

**Клиническое руководство
по ведению женщин при искусственном
прерывании беременности
(краткая версия)**

Основой для создания данной версии служит: «The Care of Women Requesting Induced Abortion» Evidence-based Clinical Guideline Number 7, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, November 2011.

Список разработчиков руководства: Данное руководство подготовлено Королевским колледжем акушеров и гинекологов (Великобритания). Группа разработчиков: Проф. Анна Гласиер FRCOG (председатель), университеты Лондона и Эдинбурга, номинант RCOG, Тони Белфилд, представитель форума потребителей RCOG, Д-р Шерон Камерон FRCOG, университет Эдинбурга, номинант RCOG, Джоанна Флетчер, номинант RCN, Д-р Катарина Гутри, FRCOG FFSRH, номинант FSRH, Д-р Сара Ярвис, номинант RCGP, Д-р Патрисия Лорр, FACOG, номинант британской консультационной службы беременности, Фиона Лавлесс, международный номинант Marie Stopes, Д-р Тахир Махмуд, FRCOG, экс-вице-президент RCOG (стандарты), Д-р Сусан Манн, университетский колледж Лондона, номинант RCOG, Д-р Кристина А Наиду, MRCOG, больница St Mary's, Манчестер номинант RCOG, Камал Н Ойха, MRCOG, больница St George's, Лондон, номинант RCOG, Д-р Кейт Петерсон, MRCOG, империял колледж здравоохранения NHS Trust, Лондон, номинант RCOG, Д-р Алисон Ричардсон, MRCOG, Peninsula Deanery, номинант RCOG, Джеуки Рутледж, Траст ПМСП North Lancashire, Проф.Алан Темплтон, FRCOG, Университет Абердина, номинант RCOG, Клаудит Томпсон, наблюдатель ДЗ, Лиза Весталл, наблюдатель ДЗ.

Цель клинического руководства:	предоставление помощи высокого качества, основанной на доказательных данных женщинам, которые планируют искусственный аборт.
---------------------------------------	--

Список Рабочей группы по адаптации клинического руководства:	Искаков С.С. – к.м.н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 Медицинского университета Астана; Ан З.Н. - Руководитель Национального координационного центра по обеспечению безопасности беременных, врач акушер-гинеколог; Темкин С.М. - заведующий отделением патологии беременных, Перинатальный центр г. Астана. Раскалиева А.Х. - МВА, специалист отдела разработки клинических руководств и протоколов, Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК.
---	---

Рецензенты клинического руководства	Дощанова А.М. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, АО «Медицинский университет Астана»; Укыбасова Т.М. – д.м.н., профессор, руководитель отдела акушерства и гинекологии, АО «Национальный научный центр материнства и детства».
--	---

Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертной Комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК (протокол № 21 от «14» декабря 2012г.).

NB! В Республике Казахстан проведение искусственного прерывания беременности проводится в соответствии с Приказом МЗ РК от 30 октября 2009 года № 626 «Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности».

Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных, но не реже чем 1 раз в 4 года.

Пользователи	врачи акушеры-гинекологи, врачи ВОП, ПМСП, руководители-
---------------------	--

руководства:	менеджеры, средний медицинский персонал.
Категория пациентов:	беременные женщины
Ключевые слова:	Медицинский аборт, искусственное прерывание беременности
Уровни доказательства	
Уровень	Доказательство
Ia	Доказательство, полученное из мета-анализа рандомизированных клинических исследований (РКИ).
Ib	Доказательство, полученное минимум из одного рандомизированного контролируемого исследования.
IIa	Доказательства, полученные минимум из одного хорошо спроектированного контролируемого исследования без рандомизации.
IIb	Доказательства, полученные минимум из одного вида квази-экспериментального исследования хорошего дизайна.
III	Доказательства, полученные из неэкспериментальных описательных исследований хорошего дизайна, корреляционных исследований и исследований случаев.
IV	Доказательства, полученные из отчетов экспертной комиссии или мнений и/или клинического опыта соответствующих органов.
Степень рекомендации	
Класс рекомендаций	Уровень доказательства
A	Требуется как минимум одно рандомизированное контролируемое испытание как часть совокупности литературы общего хорошего качества и последовательности для конкретных рекомендаций (доказательство уровня Ia, Ib).
B	Требуется наличия хорошо проведенных клинических исследований, но не рандомизированных клинических испытаний по теме рекомендации (доказательство уровня IIa, IIb, III).
C	Требуется доказательств, полученных из отчетов экспертной комиссии или мнений и/или клинического опыта соответствующих органов; указывает на отсутствие прямых применяемых клинических исследований хорошего качества (уровень доказательства IV).
GPP (Баллы надлежащей практики)	Рекомендованная наилучшая практика, основанная на клиническом опыте группы разработки руководства.
Рекомендации	
I.Введение в эксплуатацию и организация услуг	
Доступность услуги	
1. Поставщики услуг (медицинские организации) по аборту должны иметь материал для предоставления информации женщинам по производству аборта.	GPP
2. Службы ПМСП должны иметь механизмы, которые облегчают доступ к проведению аборта без задержки	B

