести околошеечную блокаду.

<sup>2</sup> Вместо мизопростола для расширения шейки матки могут использоваться осмотические дилататоры, например, ламинария.

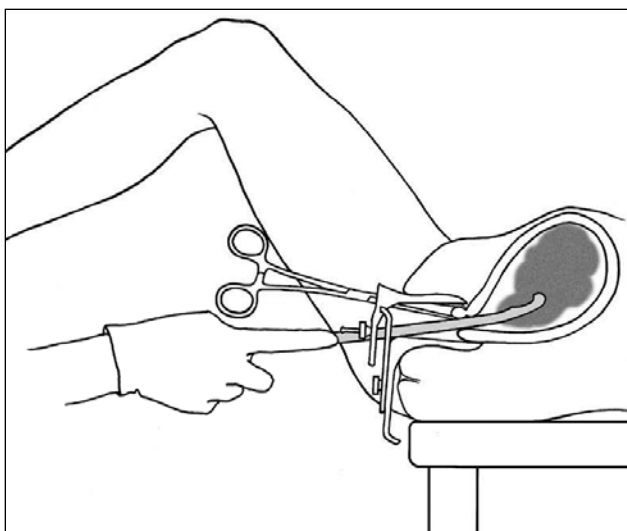


Рис. 4. Произвести отсасывание околоплодных вод.

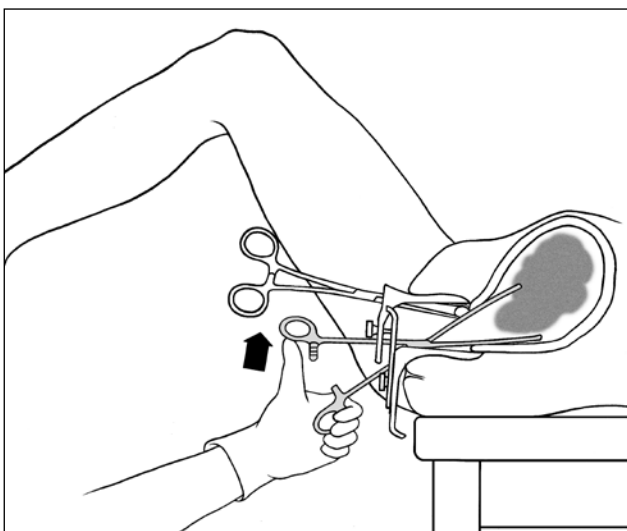


Рис. 5. Раскрыть щипцы.

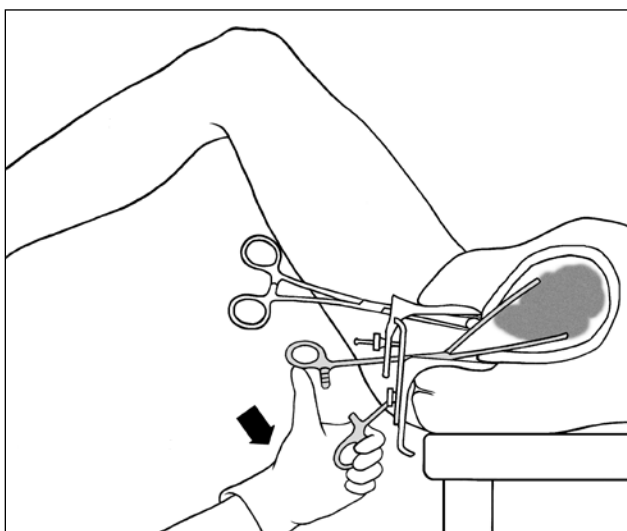


Рис. 6. Потянуть ручку ножниц вниз так, чтобы захват оказался в переднем нижнем отделе матки.

После того как шейка была расширена в достаточной степени, в полость матки вводится канюля диаметром 12, 14 или 16 мм, присоединенная к отсасывающему устройству, а затем производится отсасывание околоплодных вод (см. Рис. 4).

Производить отсасывание таким же образом, как и при проведении аборта методом аспирации в первом триместре беременности, поворачивая канюлю во время аспирации. Извлечь канюлю из матки и по мере необходимости освободить от содержимого; следить, чтобы канюля ни с чем не соприкасалась. Когда больше ничего отсосать не удастся (как правило, через 1–2 минуты после начала отсасывания), следует извлечь канюлю из матки.

Подтягивая шейку матки на себя, ввести щипцы вертикально, то есть раствор щипцов должен открываться вверх-вниз, а не горизонтально. Ладонь руки, в которой находятся щипцы, должна быть обращена к стене, а не к потолку или полу. Раскрыть щипцы в передне-заднем направлении непосредственно в пределах внутреннего цервикального зева. Следует держать щипцы, прижимая большой палец к переднему кольцу (но не вводя его внутрь кольца). После того как щипцы пройдут через внутренний зев, плавно раскрыть их как можно шире (см. Рис. 5.)

Ткани плода обычно находятся в переднем нижнем отделе матки (отделе, расположенном ближе всего к шейке). Чтобы добраться до этой области, следует потянуть ручку щипцов по направлению к полу. Таким образом, захват щипцов оказывается в переднем отделе матки (см. Рис. 6.)

Для удаления тканей захватить их щипцами, и, прежде чем щипцы вывести из матки, повернуть их на 90 градусов. Следует проявлять большую осторожность, чтобы не захватить миометрий, так как это вызовет боль. Можно избежать приложения избыточного усилия тяги при проведении щипцов через внутренний зев, повторно сжав ткань щипцами, чтобы уменьшить ее объем.

В большинстве случаев извлечение плода осуществляется из самого нижнего отдела полости матки (см. Рис. 7.). Рекомендуется избегать введение щипцов в верхние отделы матки, поскольку при этом возрастает риск перфорации. Если ткани плода сместились ко дну матки, необходимо еще раз ввести канюлю во внутренний зев, чтобы при помощи отсасывания извлечь ткани. Следует избегать глубокого обследования матки щипцами в горизонтальной плоскости, за исключением случаев, когда попытки обследовать матку в вертикальном направлении оказались затруднительными.

Если найти плод и начать его извлечение не удается в течение 5–7 минут, следует провести УЗИ для определения его локализации. В маловероятной ситуации, когда плод (свод черепа [голова] или другие части) не удастся свободно извлечь, необходимо применить средство, стимулирующее сокращение матки, например:

- 400–600 мкг мизопростола перорально, трансбуккально или сублингвально;
- 0,2 мг метилергоновина (Метергина) перорально или внутримышечно; либо
- высокую дозу окситоцина (200 единиц в 500 мл физиологического раствора или лактата Рингера), вводимого внутривенно со скоростью 50 мл/ч

Спустя 2–4 часа попытаться повторить процедуру. Как правило, лекарственные препараты должны вызвать смещение частей плода в нижний отдел матки, тем самым облегчив их извлечение.

Иногда при извлечении свод черепа может застрять. Если его не удастся захватить щипцами, необходимо еще раз ввести аспирационный наконечник внутрь зева и произвести отсасывание. Это позволит сместить содержимое матки вниз, откуда его можно легче извлечь. Затем следует осторожно ввести щипцы и раскрыть их в пределах внутреннего зева, где должен находиться свод черепа. Как правило, требуется раздавить его щипцами, чтобы его можно было легче извлечь. Иногда, особенно на сроках беременности около 15-ти недель, свод черепа может быть довольно сильно смещен к передней стенке матки, поэтому чтобы достать до него, необходимо расположить щипцы под острым углом к передней стороне (рукоятки должны быть направлены в сторону пола).

В конце процедуры при помощи вакуумной аспирации можно осторожно удалить ткани, оставшиеся в полости матки. Нельзя прилагать усилия, за исключением момента извлечения канюли. Этот этап может не понадобиться, если отсасывание показывает отсутствие в полости содержимого (то есть внутренняя поверхность матки, с которой контактирует канюля, ощущается шершавой и плотной).

Необходимо исследовать ткани плода, чтобы убедиться в полном извлечении. Следует идентифицировать части плода (главным образом, грудную клетку, позвоночник, свод черепа и плаценту; при проведении абортов на сроках более 15–16 недель следует также идентифицировать все четыре конечности). В случае каких-либо сомнений необходимо убедиться в полном удалении при помощи УЗИ.

### После аборта

Накрыть ткани плода, чтобы женщина не могла их видеть. (Информация о действиях в случае поступления просьб о захоронении плода приводится в разделе, посвященном организации обслуживания.) Поместить все инструменты в раствор для замачивания и положить все иглы в соответствующий контейнер для утилизации. Выбросить перчатки или снять их и поместить в раствор для замачивания. Затем вымыть руки. Женщине необходимо помочь перейти в палату для отдыха и восстановления (более подробная информация приводится в разделе, посвященном восстановлению).

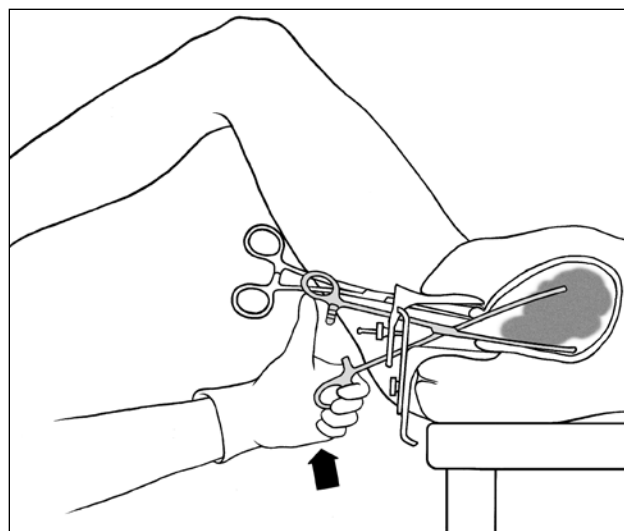


Рис. 7. Удалить содержимое из нижнего отдела полости матки.

### УЗИ и аборты методом расширения и удаления

УЗИ может оказаться очень полезным при обучении врачей технологии выполнения аборта методом расширения и удаления, т.к. врач-клиницист расширяет свою практику, включая проведение абортов на поздних сроках беременности, а также проведение сложных манипуляций. Однако его применение не должно заменять тактильные навыки и профессиональное чутье врача при проведении абортов методом расширения и удаления.

Поскольку за прошедшее десятилетие методики проведения абортов были усовершенствованы, препараты, используемые для прерывания беременности во втором триместре, существенно изменились, став более безопасными, эффективными и доступными. В данном разделе представлены основные элементы обеспечения безопасности медикаментозных абортот.

## Обезболивание

Цель обезболивания — обеспечить, чтобы женщина испытывала минимум тревоги и дискомфорта при минимальном возможном риске для ее здоровья. Должен быть определен сотрудник, который будет наблюдать за состоянием женщины, оценивать и обеспечивать ее потребности в обезболивании.

При проведении медикаментозного абортот во втором триместре беременности для большинства женщин требуется применение определенных обезболивающих средств. Каждой женщине должен назначаться ибупрофен (или аналогичный препарат) вместе с первой дозой мизопростола и повторные дозы каждые 8 часов. Многим женщинам также потребуются применение наркотических препаратов, например, меперидина. Для некоторых женщин положительный эффект также могут обеспечить грелки и массаж. При проведении медикаментозного абортот могут применяться все способы обезболивания, которые используются при своевременных родах. (см. Приложение А, в котором приводится перечень обезболивающих препаратов, применяемых при медикаментозном абортоте во втором триместре беременности.)

*Ненаркотические анальгетики (нестероидные противовоспалительные средства, или НПВС), например, ибупрофен, могут использоваться для обезболивания при проведении медикаментозного абортот. Применение ацетаминофена также помогает снизить повышенную температуру.*

*Наркотические анальгетики, например, меперидин, обладают более сильным эффектом, чем ненаркотические анальгетики, и могут помочь женщинам, испытывающим сильные спастические сокращения матки, обусловленные действием препаратов при проведении медикаментозного абортот. 50 – 125 мг меперидина (в зависимости от массы тела женщины) могут вводиться внутримышечно за 15–30 минут до начала процедуры.*

*Анксиолитические средства, например, диазепам, подавляют функции центральной нервной системы, снижая тревожность и расслабляя мышцы. При этом сама боль они не снимают. Анксиолитические средства рекомендуется применять, когда женщина испытывает боль, сопровождаемую тревогой, но ее физическое состояние при этом остается стабильным.*

Следует помнить, что угнетение респираторной функции более вероятно при совместном применении наркотических анальгетиков и анксиолитических средств, чем при применении каждого из этих средств по отдельности. Во всех случаях применения этих средств следует тщательно контролировать состояние респираторной функции.

И наконец, словесная поддержка, оказываемая женщине при проведении медикаментозного абортот, может помочь ей оставаться расслабленной, тем самым снижая степень боли и тревоги. Разговор с женщиной успокаивающим, заботливым тоном иногда называют "вербакаином" или "словесной анестезией". При проведении абортот в первом триместре беременности это может являться одним из основных методов, используемых для того, чтобы помочь женщине снять ощущение дискомфорта. Однако при проведении абортот во втором триместре словесная поддержка не заменяет собой обезболивающие препараты. В этом случае она должна применяться в дополнение к соответствующему сочетанию препаратов.

## Процедура аборта

Перед началом медикаментозного аборта следует провести общий и гинекологический осмотр, убедиться в том, что сроки беременности соответствуют установленным, и женщина понимает суть процедуры и согласна на ее проведение.

### Подготовка шейки матки

Перед проведением медикаментозного аборта рекомендуется подготовить шейку матки, так как это позволяет снизить общую продолжительность процедуры. Подготовку шейки можно произвести при помощи мифепристона, если он есть в наличии, или мизопростола. Для подготовки шейки также могут использоваться осмотические дилататоры, например, ламинария.

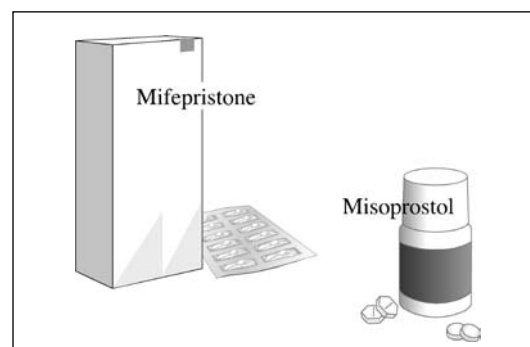
### Медикаментозный аборт

Женщину необходимо разместить в палате в изолированном помещении, отдельно от рожаящих женщин. Если принято проверять резус-фактора крови, это надо сделать на данном этапе. Следует оценить показатели жизненно важных функций женщины и проверять их каждые 4 часа, пока она не начнет испытывать сильные сокращения матки, после чего показатели жизненно важных функций необходимо оценивать каждые 2 часа.

### Мифепристон в сочетании с мизопростолом

Было изучено и применяется несколько различных схем, предусматривающих использование мифепристона в сочетании с мизопростолом при проведении абортов во втором триместре беременности. Общим требованием всех схем является то, что для подготовки шейки матки следует применять 200 мг мифепристона, после чего необходимо ввести повторно несколько доз мизопростола. Режимы, дозы и способ введения и способ введения мизопростола могут быть разными. На основе имеющихся данных исследований (El-Rafaey and Templeton, 1995 г.; Webster и др., 1996 г.; Ashok and Templeton, 1999 г.; Bartley and Baird, 2002 г.; Ashok и др., 2004 г.; Hamoda и др., 2005 г.; Tang и др., 2005 г.), на сроках до 24-х недель мы рекомендуем применять следующую схему:

- 200 мг мифепристона перорально, затем через 36–48 часов<sup>3</sup>.
- ↓
- 800 мкг мизопростола вагинально или 600 мкг мизипростола сублингвально, затем:
- ↓
- 400 мкг мизопростола вагинально, сублингвально или перорально каждые 3–6 часов, в общей сложности не более 5 доз. Небольшой (3–4 часа) интервал предпочтителен при сроках беременности менее 18 недель. При сроках беременности 18 недель и более интервал может быть увеличен до 6 часов.<sup>4</sup>



Пиллюли для медикаментозного аборта

<sup>3</sup> В одном из исследований данные наблюдений показали, что применение мифепристона за 24 часа до медикаментозного аборта (что сокращает общее время, требуемое для врача и женщины) дало положительные результаты, однако по сравнению с применением препарата за 48 часов до медикаментозного аборта 24-часовой интервал был связан с большим процентом женщин, которым потребовалось оперативное вмешательство (64% против 45%) (Heikinheimo и др., 2004 г.).

<sup>4</sup> Существуют ограниченные данные о безопасности и эффективности различных схем дозировки мизопростола при сроках беременности более 18 недель. Поскольку на более поздних сроках беременности матка обладает большей чувствительностью к действию мизопростола, а также в связи с опасениями относительно возможного разрыва матки некоторые врачи рекомендуют увеличивать интервал между вводимыми дозами мизопростола на сроках беременности 18 недель и более.

### Рубцы на матке и разрыв матки

Два относительно небольших ретроспективных исследования показали, что мизопростол, вводимый вагинально в дозировках по 200 мкг и 400 мкг каждые 6 часов, не вызвал повышенного риска разрыва матки у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения со сроком беременности от 24 до 28 недель (Daskalis и др., 2005; Dickinson, 2005г.) Вместе с тем, поскольку случаи разрыва матки отмечались в других исследованиях, необходимо обеспечить меры предосторожности (Nayki и др., 2005; Mazouni и др., 2006г.). Следует начать с более низкой дозы мизопростола, вводимого вагинально, а затем вводить мизопростол через более длительные интервалы времени или меньшими дозами. Рекомендуется вводить вагинально 400 мкг препарата каждые 6 часов. Важно отметить, что разрыв матки может произойти и у женщин, не имеющих рубцов на матке.

## Применение одного мизопростола

Было изучено большое число различных схем применения одного мизопростола при проведении абортов во втором триместре беременности. Исследования показали эффективность всех этих схем, однако наиболее оптимальной схемы определено не было. Имеющиеся данные исследований и клинические руководства (Dickenson and Evans, 2003 г.; Tang и др., 2004 г.; Wong и др., 1998 г.; Wong и др., 2000 г.; Akoury и др., 2004 г.; Ramsey и др., 2004 г.), позволяют предложить следующую схему:

- 400 мкг мизопростола вагинально каждые 3–6 часов, в общей сложности не более 5 доз. 3-часовой интервал обеспечивает большую эффективность и поэтому является предпочтительным при сроках беременности менее 18 недель. При сроках беременности 18 недель и более интервал можно увеличить до 6 часов.<sup>5</sup>

Авторы других исследований предложили следующие режимы:

- 600 мкг мизопростола вагинально, затем 400 мкг мизопростола вагинально каждые 4 часа, в общей сложности не более 5 доз (Nuthalapaty и др., 2005 г.; Ramsey и др., 2004 г.)
- 400 мкг мизопростола сублингвально каждые 3 часа, в общей сложности не более 5 доз (Tang и др., 2004 г.).<sup>6</sup>

Таблетки Мизопростола могут быть введены самой женщиной, либо, если она предпочитает, медицинским работником. Перед введением мизопростола во влагалище женщина должна вымыть руки, а медицинские работники должны надеть чистые перчатки. Необходимо взять таблетки двумя пальцами и ввести их глубоко во влагалище. При сублингвальном применении таблетку мизопростола следует поместить под язык и спустя 30 минут проглотить.

В течение этого периода женщина будет испытывать спастические сокращения матки (схватки). Следует обеспечить обезболивание путем применения соответствующих средств, начав с ненаркотических анальгетиков и назначая наркотические препараты, если требуются более сильные средства. Иногда в процессе медикаментозного аборта у женщины, принявшей мизопронол, может подняться температура. Если у женщины температура выше 38 °C (100,4 °F), ей следует назначать по 650 мг ацетаминофена перорально каждые четыре часа по мере необходимости.

После расширения шейки матки во влагалище может пальпироваться пролабирующий плодный пузырь. В результате создающегося при этом давления женщина может испытывать дискомфорт. Ощущение дискомфорта можно уменьшить, вскрыв плодный пузырь рукой в перчатке, или зажимом. Часто выход плода происходит через 1–2 часа после разрыва оболочек.

Если во влагалище прощупываются части плода, женщина может пытаться тужиться, однако такое усилие может иметь эффект только в конце второго триместра беременности. В отличие от своевременных родов, полного расширения шейки матки не произойдет. Медсестра, акушерка или врач должны помочь женщине преодолеть эту стадию аборта. Следует укрыть ей ноги и разговаривать с ней, оказывая психологическую поддержку. Выкидыши при теменном предлежании плода обычно проходят быстро и с минимальными потугами. Выкидыши при ином предлежании плода (например, при ягодичном или поперечном) требуют большего участия врача. При застревании свода черепа следует облегчить выход плода, введя во влагалище руку и расширив шейку матки, освобождая ее от невышедшей части плода. Кроме этого, следует удерживать плод таким образом, чтобы женщина не почувствовала шевеление конечностей плода во влагалище. После выхода плода следует пережать пуповину зажимом со стороны матери и завернуть плод в ткань или бумагу. В редких случаях может отмечаться незначительное шевеление плода во время его прохождения через влагалище. Тем не менее плод не является жизнеспособным, и пережимать пуповину со стороны плода нет необходимости. Если пуповина со стороны плода не пережата, плод вскоре перестанет шевелиться.

---

<sup>5</sup> Существуют ограниченные данные о безопасности и эффективности различных схем дозировки мизопростола при сроках беременности более 18 недель. Поскольку на более поздних сроках беременности матка обладает большей чувствительностью к действию мизопростола, а также в связи с опасениями относительно возможного разрыва матки некоторые врачи рекомендуют увеличивать интервал между вводимыми дозами мизопростола на сроках беременности 18 недель и более.

<sup>6</sup> В рандомизированном исследовании эффективности сублингвального и вагинального применения мизопростола у одинакового процента женщин в обеих группах полный выкидыш произошел в течение 48 часов, однако у меньшего процента женщин, принимавших препарат сублингвально, полный выкидыш произошел за 24 часа. По сравнению с дозировкой при вагинальном применении, женщины лучше переносили мизопронол при сублингвальном применении. В целом, уровень побочных эффектов был одинаков в обоих случаях (Tang и др., 2004 г.).

После выхода плода следует дать женщине средство, стимулирующее сокращение матки. Возможные варианты включают:

- 400–800 мкг мизопростола перорально, трансбуккально, сублингвально или ректально;
- 0,2 мг метилергоновина (Метергина) внутримышечно
- 30 единиц окситоцина в 500–1000 мл раствора D5RL, вводимого внутривенно со скоростью 100 мл/ч

Если рождение плода не произошло в течение 24-х часов после введения первой дозы, необходимо провести абдоминальное исследование женщины, а возможно, и ультразвуковое исследование, чтобы исключить редкую вероятность разрыва матки. Такую вероятность следует рассматривать, если шейка остается закрытой, несмотря на продолжительные сокращения матки, если женщина жалуется на острые боли по всему животу, или если на любом этапе процедуры аборта происходят резкие гемодинамические сдвиги.

Если выход плода не произошел спустя 24 часа, а вероятность разрыва матки была исключена, могут быть предприняты следующие действия:

- *Повторное применение первоначальной схемы.* Дозу мизопростола следует уменьшить при наличии у женщины рубцов на матке. (Ни в одном исследовании прямо не сравнивалась эффективность повторного применения первоначальной схемы и применения другой схемы.)
- *Разрыв околоплодных оболочек.* Если у женщины уже происходят сильные схватки, следует вскрыть плодный пузырь и развести оболочки и продолжать вводить мизопростол в той же дозировке и с тем же интервалом. В случае минимальной сократительной деятельности матки необходимо увеличить дозу мизопростола и сократить интервал между введением доз. После вскрытия плодного пузыря введение мизопростола вагинально может быть менее предпочтительным. Вместо этого можно вводить препарат сублингвально, трансбуккально или ректально.
- Также можно попробовать применить следующее две схемы по одной в течение 24 часов в любой последовательности. (Следует проявлять осторожность, применяя поочередно различные простагландиновые средства и окситоцин, поскольку может наступить чрезмерная стимуляция, приводящая к разрыву матки.)
  - *Высокая доза окситоцина.* Вводить 200 единиц окситоцина в 500 мл физиологического раствора или лактата Рингера внутривенно со скоростью 50 мл/ч до момента выхода плода или в течение не более 24-х часов. Данная схема характеризуется небольшим числом побочных эффектов, однако в редких случаях высокие дозы окситоцина, вводимые в течение продолжительного времени, могут задержать свободной жидкости, что может вызвать гипонатриемию (низкий уровень натрия) и стать причиной судорог. Чтобы избежать водной интоксикации, следует прерывать вливание на 1 час через каждые четыре часа и тщательно контролировать состояние водного баланса и выделяемый объем мочи.
  - *PgE<sub>2</sub>.* Вводить во влагалище по 20 мг PgE<sub>2</sub>, 20 мг каждые четыре часа до экспульсии/рождения плода или в течение не более 24-х часов. К распространенным побочным эффектам относятся: высокая температура, диарея, тошнота и рвота, которые можно лечить симптоматически.

- *Метод расширения и удаления.* Если медицинские работники владеют навыками проведения аборта методом расширения и удаления на соответствующем сроке беременности, данный метод может быть предложен в качестве альтернативы длительной процедуре медикаментозного аборта.

Плацента должна выйти во влагалище в течение 2-х часов после экспульсии/рождения плода. Если этого не происходит, необходимо использовать режим введения высокой дозы окситоцина в течение 2-х часов, например, 200 единиц в 500 мл физиологического раствора, вводимого внутривенно со скоростью 50 мл/ч, что составляет 20 единиц в час. Во время ожидания рождения плаценты щипцами необходимо периодически захватывать основание пуповины и слегка потягивать за нее при условии, что она не тонкая. Следует избегать отрыва пуповины от плаценты, поскольку в этом случае для извлечения плаценты зачастую требуется проводить выскабливание.

Если плацента остается в матке, существует несколько вариантов действий:

- Ввести 400–800 мкг мизопроста трансбуккально, перорально или ректально.
- Попытаться осуществить извлечение при помощи зонда с тампоном. Ввести во влагалище гинекологическое зеркало так, чтобы пуповина проходила по центру зеркала. Используя двое щипцов с кольцевым захватом, перехватывая пуповину, пройти вверх по ней, осторожно потягивая плаценту, чтобы помочь ее отделению. Эту процедуру следует выполнять, чтобы не допустить отрыва пуповины.
- В случае отрыва пуповины или невозможности выхода плаценты следует извлечь плаценту посредством вакуумной аспирации или кюретажа подобно тому, как полагается действовать при задержке отделения плаценты после родов.

#### *После экспульсии плода и плаценты*

После экспульсии/ рождения плода и плаценты необходимо обследовать шейку матки на наличие разрывов. Ввести гинекологическое зеркало и осторожно убрать с шейки сгустки крови. Визуально убедиться в отсутствии разрывов. Также важно исследовать плод и плаценту, чтобы убедиться в том, что экспульсия плода и плаценты завершена полностью, т.е. полость матки свободна. При наличии дефектов плаценты необходимо убедиться в том, что она вышла полностью.

Накрыть ткани плода, чтобы женщина не могла их видеть, и осуществить их утилизацию в соответствии с местными правилами. (Информация о действиях в случае поступления просьб о захоронении плода приводится в разделе, посвященном организации обслуживания.)

Женщине необходимо дать возможность отдохнуть. Следует наблюдать за ее состоянием и оказывать ей помощь до восстановления нормальных показателей жизненно важных функций, и она не будет чувствовать себя в состоянии покинуть клинику. (Более подробная информация о процессе восстановления приводится в следующем разделе.)



## Уход при восстановлении и последующее амбулаторное наблюдение

В следующем разделе рассматривается регламент восстановительного периода после аборта методом расширения и удаления и медикаментозного аборта. Восстановление и последующее наблюдение важны для сохранения здоровья женщин, перенесших аборт во втором триместре беременности.

### Наблюдение

После неосложненного аборта во втором триместре беременности женщина должна оставаться в медицинском учреждении минимум 1 час, для того чтобы медицинские работники могли убедиться, что ее состояние позволяет ей вернуться домой. Женщине необходимо предоставить возможность лечь или расположиться полужа в удобной для нее позе. Во время пребывания женщины в клинике за ее состоянием должен наблюдать медицинский работник, подготовленный для оказания помощи в послеоперационном отделении и обладающий знаниями основ сердечно-легочной реанимации и оказания соответствующей неотложной помощи (включая применение других методов восстановления проходимости дыхательных путей, в случае если женщине внутривенно вводились наркотические или седативные препараты). Он также должен уметь применять соответствующие антагонистические средства, нейтрализующие действие анестетиков и других препаратов.

Женщина должна находиться под наблюдением до тех пор, пока показатели ее жизненно важных функций не стабилизируются, и она не сможет ходить и принимать жидкость без посторонней помощи. У большинства женщин все эти признаки улучшения состояния должны появиться в течение часа после аборта. Медицинский работник, отвечающий за функционирование палаты для восстановления, должен измерить пульс и артериальное давление у женщины в момент ее поступления в палату, затем в процессе наблюдения и перед выпиской. Результаты наблюдений должны быть записаны в медицинской карте пациента. При восстановлении показателей жизненно важных функций женщины, ее возможностей самостоятельно передвигаться и осуществлять прием жидкости и пищи, она может быть выписана домой.

### Осложнения в восстановительном периоде

В редких случаях во время пребывания в палате для восстановления у женщины может возникнуть реакция на анестезию или другие препараты, примененные до или во время аборта. Врач должен быть информирован в случаях, если женщина жалуется на необычную или сильную боль, у нее значительно изменился пульс, имеет место сильное кровотечение или обморочное состояние. В таких ситуациях медицинский персонал должен выполнить следующие действия:

- Уложить женщину в кровати или кресле с откидывающейся спинкой.
- Следить за жалобами на сильную боль, сильные или схваткообразные боли в области живота.
- Проводить мониторинг жизненно важных функций и интенсивность влагалищного кровотечения.
  - Следить за пульсом и его характеристиками (изменение ритма или частоты пульса более чем на 20 ударов в минуту).
  - Проводить мониторинг артериального давления (значимо снижение АД более чем на 20 мм рт. ст.)
  - Следить за состоянием кожных покровов (бледность, повышенное потоотделение и влажность).
  - Проводить оценку кровопотери (при сильном влагалищном кровотечении гигиеническая прокладка полностью пропитывается за 15 минут).

При подозрении на возникновение осложнений, врач должен оценить состояние женщины и назначить соответствующее лечение (более подробная информация приводится в разделе, посвященном осложнениям).



*Контролируйте показатели жизненно важных функций*

## Информация о помощи/наблюдении после аборта

Во время восстановительного периода представляется удобная возможность для оказания женщине услуг, связанных с контрацепцией, включая консультирование, рекомендации по дальнейшему наблюдению и другую соответствующую информацию и просвещение.



*Дайте указания по применению лекарственных препаратов*

После того как состояние женщины в достаточной степени восстановится, но перед ее выпиской из клиники, персонал послеоперационной палаты должен проконсультировать ее по вопросам дальнейшего наблюдения и поведения в послеабортном периоде. К ним относятся вопросы, связанные с оценкой и продолжительностью кровотечения и схваткообразных болей, возможность приема препаратов для купирования этих болей. Женщина также должна получить рекомендации относительно того, в каких случаях и как ей следует связываться с медицинскими работниками, и когда ей следует вернуться в стационар в случае возникновения интенсивного кровотечения, сильной схваткообразной боли или других проблем.

Если женщине был сделан аборт методом расширения и удаления, на данном этапе следует предоставить ей режим приема пероральных антибиотиков<sup>7</sup> и объяснить, сколько раз в день и в течение какого времени необходимо принимать назначенный ей препарат. Рекомендуется следующая схема:

- 100 мг доксицилина перорально два раза в день в течение 3-х суток

### Об этом должна знать каждая женщина:

- У нее может продолжаться влагалищное кровотечение в течение нескольких недель, и это является нормальным. В течение первой недели кровотечение может быть таким же обильным, как при менструации. Если в последующую неделю кровотечение скорее усиливается, а не уменьшается, женщина должна обратиться в клинику.
- У нее время от времени могут отмечаться боли спастического характера, и это является нормальным. Если интенсивность этих болей скорее усиливается, а не снижается, либо у нее наблюдается высокая температура или сильная боль в области живота, ей следует обратиться в клинику.
- В течение 2-х недель она должна прийти на прием для последующего амбулаторного наблюдения.
- Она не должна вступать в половые отношения, пока не будут устранены все имеющиеся осложнения, и она не начнет пользоваться выбранным методом контрацепции.
- Она может практически сразу же забеременеть снова. Существуют различные способы контрацепции, которые помогут ей предотвратить нежелательную беременность.



*Предоставьте письменную информацию о симптомах осложнений.*

Каждой женщине следует предоставить письменную и иллюстрированную информацию и рекомендации о том, как распознавать осложнения и получить соответствующую медицинскую помощь. Особенно важно предоставить эту информацию тем женщинам, которые проживают далеко от клиники. По возможности им следует сообщить имена врачей, названия и адреса медицинских учреждений, расположенных по месту жительства или недалеко, которые имеют соответствующие возможности для оказания медицинской помощи в связи с послеабортными осложнениями. В случае если женщина, проживающая в другом населенном пункте, сообщает, что она в дальнейшем не сможет вернуться или не желает в возвращаться в данную больницу или клинику, необходимо обязательно предоставить ей план последующего осмотра в другом, более удобном для нее медицинском учреждении.

<sup>7</sup> Было выявлено, что планомерное применение антибиотиков во время вакуумной аспирации снижает риск развития послеабортного эндометрита (ВОЗ, 2003 г.).

## Консультирование и услуги по предупреждению нежелательной беременности

Важно напомнить женщине, что ее способность к зачатию восстанавливается спустя очень короткое время после аборта и что она может практически сразу же забеременеть снова. Желательно на базе клиники или по направлению в другом медицинском учреждении женщине должно быть предоставлено консультирование о контрацепции и предложен способ предохранения по ее выбору. После аборта во втором триместре беременности женщины могут без какого-либо риска пользоваться практически всеми современными контрацептивными средствами, включая комбинированные оральные контрацептивы; таблетки, содержащие только прогестин, депо-медроксипрогестеронацетат (ДМПА), гормональные пластыри, влагалищные кольца и имплантаты) можно начинать применять сразу же после неосложненного аборта во втором триместре беременности.

Экспульсия внутриматочного средства спирали более часто происходит после аборта во втором триместре, чем после аборта в первом триместре. Тем не менее, медицинские работники, обладающие навыками и опытом введения внутриматочного средства после аборт в во втором триместре беременности или своевременных родов, могут установить их на данном этапе. Если женщина желает использовать внутриматочное средство и не имеет к этому противопоказаний, целесообразно разрешить женщине сразу же начать пользоваться этим способом контрацепции, несмотря на несколько повышенный риск его экспульсии.

После аборта во втором триместре беременности рекомендуется выдерживать определенные интервалы перед началом применения контрацептивных методов. Если женщина выбирает один из этих методов, на период, пока она не может начать пользоваться выбранным ею методом, ей следует предложить временный метод.

- Если женщина выбирает *лапароскопическую стерилизацию*, она должна подождать, пока размеры матки не вернуться до нормальных (небеременной матки), прежде чем провести стерилизацию, и пользоваться временным методом контрацепции до тех пор, пока не будет проведена стерилизация. (Следует отметить, что стерилизация может быть проведена сразу же после аборта во втором триместре беременности, если хирургическая техника позволяет учитывать положение фаллопиевых труб.)
- Если женщина предпочитает пользоваться *диафрагмой*, ей необходимо подождать шесть недель (пока размеры матки не вернуться до нормальных, как до беременности).
- Если женщина решает применять *методы, основанные на знании дней наибольшей вероятности зачатия*, также известные как “естественное регулирование рождаемости” (методы, основанные на знании о фертильном периоде (ЕМПС), периодическое воздержание от половой жизни, календарный метод), ей необходимо подождать до восстановления регулярного менструального цикла.

Если у женщины во время или после аборта, сделанного во втором триместре беременности, возникло осложнение, врачи должны учитывать это обстоятельство при обсуждении с ней способов контрацепции. Осложнения, как правило, являются временными расстройствами, которые могут стать причиной задержки перехода на выбранный метод предохранения или его применения. Как в случае аборт, проводимых во втором триместре, так и аборт, проводимых в первом триместре, применяются одинаковые регламенты перехода на способы предупреждения беременности. (Более подробная информация содержится в разделе, посвященном услугам по предупреждению беременности, издания “Уход при проведении аборт, ориентированный на потребности женщины: справочное руководство” [Грас, 2005 г.] или в печатном издании “Критерии приемлемости ВОЗ по применению контрацептивных методов” [ВОЗ, 2004 г.].

### Основные моменты, касающиеся предупреждения беременности

- Она очень быстро может забеременеть снова.
- Она может отсрочить или предотвратить следующую беременность с помощью контрацепции.
- Ее врач может помочь ей получить и применять средство контрацепции.
- В течение 120 часов (5 суток) после незащищенного полового контакта может быть применена экстренная контрацепция для предотвращения беременности, но ее эффективность тем выше, чем раньше она была применена.
- Правильное и постоянное использование мужских или женских презервативов (которые можно использовать вместе с другим методом) обеспечивает защиту от ВИЧ (и других инфекций, передающихся половым путем).



Предложите методы контрацепции



*Предоставьте консультацию по вопросам контрацепции*

#### **Беспокойства эмоционального характера**

Важно, чтобы все медицинские работники, предоставляющие услуги женщинам после аборта, могли оказывать эмоциональную поддержку, в которой женщины могут нуждаться. Значительное большинство женщин спокойно чувствуют себя после аборта при условии, что им заранее была предоставлена полная и корректная информация по всем вопросам, связанным как с самой процедурой аборта, так и с состоянием после него. Большинство женщин испытывают чувство облегчения, которое может омрачаться сожалением о том, что аборт был необходим. Часто наблюдается кратковременное состояние депрессии, в особенности если остаются проблемы в общественных и личных отношениях, вызванные нежелательной беременностью. Однако, при условии получения поддержки, женщины могут справиться со своим подавленным состоянием. Во время выписки из больницы или клиники, женщину по возможности должен было бы желательно, чтобы ее сопровождал друг/подруга или родственники или родственник. Также, в случае необходимости, ей должны выдать направление на получение других социальных услуг.

Организация предоставления услуг по предупреждению беременности женщинам, получающим услуги по проведению аборт, зачастую оказывается сложной задачей. Выделение помещений, персонала, времени и административных ресурсов для всестороннего консультирования и комплексного обслуживания может быть сопряжено с трудностями. Группе, осуществляющей медицинское обслуживание, и администрации больницы или клиники может быть полезно обсудить некоторые из следующих вопросов:

- Являются ли консультирование и услуги по предупреждению беременности в настоящий момент доступными для женщин, получающих услуги по проведению аборта во втором триместре?
- Являются ли предлагаемые способы контрацепции неотъемлемой частью услуг по проведению аборт?
- Кто предоставляет консультирование и услуги по предупреждению нежелательной беременности женщинам после искусственного прерывания беременности?
- Имеют ли эти работники специальную подготовку в вопросах, связанных с проведением аборт во втором триместре беременности?
- Можно ли получить эти консультирование и услуги одновременно с услугами по проведению аборт во втором триместре?

Консультирование и услуги по предупреждению нежелательной беременности должны считаться приоритетными и быть интегрированы в процесс оказания услуг по проведению аборт во втором триместре беременности. Все женщины, желающие предотвратить беременность, должны получить консультирование по вопросам контрацепции и иметь возможность покинуть медицинское учреждение, выбрав постоянный или временный способ предохранения.

#### **Посещение в рамках последующего амбулаторного наблюдения**

Каждой женщине, которой был сделан аборт во втором триместре беременности, повторный визит и осмотр должны быть назначены в пределах двух недель после аборта. Посещение врача после аборта, проведенного во втором триместре беременности, по существу, предусматривает то же самое, что и посещение врача после аборта, проведенного в первом триместре. На повторном визите после аборта следует изучить медицинскую карту женщины, отражающую сведения о процедуре аборта, расспросить о ее самочувствии, провести медицинский осмотр, проверить правильность выбранного ею метода контрацепции и предоставить любые сопутствующие услуги, которые показаны конкретной женщине, или которые она просит предоставить. Необходимо обязательно ответить на ее вопросы. Результаты посещения в рамках последующего амбулаторного наблюдения должны быть записаны в медицинской карте пациента.

# Оказание медицинской помощи при осложнениях

Если аборт выполняется специально обученным медицинским работником, осложнения после него возникают редко (Autry и др., 2002 г.; Jacot и др., 1993 г.). В большинстве случаев с осложнениями, связанными с поздними абортами, при своевременном оказании соответствующей медицинской помощи удается справиться успешно. Серьезные осложнения, которые возникают редко, обычно удается эффективно устранять путем оказания неотложной медицинской и хирургической помощи профессионально подготовленными кадрами. Если в медицинском учреждении отсутствуют условия для проведения экстренных операций, медицинская помощь в связи с осложнениями может быть оказана путем своевременной госпитализации пациента в учреждение экстренной медицинской помощи.

При проведении абортов методом расширения и удаления и в процессе медикаментозного аборта осложнения могут возникнуть непосредственно во время самого аборта, в послеабортном периоде и после ее выписки из стационара (в течение 4–6 недель после аборта). Некоторые осложнения могут возникнуть на одном или нескольких этапах. Например, интенсивное кровотечение, вызванное задержкой частей плода или плаценты, может произойти сразу же после аборта, пока женщина находится в палате для восстановления или после возвращения домой. Осложнения могут проявляться по-разному в зависимости от этапа, на котором возникает проблема.

В данном разделе представлена информация о симптомах, возможных диагнозах и рекомендованных методах лечения различных осложнений, связанных с абортами, проводимыми во втором триместре беременности. В дополнение к данным рекомендациям сотрудники учреждений, оказывающие медицинскую помощь, должны опираться на собственное профессиональное мнение, знания и опыт.

## Интенсивное кровотечение

Наиболее распространенным осложнением аборта, проводимого во втором триместре беременности, является сильное кровотечение (Peterson и др., 1983 г.), которое может возникнуть во время или в конце аборта, в послеабортном периоде или после выписки женщины из больницы.

Признаками сильного кровотечения являются:

- интенсивное кровотечение с алой кровью из влагалища со сгустками или без
- прокладки, полотенца или одежда, насквозь пропитанные кровью
- бледность кожных покровов

Первостепенную важность при оказании помощи в связи с сильным кровотечением имеет определение и устранение *причины* кровотечения на фоне проведения реанимационных мероприятий, направленных на стабилизацию состояния женщины. Перед выполнением действий в соответствии с диагнозом нужно, тем не менее, убедиться в том, что состояние женщины стабильно, и она не находится в шоке. Кровотечение может возникнуть в результате атонии матки, задержки плодных оболочек и/или плаценты, перфорации матки или разрыва шейки, хотя в большинстве случаев эти состояния вызывают слабое или умеренное кровотечение, и с ними удается легко справиться.

Как показано в приведенных ниже примерах, причина кровотечения часто очевидна.

- *Наличие невышедших продуктов беременности (плодных оболочек и/или плаценты)* – частая причина обильных кровотечений. Этот вариант возможен, если кровотечение не прекращается, несмотря на то что остальные показатели женщины в порядке.
- Дряблость матки предполагает наличие *атонии*. Сила сократительной активности матки недостаточна, чтобы остановить кровотечение.



**Сильное  
кровотечение**

- *Подозрение на перфорацию* возникает при жалобах пациентки на сильную боль в области живота во время процедуры аборта, или если медицинскому работнику удастся ввести внутриматочный инструмент намного дальше, чем ожидаемая длина матки.
- *Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания* иногда возникает после аборта, проводимого во втором триместре беременности. Риск его возникновения следует учитывать, особенно в случаях, когда кровотечение возникает после принятия мер для умерщвления плода. В случае синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания кровь женщины не сворачивается. В дополнение к методам лечения, перечисленным ниже, следует рассмотреть возможность внутримышечного введения карбопроста. Если данного препарата нет в наличии, также можно ввести ректально 800 мкг мизопроста.

Обследование женщины, у которой после аборта возникает патологическая кровопотеря, должно включать:

- бимануальное исследование, проводимое с целью оценки степени атонии матки и определения состояния внутреннего зева.
- исследование с помощью гинекологических зеркал, которое проводится после выхода плода и плаценты с целью контроля за кровотечением и оценкой состояния шейки матки;
- оценка показателей жизненно важных функций
- оценка психического состояния женщины (его изменение может свидетельствовать о наличии кровотечения; иногда затуманенность сознания, глубокая сонливость или тревога могут быть вызваны кровопотерей)

Для дальнейшей оценки состояния может быть полезно УЗИ.

### **Позднее влагалищное кровотечение**

В течение 24-х часов после аборта, проведенного во втором триместре беременности, интенсивность влагалищного кровотечения должна снизиться до уровня, соответствующего обычной кровопотери при менструации. Женщины, у которых наблюдается интенсивное кровотечение на вторые сутки после аборта, должны пройти тщательный медицинский осмотр для установления причин кровотечения (как описано выше). При проведении аборта методом расширения и удаления во время расширения или вытягивания при помощи крючка могут произойти разрывы шейки матки. Чрезмерная болезненность матки или живота может свидетельствовать о перфорации, внутрибрюшинной травме или инфекции, которые могут вызвать сильное или аномальное кровотечение. Дряблость матки или кровотечение, которое не удастся объяснить какой-либо иной причиной, позволяет предположить наличие атонии — распространенной причины послеабортных кровотечений. Продолжающиеся схваткообразные боли и кровотечение, особенно если они сопровождаются высокой температурой или болезненностью матки, позволяют сделать вывод о задержке плодных оболочек и/или плаценты.

Таблица 3. Лечение повышенного вагинального кровотечения в течение суток после проведения аборта во втором триместре в зависимости от причины кровотечения

Причина кровотечения*	Лечения
Атония матки	<p>бимануальный массаж матки: специалист проводящий обследование, удерживает матку одной рукой, помещенной на живот в районе дна матки, и другой рукой, введенной во влагалище, создавая противодействие. Энергичный массаж часто вызывает сокращение мышц матки.</p> <p>Примечание: массаж матки следует проводить одновременно с подготовкой и введением лекарственных препаратов.</p> <p>800 мкг мизопростака ректально</p> <p>средство, стимулирующее сокращение матки</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 единиц окситоцина внутримышечно или 10–30 единиц окситоцина, смешанного с кристаллоидом, внутривенно; либо</li> <li>• 0,2 мг метилергоновина (Метергина), † перорально каждые 4–8 часов в течение 1–2 дней</li> </ul>
Невышедшие продукты беременности	Удаление (отсасывание) содержимого матки
Разрыв шейки матки	Для остановки кровотечения достаточно приложить давление, например, зажав кольцевыми щипцами место кровотечения на несколько минут. Если это сделать не удастся, на разрыв можно наложить швы и обработать место кровотечения нитратом серебра.
Разрыв матки	Хирургическое исследование

\* Порядок оказания медицинской помощи при перфорации матки — еще одной причины сильного вагинального кровотечения, описан в данном руководстве (стр. 35–36).

† Следует назначать только женщинам, не страдающим гипертонией.

Помимо методов лечения, указанных в Таблице 3, лечение интенсивного кровотечения (кровопотери) должно включать следующие мероприятия (см. также раздел, посвященный шоку):

- Контроль за кровотечением (устранение причины кровотечения, зачастую путем отсасывания, если есть подозрения на наличие невышедших продуктов).
- Обеспечение свободного прохождения воздуха через дыхательные пути женщины.
- Подача кислорода с расходом 6–8 л/мин.
- Восполнение объема жидкости или крови в организме путем внутривенного вливания, в случае если:
  - присутствуют клинические признаки сильной кровопотери: например, тахикардия или пониженное артериальное давление в положении стоя или сидя, или если предполагаемая кровопотеря составляет >500 мл;
  - гематокрит  $\leq$  15% или требуется переливание крови;
  - гемоглобин  $\leq$  5 г/100 мл (например, если у пациентки наблюдается интенсивное кровотечение, учащенное сердцебиение ( $\geq$ 120 ударов в минуту) или падает артериальное давление, ей вскоре потребуется переливание крови.)
- Контроль за количеством вливаемой жидкости и крови, а также за выделяемым количеством мочи.

## Невышедшие продукты беременности

У женщин, у которых после проведения аборта во втором триместре беременности наблюдается повышенная интенсивность боли, кровотечение и признаки инфекции, могут оставаться невышедшие продукты беременности (Autry и др., 2002 г.). Невышедшие продукты беременности представляют собой ткани плода и плаценты, которые остались в матке после аборта. При обследовании и оказании медицинской помощи применяются подходы, аналогичные тем, что используются при абортах, проводимых в первом триместре беременности. Большой объем невышедших продуктов беременности, если его не удалить, может вызвать сильное кровотечение и инфекцию. Если в матке осталось лишь небольшое количество тканей, они могут выйти самостоятельно, не требуя дальнейшего вмешательства. Тщательное наблюдение до момента выхода оставшихся продуктов может быть достаточным. В противном случае медицинская помощь предусматривает эвакуацию оставшихся тканей из матки, желательна с предварительным назначением женщине антибиотиков и последующим применением вакуумной аспирации. В зависимости от того, какая именно часть оказалась невышедшей, могут потребоваться щипцы. В случае инфекции матки удаление ее содержимого должно выполняться с осторожностью опытным врачом, поскольку в такой ситуации повышается риск перфорации. Следует отметить, что у некоторых женщин с невышедшими продуктами беременности данное состояние может протекать бессимптомно.

Даже при отсутствии невышедших продуктов беременности вакуумная аспирация может привести к инфицированию матки или эндометриту. К факторам риска возникновения послеабортного эндометрита относится наличие инфекции, передающейся половым путем, клинические проявления которой могут усилиться при использовании во время аборта внутриматочных инструментов. Если у женщины подозревается наличие послеабортного эндометрита, медицинский работник должен, если возможно, взять образцы флоры с шейки матки и начать лечение, назначив полный курс антибиотиков широкого спектра действия.

### Признаки и симптомы

#### Немедленные

- сильное влагалищное кровотечение
- объем извлеченной ткани меньше ожидаемого
- острая боль или схваткообразные боли в нижних отделах живота

#### Поздние

- увеличенная и мягкая матка
- болезненность матки
- высокая температура
- лейкоцитоз
- выделения с запахом



## Разрывы и перфорация

### Незначительные разрывы

В случае абортов, проводимых методом расширения и удаления, при расширении шейки могут возникнуть незначительные разрывы. Травма шейки может произойти во время прохождения плода в процессе медикаментозного аборта. Иногда эти разрывы могут стать входными воротами для инфекции. Риск возникновения разрывов может быть снижен за счет соответствующей подготовки шейки. (Информация об оказании медицинской помощи при травмах шейки матки приведена в *Таблице 3.*)

### Перфорация матки

Перфорация матки случается редко, но является потенциально опасным осложнением. Перфорация является малораспространенной причиной послеабортных кровотечений, хотя ее вероятность повышается на более поздних сроках беременности (Stubblefield и др., 2004 г.; Darney and Sweet, 1989 г.). При проведении абортов неопытными врачами вероятность перфорации выше.

Незначительная перфорация может возникнуть в конце аборта, не сопровождаясь какими-либо неблагоприятными симптомами. Большинство таких перфораций заживают без какого-либо специального лечения. Вероятность перфорации матки следует рассматривать, если во время аборта или восстановления возникают следующие признаки или симптомы:

- жалобы на чрезвычайно сильную боль в области живота
- чрезмерно интенсивное кровотечение
- инструменты проходят дальше, чем предполагаемая длина матки (см. *Рис. 8*)
- тахикардия
- пониженное артериальное давление
- ригидность и вздутие живота
- боль в плече
- тошнота и рвота
- воздух под диафрагмой, видимый на рентгеновском снимке брюшной полости в положении стоя, что указывает на наличие свободного газа в брюшной полости
- в продуктах беременности присутствует содержимое кишечника или жир

### Медицинская помощь при перфорации

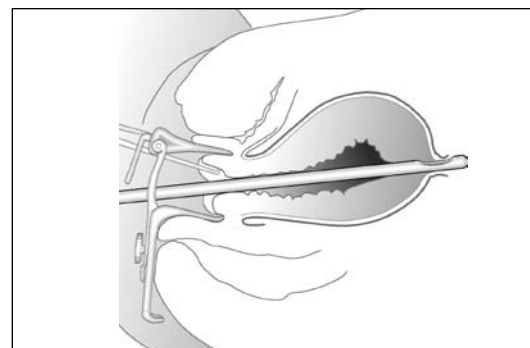
#### Во время аборта

В случае если перфорация происходит во время аборта, процедуру следует остановить, назначить профилактически антибиотики и перевести в операционную для завершения процедуры либо лапароскопически, либо лапаротомическим путем.

Оказание медицинской помощи при перфорации матки во время аборта включает:

- внутривенное введение жидкостей и антибиотиков
- контроль уровня гематокрита
- переливание крови при наличии показаний
- полное удаление содержимого матки под непосредственным визуальным контролем (путем лапароскопии или микролапаротомии) для оценки повреждений органов таза и предотвращения дальнейших повреждений

Может потребоваться перевод в другое учреждение для получения более квалифицированной медицинской помощи с целью устранения повреждений путем коагуляции кровотечения или наложения швов на перфорированное отверстие, а также с целью подтверждения отсутствия повреждений кишечника и других органов брюшной полости.



*Рис. 8. Перфорация матки*

После проведения операции по устранению перфорации женщине необходимо ввести средства, стимулирующие сокращение матки, и наблюдать за ее состоянием, а также проводить лечение в соответствии с протоколами медицинского учреждения.

### После аборта

Если подозрение на перфорацию матки возникает после завершения аборта, следует проводить тщательное наблюдение пациентки. Помощь пациенткам, гемодинамическое состояние которых стабильно, может осуществляться консервативно (наблюдение). При стабильном состоянии пациентки применение средств, стимулирующих маточные сокращения (например, метилергонолин или окситоцин), будет способствовать усилению этих сокращений и ослаблению кровотечения. В редких случаях с целью исключения внутрибрюшного повреждения может потребоваться лапароскопия или лапаротомия. Присутствие жира или содержимого кишечника в выходящих или извлекаемых продуктах свидетельствует о повреждении кишечника и подтверждает факт перфорации в выходящих или извлекаемых продуктах подтверждает факт перфорации и связано с повреждением кишечника. В этих случаях требуется оперативное лечение.

Для оказания медицинской помощи при перфорации матки, выявленной после процедуры аборта:

- Провести внутривенное введение жидкостей и антибиотиков
- Ввести внутримышечно 0,2 мг метилергонолина (Метергина), при необходимости повторить дозу.
- Наблюдать за состоянием женщины в течение 2-х часов.
- Постоянно проводить мониторинг показателей жизненно важных функций
  - Если состояние женщины стабилизируется, а кровотечение ослабевает, следует дополнительно ввести метилергонолин (Метергин, 0,2 мг внутримышечно, при необходимости повторить дозу) и продолжить наблюдать за состоянием женщины в течение ночи.
  - Если кажется, что кровотечение и боль в области живота усиливаются, следует ввести женщине дополнительную дозу средства, стимулирующего сокращения матки.
  - В редких случаях для остановки кровотечения может потребоваться проведение лапароскопии или микролапаротомии, при необходимости с направлением женщины к соответствующим специалистам.
  - Если нет возможности провести лапароскопию или микролапаротомию на месте, необходимо подготовить женщину к транспортировке. В пути женщину должен сопровождать специально обученный медицинский работник, который будет обеспечивать ее кислородом для дыхания, осуществлять внутривенное введение препаратов и растворов, следить за тем, чтобы она была согрета и, если женщина испытывает шок или кровопотерю, следить за тем, чтобы ее ноги были подняты.

### Шок

Шок может наступить при интенсивной кровопотери со снижением объема циркулирующей крови или при сепсисе. Любой из этих случаев представляет собой критическую ситуацию, требующую немедленного медицинского вмешательства. Если шок развился в результате сепсиса, женщина также должна быть как можно скорее госпитализирована. В состоянии шока объем циркулирующей крови снижен, и обеспечение тканей кислородом нарушается. В случае проведения абортов во втором триместре беременности шок чаще всего развивается на фоне кровопотери или сепсиса (оба этих состояния рассматриваются в данном разделе). Для спасения жизни женщины требуется немедленная медицинская помощь. После того как состояние женщины стабилизировалось, крайне важно устранить причину шока (например, то, чем было вызвано сильное кровотечение, приведшее к развитию шока).

Признаки шока:

- частый, слабый пульс ( $\geq 110$  ударов в минуту);
- низкое артериальное давление (диастолическое  $< 60$  мм рт. ст., систолическое  $< 90$  мм рт. ст.);
- бледность (в особенности внутренней поверхности века, области вокруг рта или ладоней рук);
- частое дыхание ( $\geq 30$  дыхательных движений в минуту);

- психическое состояние, характеризующееся тревогой, спутанностью или потерей сознания; а также
- обильное потоотделение или испарина.

Первичная медицинская помощь при шоке включает:

- обеспечение проходимости дыхательных путей
- подачу кислорода (через маску или носовую канюлю) с расходом 6–8 л/мин.
- внутривенное вливание жидкостей (лактата Рингера или физиологического раствора со скоростью 1 л за 15–20 минут через иглу большого диаметра (16–18-го размера)
- согревание женщины

После оказания первичной медицинской помощи крайне важно обеспечить тщательное наблюдение за состоянием женщины, следя за появлением признаков улучшения. При необходимости могут быть применены дополнительные меры медицинской помощи, включая внутривенное введение антибиотиков (при наличии сепсиса) или переливание крови. Признаки стабилизации или улучшения состояния включают: повышение артериального давления, замедление и выравнивание сердечного ритма, а также уменьшение степени спутанности сознания или тревожности.

### **Инфекция и сепсис**

(См. также Приложение С)

Послеабортная инфекция может проявиться у женщины на любом этапе — от нескольких дней до нескольких недель после аборта. Инфицирование женщин, которым был сделан аборт, может быть вызвано либо микроорганизмами, попавшими в шейку матки или в матку, либо чаще всего бактериями, размножающимися на невышедших тканях плода или плаценты. Инфекция может быть локализованной (в матке или шейке) или может перерасти в генерализованный сепсис. Во всех случаях требуется немедленная медицинская помощь. Признаки и симптомы инфекции или сепсиса включают:

- озноб, высокую температуру и потоотделение (симптомы как при гриппе)
- влагалищные выделения с неприятным запахом
- боль схваткообразного характера
- вздутость живота
- болезненность при резком ослаблении давления (симптом Щеткина-Блюмберга)
- незначительное снижение артериального давления
- длительное кровотечение
- общее недомогание
- внутренний зев остается открытым

Также необходимо рассмотреть вероятность перфорации матки. У женщины с перфорацией матки могут отмечаться озноб, высокая температура, потоотделение, вздутый живот и кровотечение.

### **Медицинская помощь при инфекции**

В случае подозрения на инфицирование невышедших продуктов беременности следует немедленно провести их удаление.

Следует назначить курс антибиотиков широкого спектра действия. Женщине, находящейся в септическом состоянии, необходимо внутривенное вливание жидкостей. Наряду с применением антибиотиков удаление содержимого матки при помощи вакуумной аспирации обычно дает положительный результат. При удалении содержимого из инфицированной матки легче допустить ее перфорацию, поэтому следует соблюдать особую осторожность. (В такой ситуации можно избежать перфорации, проводя удаление под контролем УЗИ.) При подозрении на перфорацию, удаление содержимого следует проводить путем лапароскопии или лапаротомии.



**Симптом высокой температуры**

Оказание первичной медицинской помощи при сепсисе зависит от степени риска для здоровья. Если риск возникновения шока низкий:

- обеспечить проходимость дыхательных путей
- контролировать показатели жизненно важных функций
- осуществлять внутривенное вливание жидкостей
- осуществлять внутривенное введение антибиотиков

Если риск возникновения шока высокий, надо выполнять вышеуказанные меры и давать кислород для дыхания. Вне зависимости от степени риска необходимо устранить исходную причину инфекции, продолжая наблюдать за состоянием пациента, обращая внимание на появление симптомов:

- шока
- синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания
- внутрибрюшного повреждения

### **Сильная боль**

Боль, которую большинство женщин испытывают после аборта во втором триместре беременности, по интенсивности не отличается от боли, которая характерна после абортов, проводимых в первом триместре. Спастические сокращения матки, усиливающиеся в последующие дни после аборта, особенно если они сопровождаются высокой температурой, болезненностью при пальпации дна матки или при движении шейки матки, позволяют сделать вывод о наличии невышедших продуктов беременности, инфекции или обоих факторов. В данном случае следует рассмотреть возможность проведения повторного удаления содержимого матки путем отсасывания. Усиление схваткообразных болей также может быть связано с гематометрой (перерастяжением матки наполняющей ее кровью). В случае подозрения на данное состояние подходящим методом лечения является удаление содержимого матки путем аспирации. Если женщина жалуется на сильную боль, в особенности в сочетании с такими симптомами как тошнота, рвота, головокружение, боль в плече, напряженный живот, сниженный кишечный шум, учащенный пульс и снижение артериального давления, следует рассмотреть вероятность внутрибрюшной травмы.

Если врач считает, что боль, испытываемая женщиной, находится в пределах нормы, следует продолжить наблюдение за ее состоянием и применить обезболивающие средства. В редких случаях, когда интенсивность боли, испытываемой женщиной, выше нормы, и присутствуют другие симптомы внутрибрюшной травмы, с диагностической и лечебной целью следует рассмотреть возможность применения лапаротомии или лапароскопии.

Помощь женщине при снятии боли нормальной интенсивности, и помощь при описании любых испытываемых ею необычных, внезапных или сильных болевых ощущений будет содействовать тому, что им будет предоставлено наиболее оптимальное лечение.

Chapman, Kimberly, and Katherine Turner. Forthcoming *Abortion attitude transformation: A values clarification toolkit for global audiences*. Chapel Hill, NC, Ipas.

Herrick, Jeannine, Katherine Turner, Teresa McInerney and Laura Castleman. 2005. *Woman-centered postabortion care: Reference manual*. Chapel Hill, NC, Ipas.

Hyman, Alyson G., and Laura Castleman. 2005. *Woman-centered abortion care: Reference manual*. Chapel Hill, NC, Ipas.

International Consortium for Medical Abortion.  
<http://www.medicalabortionconsortium.org/>

Ipas. <http://www.ipas.org>

Misoprostol in Obstetrics and Gynecology. <http://www.misoprostol.org>

Paul, Maureen, E. Steve Lichtenberg, Lynn Borgatta, David A. Grimes and Phillip G. Stubblefield, eds. 1999. *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone. Selected chapters available online at <http://www.prochoice.org/education/resources/textbook.html>, last accessed 16 Feb. 2007.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). 2004. *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based clinical guideline No. 7 London, RCOG Press. Available online at <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=662>.

Stubblefield, Phillip, and Lynn Borgatta. 2004. Complications of induced abortion. In Pearlman, Mark D., Judith E. Tintinalli and Pamela L. Dyne, eds. *Obstetric and gynecologic emergencies: Diagnosis and management*. New York, McGraw-Hill.

World Health Organization (WHO). 2004. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Third ed. Geneva, WHO.

WHO. 1995. *Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Geneva, WHO.

## Использованная литература

---

- Akoury, Hani A., Mary E. Hannah, David Chitayat, Martin Thomas, Elizabeth Winsor, Lorraine E. Ferris, Thomas R. Einarson, P. G. R. Seaward, Greg Ryan, Andrew R. Willan and Rory Windrim. 2004. Randomized controlled trial of misoprostol for second-trimester pregnancy termination associated with fetal malformation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(3):755-62.
- Ashok, Premila W., and Allan Templeton. 1999. Nonsurgical mid-trimester termination of pregnancy: A review of 500 consecutive cases. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106(7):706-10.
- Ashok, Premila W., Allan Templeton, Prabhath T. Wagaarachchi and Gillian M. Flett. 2004. Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. *Contraception*, 69(1):51-8.
- Ashok, Premila W., Gillian M. Flett and Allan Templeton. 1998. Termination of pregnancy at 9-13 weeks' amenorrhoea with mifepristone and misoprostol. *Lancet*, 352(9127):542-3.
- Autry, Amy M., Ellen C. Hayes, Gavin F. Jacobson and Russell S. Kirby. 2002. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2):393-7.
- Bartlett, Linda A., Cynthia J. Berg, Holly B. Shulman, Suzanne B. Zane, Clarice A. Green, Sara Whitehead, and Hani K. Atrash. 2004. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 103(4):729-37.
- Bartley, Julia, and David T. Baird. 2002. A randomised study of misoprostol and gemeprost in combination with mifepristone for induction of abortion in the second trimester of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(11):1290-4.
- Belanger, Eliane, Ronald Melzack and Pierre Lauzon. 1989. Pain of first-trimester abortion: A study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 36(3):339-50.
- Castleman, Laura, and Carol Mann. 2002. *Manual vacuum aspiration (MVA) for uterine evacuation: Pain management*. Chapel Hill, NC, Ipas.
- Castleman, Laura D., Khuat T. Oanh, Alyson G. Hyman, Le T. Thuy and Paul D. Blumenthal. 2006. Introduction of the dilatation and evacuation procedure for second trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception*, 74(3):272-6.
- Daskalakis, George J., Spyros A. Mesogitis, Nojolaus E. Papantoniou, George G. Mouloupoulos, Angeliki A. Papapanagiotou and Aris J. Antsaklis. 2005. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(1):97-9.
- Darney, Phillip D., Nicolette S. Horbach and Abner Paul Korn. 1996. Second-trimester elective abortion. In *Protocols for office gynecologic surgery*. Cambridge, MA, Blackwell Science, Inc.
- Darney, Phillip D., and Richard L. Sweet. 1989. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *Journal of Ultrasound Medicine*, 8(2):71-5.

- Dickinson, Jan E., and Sharon F. Evans. 2003. A comparison of oral misoprostol with vaginal misoprostol administration in second-trimester pregnancy termination for fetal abnormality. *Obstetrics and Gynecology*, 101(6):1294-9.
- Dickinson, Jan E. 2005. Misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with a prior caesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 105(2):352-6.
- Drey, Eleanor A., Lisa J. Thomas, Neal L. Benowitz, Nora Goldschlager and Philip D. Darney. 2000. Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(5):1063-6.
- Drey, Eleanor A., Mi-Suk Kang, Willi McFarland and Philip D. Darney. 2005. Improving the accuracy of fetal foot length to confirm gestational duration. *Obstetrics and Gynecology*, 105(4):773-8.
- Elimian, Andrew, Uma Verma and Nergesh Tehani. 1999. Effects of causing fetal cardiac asystole on second trimester abortion. *Obstetrics and Gynecology*. 94:139-41.
- El-Refaey, Hazem, and Allan Templeton. 1995. Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: A randomized comparison between two misoprostol regimens. *Human Reproduction*, 10(2):475-8.
- Finer, Lawrence B., Lori F. Frohwirth, Lindsay A. Dauphinee, Susheela Singh and Ann M. Moore. 2006. Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception*, 74(4):334-44. Available online at [http://www.guttmacher.org/pubs/2006/10/17/Contraception74-4-334\\_Finer.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/2006/10/17/Contraception74-4-334_Finer.pdf), last accessed 7 Mar. 2007.
- Gebreselassie, Haile, Maria F. Gallo, Anthony Monyo and Brooke R. Johnson. 2005. The magnitude of abortion complications in Kenya. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(9):1229-35.
- Hadlock, Frank P., Russell L. Deter, Ronald B. Harrist and Seung K. Park. 1982. Fetal biparietal diameter: A critical re-evaluation of the relation to menstrual age by means of real-time ultrasound. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 1(3):97-104.
- Hadlock, Frank P., Russell L. Deter, Ronald B. Harrist and Seung K. Park. 1984. Estimating fetal age: computer-assisted analysis of multiple fetal growth parameters. *Radiology*, 152(2):497-501.
- Hamoda, Haitham, Premila W. Ashok, Gillian M. Flett and Allan Templeton. 2005. A randomized trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion at 13-20 weeks gestation. *Human Reproduction*, 20(8):2348-54.
- Healy, Joan, Karen Otsea and Janie Benson. 2006. Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 95(2):209-20.
- Heikinheimo, Oskari, Satu Suhonen and Maija Haukkamaa. 2004. One- and 2-day mifepristone-misoprostol intervals are both effective in medical termination of second-trimester pregnancy. *Reproductive BioMedicine Online*, 8(2):236-9. Available online at <http://www.rbmonline.com/4DCGI/Article/Detail?38%091%09=%201172%09>, last accessed 16 Nov. 2006.
- Hern, Warren M., and Billie Corrigan. 1980. What about us? Staff reactions to D & E. *Advances in Planned Parenthood*, 15(1):3-8.
- Hern, Warren M. 2001. Laminaria, induced fetal demise and misoprostol in late abortion. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 75(3):279-86.

- Hern, Warren M., Calvin Zen, Karen A. Ferguson, Victoria Hart and Mary V. Haseman. 1993. Outpatient abortion for fetal anomaly and fetal death from 15-34 menstrual weeks' gestation: Techniques and clinical management. *Obstetrics and Gynecology*, 81(2):301-6.
- Jackson, Rebecca A., Vanessa L. Teplin, Eleanor A. Drey, Lisa J. Thomas and Philip D. Darney. 2001. Digoxin to facilitate late second-trimester abortion: A randomized, masked, placebo-controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 97(3):471-6.
- Jacot, Francis R., Claude Poulin, Alain P. Bilodeau, Martine Morin, Suzie Moreau, Françoise Gendron and Dominique Mercier. 1993. A five-year experience with second-trimester induced abortions: No increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168(2):633-7.
- Jannet, Denis, Nisard Aflak, Alexandre Abankwa, Bruno Carbonne, Loïc Marpeau and Jacques Milliez. 1996. Termination of 2nd and 3rd trimester pregnancies with mifepristone and misoprostol. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 70(2):159-63.
- Jewkes, Rachel, Heather Brown, Kim Dickson-Tetteh, Johathan Levin and Helen Rees. 2004. Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalisation in South Africa. *BMJ*, 324(7348):1252-3.
- Johnsen, Synnøve Lian, Svein Rasmussen, Rita Sollien and Torvid Kiserud. 2005. Fetal age assessment based on femur length at 10-25 weeks of gestation, and reference ranges for femur length to head circumference ratios. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(8):725-33.
- Lalitkumar, S., Marc Bygdeman and Kristina Gemzell-Danielsson. 2007. Mid-trimester induced abortion: A review. *Human Reproduction Update*, 13(1):37-52.
- Margolis, Alan, Ann H. Leonard and Laura Yordy. 1993. Pain control for the treatment of incomplete abortion with MVA. *Advances in Abortion Care*, Vol. 3, No. 1.
- Maslanka, Marc A., J. Robin de Andrade, Thomas Maneatis, Lincoln Bynum and Eileen DiGiorgio. 1994. Comparison of oral ketorolac, intramuscular morphine and placebo for treatment of pain after orthopedic surgery. *Southern Medical Journal*, 87(4):506-13.
- Mazouni, Chafika, Magali Provensal, Géraldine Porcu, Béatrice Guidicelli, Hélène Heckenroth, Marc Gamerre and Florence Bretelle. 2006. Termination of pregnancy in patients with previous cesarean section. *Contraception*, 73(3):244-8.
- National Abortion Federation. 2006. *Clinical policy guidelines*. Washington, DC, National Abortion Federation.
- Nayki, Umit, Cuneyt Eftal Taner, Tolga Mizrak, Cenk Nayki and Gulsen Derin. 2005. Uterine rupture during second trimester abortion with misoprostol. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 20(5):469-71.
- Nuthalapaty, Francis S., Patrick S. Ramsey, Joseph R. Biggio and John Owen. 2005. High-dose vaginal misoprostol versus concentrated oxytocin plus low-dose vaginal misoprostol for midtrimester labor induction: A randomized trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(3 Pt 2):1065-70.
- Paul, Maureen, E. Steve Lichtenberg, Lynn Borgatta, David A. Grimes and Phillip G. Stubblefield. 1999. *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone.



- Paul, Maureen, Felicia H. Stewart, Tracey A. Weitz, Norma Wilcox and Jocelyn M. Tracey. 2003. *Early abortion training workbook*. San Francisco, CA, UCSF Center for Reproductive Health Research & Policy.
- Peterson, William F., F. Norman Berry, Mamdouh R. Grace and Christie L. Gulbranson. 1983. Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: An analysis of 11,747 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 62(2):185-90.
- Ramsey, Patrick S., Karen Savage, Tina Lincoln and John Owen. 2004. Vaginal misoprostol versus concentrated oxytocin and vaginal PGE<sub>2</sub> for second-trimester labor induction. *Obstetrics and Gynecology*, 104(1):138-45.
- Rees, Helen, Judy Katzenellenbogen, Rosieda Shabodien, Rachel Jewkes, Sue Fawcus, James McIntyre, Carl Lombard, Hanneke Truter and the National Incomplete Abortion Reference Group. 1997. The epidemiology of incomplete abortion in South Africa. *South African Medical Journal*, 87(4):432-7.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). 2004. *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based clinical guideline No. 7. London, RCOG Press.
- Smith, Gene M., Philip G. Stubblefield, Linda Chirchirillo and M. J. McCarthy. 1979. Pain of first-trimester abortion: Its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 133(5):489-98.
- Stubblefield, Phillip G., Sacheen Carr-Ellis and Lynn Borgatta. 2004. Methods for induced abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 104(1):174-85.
- Tang, Oi Shan, Carina C. W. Chan, Anita S. Y. Kan and Pak Chung Ho. 2005. A prospective randomized comparison of sublingual and oral misoprostol when combined with mifepristone for medical abortion at 12-20 weeks gestation. *Human Reproduction*, 20(11):3062-6.
- Tang, Oi Shan, Winnie Nga Ting Lau, Carina Chi Wai Chan and Pak Chung Ho. 2004. A prospective randomised comparison of sublingual and vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(9):1001-5.
- Webster, Diana, Gillian C. Penney and Allan Templeton. 1996. A comparison of 600 and 200 mg mifepristone prior to second trimester abortion with the prostaglandin misoprostol. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 103(7):706-9.
- Wong, Kin Sun, C. Suk Wai Ngai, Alice Y. K. Wong, Lawrence C. H. Tang and Pak Chung Ho. 1998. Vaginal misoprostol compared with vaginal gemeprost in termination of second trimester pregnancy: A randomized trial. *Contraception*, 58(4):207-10.
- Wong, Kin Sun, C. Suk Wai Ngai, E. L. K. Yeo, Lawrence C. H. Tang and Pak Chung Ho. 2000. A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: A randomized comparative trial. *Human Reproduction*, 15(3):709-12.
- World Health Organization (WHO). 2004. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Third ed. Geneva, WHO. Available online at <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/index.htm>, last accessed 16 Feb. 2007.
- WHO. 1995. *Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Geneva, WHO.
- WHO. Essential medicines: WHO model list. 14th ed. (updated Mar. 2005) Available online at <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>, last accessed 8 Mar. 2007.

WHO. 1999. *Abortion in Vietnam: An assessment of policy, programme and research issues*. Geneva, WHO.

WHO. 2003. *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. Geneva, WHO.

Wright, P. C. 1989. *Late mid-trimester abortion by dilatation and evacuation using Dilapan and digoxin*. Unpublished paper presented at the 13th Annual Meeting of the National Abortion Federation, San Francisco, CA.

Wright, P. C. and C. W. Watson. Sept. 1992. *Transabdominal injection of digoxin to achieve fetal demise in D&E abortion: 5000 cases*. Unpublished paper presented at the National Abortion Federation's Risk Management Seminar, Dallas, TX.

Zhirova, Irina Alekseevna, Olga Grigorievna Frolova, Tatiana Mikhailovna and Evert Ketting. 2004. Abortion-related maternal mortality in the Russian federation. *Studies in Family Planning*, 35(3):178-88.

Bebbington, Michael W., Nancy Kent, Ken Lim, Alain Gagnon, Marie France Delisle, Francine Tessier and R. Douglas Wilson. 2002. A randomized controlled trial comparing two protocols for the use of misoprostol in midtrimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(4):853-7.

Castleman, Laura D., and Paul D. Blumenthal. 2001. Abortion: Spontaneous and induced. In Ryden, Janice, and Paul D. Blumenthal, eds. *Practical gynecology: A guide for the primary care physician*. Philadelphia, American College of Physicians–American Society of Internal Medicine.

Cates, Willard, Kenneth F. Schulz, David A. Grimes and Carl W. Tyler. 1977. The effect of delay and method choice on the risk of abortion morbidity. *Family Planning Perspectives*, 9(6):266-73.

Center for Reproductive Law and Policy (CRLP). 1999. *Reproductive rights are human rights*. New York, CRLP.

Cowett, Allison A., Robert M. Golub and William A. Grobman. 2006. Cost-effectiveness of dilation and evacuation versus the induction of labor for second-trimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(3):768-73.

Edelman, Alison B., John G. Buckmaster, Martha F. Goetsch, Mark D. Nichols and Jeffrey T. Jensen. 2006. Cervical preparation using laminaria with adjunctive buccal misoprostol before second-trimester dilation and evacuation procedures: A randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(2):425-30.

Giorlandino, Claudio, Luisa Mobili, Elena Bilancioni, Paolo D'Alessio, Ornella Carcioppolo, Paulo Gentili and Antonio Vizzone. 1994. Transplacental amniocentesis: Is it really a higher-risk procedure? *Prenatal Diagnosis*, 14(9):803-6.

Goh, Sin Ee, and Kok Joo Thong. 2006. Induction of second trimester abortion (12-20 weeks) with mifepristone and misoprostol: A review of 386 consecutive cases. *Contraception*, 73(5):516-9.

Grimes, David A. 1984. Second-trimester abortions in the United States. *Family Planning Perspectives*, 16(6):260-6.

Grimes, David A., M. Susan Smith and Angela D. Witham. 2004. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: A pilot randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(2):148-53.

Hamoda, Haitham, Premila W. Ashok, Gillian M. M. Flett and Allan Templeton. 2004. Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(9):996-1000.

Hern, Warren M. 1984. Correlation of fetal age and measurements between 10 and 26 weeks of gestation. *Obstetrics and Gynecology*, 63(1):26-32.

Hern, Warren M. 1984. Serial multiple laminaria and adjunctive urea in late outpatient dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 63(4):543-9.

- Ipas. 1997. *Health care provider training in termination of pregnancy: A curriculum guide*. Carrboro, NC, Ipas.
- Kurtz, Alfred B., Ronald J. Wapner, Robert J. Kurtz, D. David Dershaw, Carl S. Rubin, Catherine Cole-Beuglet and Barry B. Goldberg. 1980. Analysis of biparietal diameter as an accurate indicator of gestational age. *Journal of Clinical Ultrasound*, 8(4):319-26.
- Mercer, Brian M., Susan Sklar, Azi Shariatmadar, Martin S. Gillieson and Mary E. D'Alton. 1987. Fetal foot length as a predictor of gestational age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 156(2):350-5.
- Policar, Michael S., and Amy Pollack, eds. 1995. *Clinical training curriculum in abortion practice*. Washington, DC, National Abortion Federation.
- Pons, Jean Claude, S. Rais, P. Diochin and René Frydman. 1992. [RU 486 (mifepristone) and therapeutic abortions in the second and third trimesters.] *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (Paris), 21(2):255-7.
- Schreiber, Courtney, and Mitchell Creinin. 2005. Mifepristone in abortion care. *Seminars in Reproductive Medicine*, 23(1):82-91.
- Stubblefield, Phillip G. 1986. Surgical techniques of uterine evacuation in first- and second-trimester abortion. *Clinics in Obstetrics and Gynaecology*, 13(1):53-70.
- Tang, Oi Shan, and Pak Chung Ho. 2002. Medical abortion in the second trimester. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 16(2):237-46.
- Todd, Catherine S., Maria E. Soler, Laura D. Castleman, M. Katherine Rogers and Paul D. Blumenthal. 2000. Efficacy of misoprostol cervical preparation and manual vacuum aspiration for early second trimester terminations. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 70(Suppl 3):88.
- WHO. 1990. *The use of essential drugs. Fourth report of the WHO expert committee*. Geneva, WHO.



## Приложение А: Методы обезболивания при проведении аборт в во втором триместре беременности

Препараты по категориям	Обычная дозировка и график введения	Продолжительность действия, ч
<b>Анальгетики</b>		
Меперидин* (демерол, петидин)	100-150 мг перорально за 30-60 минут до процедуры† 50-125 мг внутримышечно за 15-30 минут до процедуры 25-50 мг внутривенно за 5-15 минут до процедуры	4-6
Ацетаминофен с кодеином (тайленол, парацетамол с кодеином)	1-2 таблетки, содержащие 300 мг ацетаминофена и 30 мг кодеина перорально за 1 час перед процедурой	3-6
Ацетаминофен с гидрокодоном (викодин)	1-2 таблетки, содержащие 500 мг ацетаминофена и 5 мг гидрокодона, перорально за 1 час до процедуры	4-6
Фентанил (сублимаза)	50-100 мкг внутривенно за 5-15 минут до процедуры (можно повторять каждые 10-15 минут до достижения полной дозы ≤250 мкг)†	0.5-1
Ибупрофен (напроксен, адвил)	400-800 мг перорально за 1 час до процедуры	4-6
Ацетаминофен* (тайленол, парацетамол)	500-1000 мг перорально за 30-60 минут до процедуры	4-6
Кеторолак (торадол)	20 мг (10 мг для женщин с массой < 50 кг) перорально за 1 час до процедуры 60 мг (30 мг для женщин с массой < 50 кг) внутримышечно 30-60 минут до процедуры 30 мг (15 мг для женщин с массой < 50 кг) внутривенно в течение минимум 15 секунд за 30-60 минут перед процедурой	4-6
<b>Анестетики</b>		
Лидокаин* (ксилокаин, лигнокаин)	15-20 мл 0,5-1% раствора при проведении окологрешечной блокады. Общая доза не должна превышать 4,5 мг на 1 кг массы тела**	1-1.5
<b>Анксиолитические средства</b>		
Диазепам* (валиум)	10 мг ПО за 1 час до процедуры† 2-5 мг ВВ за 20 минут до процедуры	21-37
Мидазолам (версед)	0,07-0,08 мг на 1 кг массы тела ВМ или примерно 5 мг (в растворе с соотношением 5 мг/мл) ВВ вначале 1-2 мг, затем по 0,5-1,0 мг каждые 5 минут по мере необходимости до достижения общей дозы ≤5 мг†	1-4
Лоразепам (ативан)	1-2 мг ПО за 30-60 минут до процедуры 0,05 мг на кг массы тела (максимальная доза - 4 мг) за ≥2 часа до процедуры 2 мг ВВ при введении за в течение 1 минуты	ПО, 12†† ВВ, 6-8††

Примечания: Таблица взята из работы Каслмана и Манна (Castleman and Mann), 2002 г. Названия лекарств, приведенные в скобках, являются фирменными (торговыми) наименованиями. Сокращения: ВМ - внутримышечно, ВВ - внутривенно, НСПВС - нестероидное противовоспалительное средство, ПО - перорально, ЦНС - центральная нервная система.

\* Препарат включен в перечень жизненно важных препаратов ВОЗ (2005 г.).

† Все наркотические и анксиолитические средства при внутривенном применении непосредственно перед процедурой или во время нее должны вводиться медленно и с промежутками специально подготовленным медицинским работником. Несмотря на то что их действие наступает быстро, оно не является мгновенным. Наиболее часто побочные эффекты наблюдаются при одновременном применении этих средств. При совместном применении наркотических и анксиолитических средств повышается риск угнетения респираторной функции, поэтому если будут использоваться оба средства, следует вводить уменьшенную дозу каждого препарата. Во избежание неблагоприятных побочных эффектов следует вводить небольшие дозы за несколько приемов (Марголис (Margolis) и др., 1993). Препараты следует вводить до процедуры, чтобы их максимальный эффект наступил во время процедуры, когда пациент испытывает наибольший дискомфорт. Если максимальный эффект наступит после процедуры, будет присутствовать повышенный риск чрезмерного седативного действия на пациента.

‡ Флюмазенил применяется для нейтрализации передозировки бензодиазепа. Необходимо вводить внутривенно по 0,2 мг препарата каждую минуту до восстановления респираторной функции. Общая доза не должна превышать 1 мг. Так как действие препарата длится 1 час, оно может пройти до того, как перестанет действовать бензодиазепин, поэтому пациенты должны находиться под пристальным наблюдением до тех пор, пока бензодиазепин остается у них в организме.

Возможные побочные эффекты	Пояснения
Сонливость, дурнота, слабость, тошнота, рвота, угнетение функций ЦНС, угнетение респираторной функции, пониженное артериальное давление, судороги	В случае нарушения респираторной функции необходимо поддерживать дыхание (подавая кислород, используя ручной респиратор Амбу) и применить флюмазенил† Вызывает легкую амнезию Может повысить степень тревожности пациента Эффект наступает через 2-10 минут после внутривенного введения
Сонливость, дурнота, слабость	–
Сонливость, дурнота, слабость, тошнота, рвота, угнетение функций ЦНС, угнетение респираторной функции	В случае нарушения респираторной функции необходимо поддерживать дыхание (подавая кислород, используя ручной респиратор Амбу) и применить налоксон§
Сонливость, дурнота, слабость, брадикардия, угнетение функций ЦНС, угнетение респираторной функции	В случае нарушения респираторной функции необходимо поддерживать дыхание (подавая кислород, используя ручной респиратор Амбу) и применить налоксон§ 100 мкг фентанила = 10 мг морфина Эффект наступает через 2-7 минут после внутривенного введения
Желудочно-кишечные расстройства	Не следует назначать женщинам, страдающим язвой желудка в активной стадии или почечной недостаточностью. Может произойти аллергическая реакция у пациентов, имеющих носовые полипы, астмой или чувствительностью к НСПВС
–	Печеночная недостаточность в результате передозировки Не следует применять при опасности нарушения работы почек.
–	Обезболивающий эффект, вероятно, сравним с эффектом морфина¶ Не следует назначать женщинам, страдающим язвой желудка в активной стадии или почечной недостаточностью, либо кормящим женщинам. У пациентов, страдающих носовыми полипами, астмой или чувствительностью к НСПВС, может произойти бронхоспазм или иная аллергическая реакция. Снятие крайне сильной боли следует осуществлять, применяя наркотические средства (вместо увеличения дозы Торадол выше рекомендуемых значений).
Шум в ушах, головокружение, онемение губ, рта и языка, металлический привкус, судороги	Удалить жидкость перед инъекцией во избежание введения в кровеносный сосуд. Слабую реакцию (зуд, сыпь, крапивницу) следует снимать путем внутримышечного или внутривенного введения 25-50 мг дифенгидрамина (Бенадрила) В случае сильной реакции или нарушения дыхания следует немедленно применить внутривенные препараты. Необходимо ввести 0,3 мг эпинерфина подкожно, и 5 мг диазепама внутривенно (вводить медленно) и поддерживать дыхание подачей кислорода и применением эластичного баллона для искусственной вентиляции. При появлении хрипов эффективным может оказаться применение ингалятора. Аллергическая реакция наблюдается очень редко. Чаще всего реакции могут быть вызваны консервантом метилпарабена, который содержится во флаконах, рассчитанных на несколько доз. Аллергия на лидокаин, не содержащий консервантов, встречается крайне редко.
Затуманенное зрение, головокружение, потеря ориентации; боль, покраснение кожи при введении препарата	В случае нарушения респираторной функции необходимо поддерживать дыхание (подавая кислород, используя ручной респиратор Амбу) и применить флюмазенил† Вызывает легкую амнезию Может повысить степень тревожности пациента Эффект наступает через 2-10 минут после внутривенного введения
Затуманенное зрение, головокружение, угнетение функций ЦНС, угнетение респираторной функции, потеря ориентации	В случае нарушения респираторной функции необходимо поддерживать дыхание (подавая кислород, используя ручной респиратор Амбу) и применить флюмазенил† 2,5 мг мидазолама = 10 мг диазепама Вызывает амнезию (в большей степени, чем диазепам) Эффект наступает через 15-30 минут при внутримышечном введении и через 1-5 минут при внутривенном введении Значительно меньшая болезненность при введении по сравнению с диазепамом (благодаря растворимости в воде)
Затуманенное зрение, головокружение, потеря ориентации, угнетение функций ЦНС, угнетение респираторной функции	В случае нарушения респираторной функции необходимо поддерживать дыхание (подавая кислород, используя ручной респиратор Амбу) и применить флюмазенил† Вызывает легкую амнезию Может повысить степень тревожности пациента

§ Налоксон применяется для нейтрализации передозировки наркотика. Перед применением следует смешать содержимое одного флакона с 10 мл физиологического раствора, чтобы получить дозировку 40 мкг/мл. Затем ввести внутривенно по 1 мл за один раз и подождать примерно 2 минуты, пока препарат начнет действовать. Действие препарата длится 1 час. Оно может пройти до того, как перестанет действовать наркотик, поэтому пациенты, которым был введен налоксон, должны находиться под пристальным наблюдением по меньшей мере несколько часов.

¶Источник: Масланка (Maslanka) и др., 1994 г.

\*\* 1% раствор лидокаина означает, что дозировка составляет 10 мг/мл, а в 20 мл содержится 200 мг препарата. Введение 0,5 % раствора лидокаина (5 мг/мл) обеспечивает половину общей дозы 1% раствора. Общая доза лидокаина не должна превышать 4,5 мг на килограмм массы тела.

†† В редких случаях продолжительность действия препарата может превышать 24 часа.

## Приложение В: Таблицы измерений показателей плода

Таблица 1. Определение гестационного возраста путем измерения бипариетального диаметра\* (БПД)

Бипариетальный диаметр (см)	Гестационный возраст (недели)
2.6	13.9
2.7	14.2
2.8	14.5
2.9	14.7
3.0	15.0
3.1	15.3
3.2	15.6
3.3	15.9
3.4	16.2
3.5	16.5
3.6	16.8
3.7	17.1
3.8	17.4
3.9	17.7
4.0	18.0
4.1	18.3
4.2	18.6
4.3	18.9
4.4	19.2
4.5	19.5
4.6	19.9
4.7	20.2
4.8	20.5
4.9	20.8
5.0	21.2
5.1	21.5
5.2	21.8
5.3	22.2
5.4	22.5
5.5	22.8
5.6	23.2
5.7	23.5
5.8	23.9
5.9	24.2

\*Оценка изменчивости ( $\pm 2$  СО):  $\pm 1,2$  недели на сроках 12-18 недель,  $\pm 1,7$  недели на сроках 18-24 недели.

Источники: Источники: Хэдлок (Hadlock) и др., 1982 г.; Хэдлок (Hadlock) и др., 1984 г.

Таблица 2. Длина ступни плода на основе регрессионной модели с использованием зарегистрированных значений "наиболее точной оценки"

Срок беременности (нед.) <sup>†</sup>	Длина ступни (мм) <sup>†</sup>	Диапазон длины ступни (мм) <sup>‡</sup>	Длина ступни Диапазон $\pm$ СО (мм)
от 10 до < 11	4	2–5	0–6
от 11 до < 12	7	5–8	4–10
от 12 до < 13	10	8–11	7–13
от 13 до < 14	13	12–14	10–16
от 14 до < 15	16	15–17	13–19
от 15 до < 16	20	18–21	16–23
от 16 до < 17	23	21–24	19–26
от 17 до < 18	26	24–27	0–29
от 18 до < 19	29	27–30	25–32
от 19 до < 20	32	31–33	29–36
от 20 до < 21	35	34–37	32–39
от 21 до < 22	39	37–40	35–42
от 22 до < 23	42	40–43	38–45
от 23 до < 24	45	43–46	41–49
от 24 до < 25	48	47–49	44–52

СО - стандартное отклонение

<sup>†</sup> Срок беременности в неделях, определенный с использованием "наиболее точной оценки" (т.е. продолжительность беременности с момента окончания последнего менструального цикла, подтвержденная ультразвуковым исследованием в пределах 1-го стандартного отклонения даты последнего менструального цикла).

<sup>‡</sup> Длина ступни рассчитывается по модели в середине недели (например, середина периода от 10 до < 11 недель составляет 10 недель и 3,5 дня).

<sup>‡</sup> Диапазон соответствует значениям длины ступни, измеренным с начала и до конца недели (например, диапазон от 10 до < 11 недели включает значения, полученные с 70 по 76 день).

Источник: Дрей (Drey) и др., 2005 г.



Таблица 3. Определение гестационного возраста плода по длине берцовой кости (ДБК)

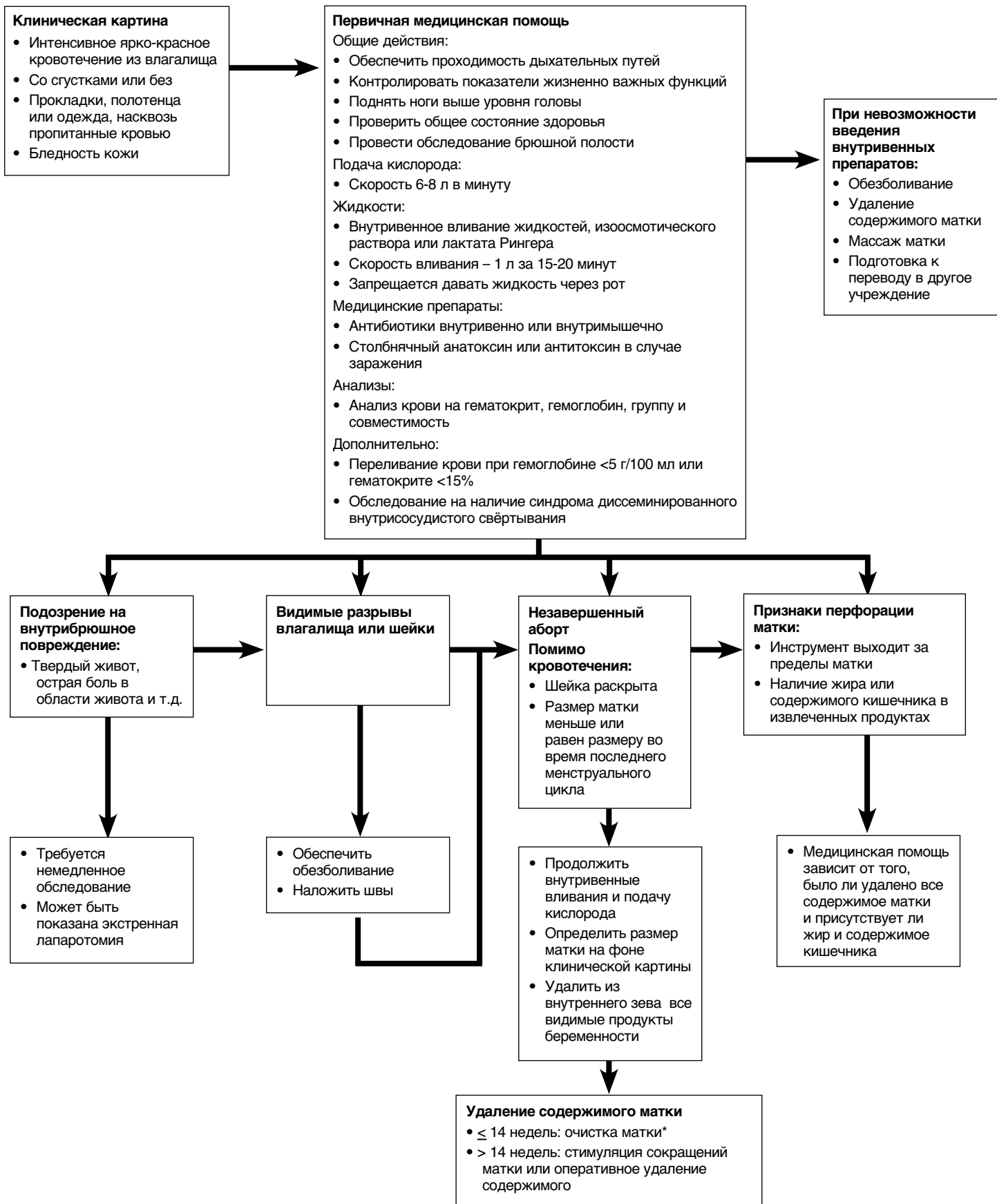
ДБК (мм)	недели	дни
2	10	4
3	11	0
4	11	3
5	11	5
6	12	1
7	12	3
8	12	5
9	13	0
10	13	2
11	13	4
12	13	6
13	14	1
14	14	3
15	14	5
16	15	1
17	15	3
18	15	5
19	16	0
20	16	2
21	16	4
22	16	6
23	17	1
24	17	4
25	17	6
26	18	1
27	18	3
28	18	6
29	19	1
30	19	4
31	19	6
32	20	2
33	20	4
34	21	0
35	21	2
36	21	5
37	22	1
38	22	3
39	22	6
40	23	2
41	23	5
42	24	1
43	24	4
44	25	0

Источник: Йонсен (Johnsen), Синнёве Лиан (Synn ve Lian), Свейн Расмуссен (Svein Rasmussen), Рита Столлиен (Rita Sollien) и Торвид Кисеруд (Torvid Kiserud), 2005 г. Определение возраста плода по длине берцовой кости на сроках беременности 10-25 недель и нормированные области значений для соотношения между длиной берцовой кости и окружности головы. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(8):725-33.

Примечание: Данная таблица содержит измерения при 50-м процентиле.

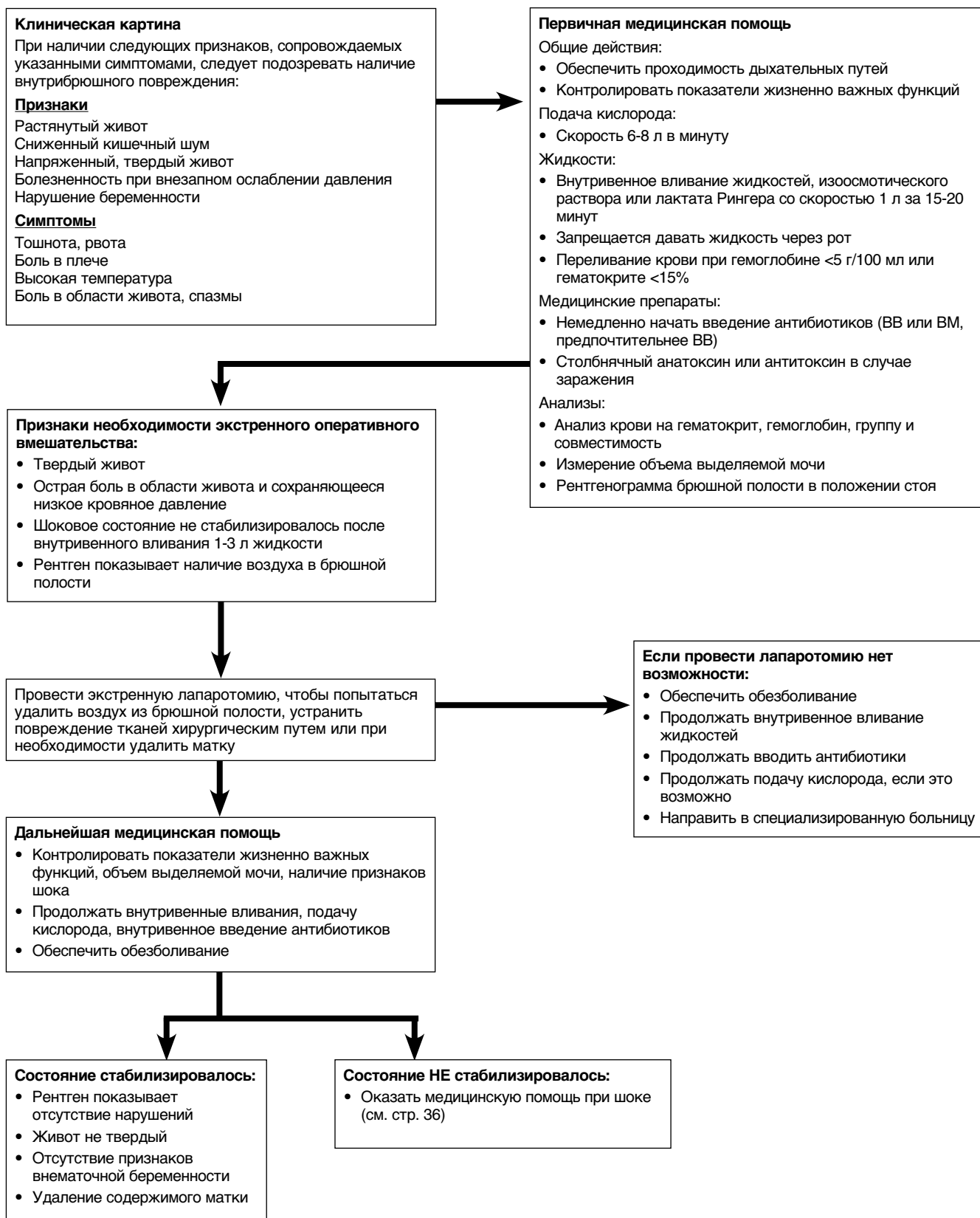
# Приложение С: Оказание медицинской помощи при осложнениях

## Медицинская помощь при сильном влагалищном кровотечении

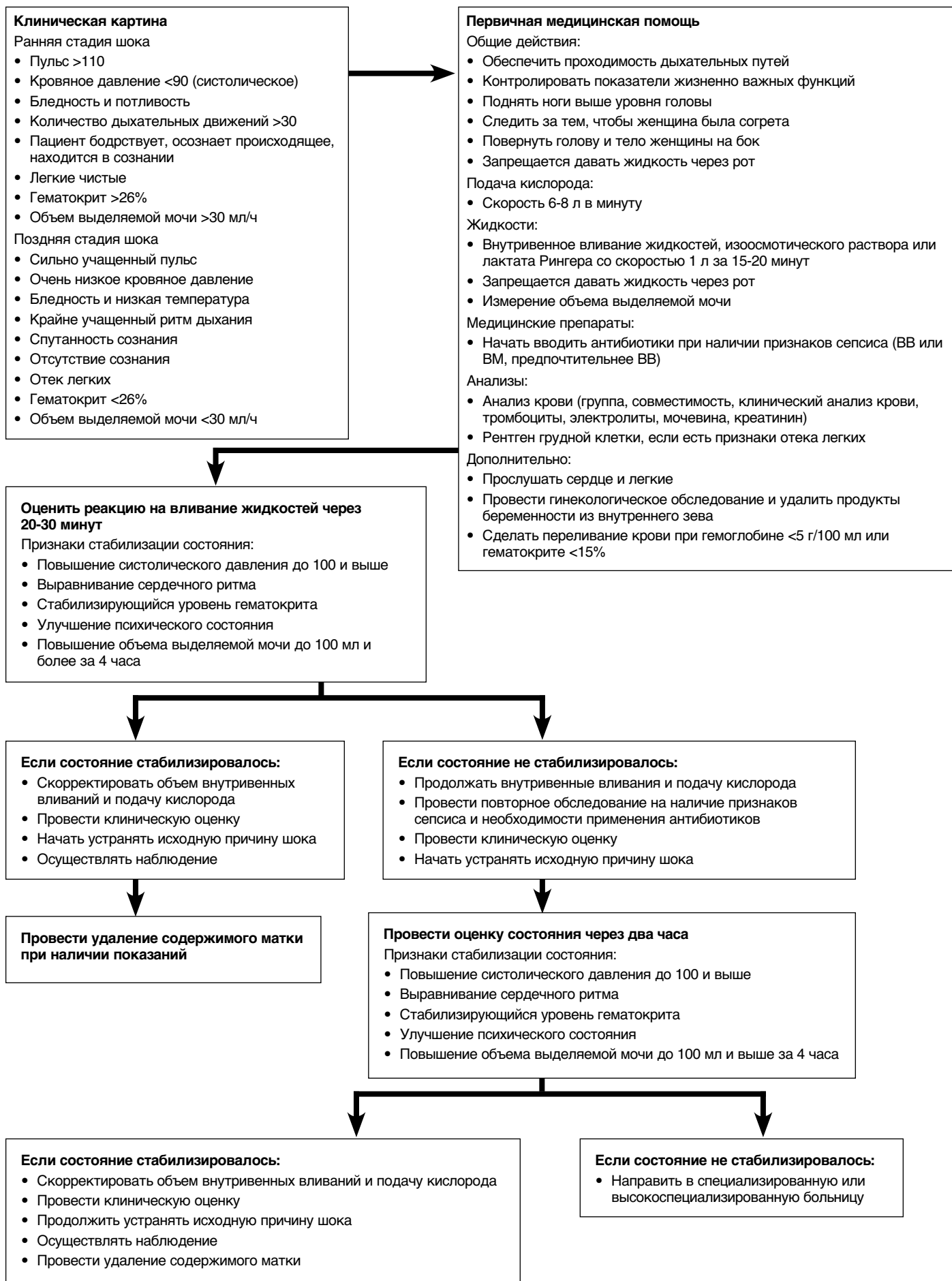


\*Вакуумная аспирация является предпочтительным методом удаления содержимого матки

## Медицинская помощь при внутрибрюшном повреждении



## Медицинская помощь при шоке



## Медицинская помощь при сепсисе