направлений.	
3. Профессионалы, которые этически против абортов должны своевременно направить женщин, желающих сделать аборт, без задержек к поставщику услуг по производству аборта.	C
Информационное обеспечение	
4. Службы должны убедиться в том, что женщинам, желающим сделать аборт, предоставляется объективная доказательная информация в письменном виде. Информация должна быть доступна на различных языках и в различных форматах (брошюры, стенды и т.д.).	C
5. Персонал, предоставляющий услуги по аборту должен обеспечить текущую доказательную информацию поддерживаемую местными робастными данными об осложнениях и последствиях аборта.	GPP
6. Информация для женщин и поставщиков должна подчеркивать необходимость сохранения конфиденциальности.	C
Первоначальная оценка	
7. Женщины, которые решили продолжить беременность, должны быть незамедлительно направлены на дородовое наблюдение.	GPP
8. Службы должны определять вопросы, которые делают женщин особенно уязвимыми (например, потребность защиты детей, насилие в семье/гендерное насилие) и своевременно направлять их в соответствующие службы поддержки.	C
9. Элементы консультации по обследованию перед абортом, могут быть предоставлены по телефону и/или интернету. Тем не менее, женщины должны иметь доступ к консультации специалиста.	C
Подготовка к процедуре	
10. Во избежание временных задержек медицинские службы должны обеспечить: – направление на аборт в течение 2 рабочих дней; – проведение обследования в течение 5 рабочих дней со дня направления или самообращения; – проведение аборта в течение 10 рабочих дней от момента обращения в медицинскую организацию до выполнения; – проведение аборта женщинам по медицинским показаниям в срочном порядке.	C
11. Женщины должны знать, что они имеют право отказаться от процедуры, если они пожелают.	GPP
12. При направлении женщины на аборт, необходимо предоставить контактные данные медицинской организации, в которую ее направляют.	GPP
13. Женщине должны быть предоставлены стационарные услуги, предоставляемые в соответствующей медицинской организации, если она не желает получать помощь в дневном стационаре.	C
14. Службы должны иметь протокол, позволяющий раннюю выписку после мизопростала для женщин, перенесших медикаментозный аборт до 9 недель беременности.	GPP
15. Услуги должны соответствовать рекомендациям,	GPP

касающимся: – контрацепция после аборта; – профилактика антибиотиками; – скрининг инфекций, передаваемых половым путем (ИППП); – информационное обеспечение после аборта; – консультирование после аборта.	В	
	А	С
	В	
	С	
	С	
II. Побочные эффекты, осложнения и последствия аборта: что женщинам нужно знать		
16. Женщины должны знать, что аборт является безопасной процедурой, для которой основные осложнения и смертность редки на всех сроках беременности.	В	
17. Осложнения и риски должны быть обсуждены с женщинами таким образом, чтобы они понимали общую безопасность процедуры.	GPP	
18. Службы, производящие аборт, должны предоставлять женщинам информацию о физических симптомах и последствиях, которые могут возникнуть после аборта.	GPP	
Осложнения аборта		
19. Женщины должны быть проинформированы о следующих редких, но серьезных осложнениях, которые могут произойти: – Разрыв матки (был зарегистрирован при медикаментозном аборте на поздних сроках беременности), риск составляет менее 1 на 1000.	В	
20. Женщины должны быть проинформированы о необычных осложнениях, которые могут возникнуть, и их возможных клинических последствиях. Они могут включать: – Риск развития массивного кровотечения, требующего переливания крови, ниже для абортов на ранних сроках и составляет менее чем 1 на 1000, и возрастает до 4 на 1000 при сроке беременности свыше 20 недель. – Риск перфорации матки (только при хирургическом аборте) составляет порядка 1-4 на 1000 и ниже для абортов на ранних сроках, а также при выполнении данной процедуры квалифицированным (опытным) врачом. – Травма шейки матки (хирургический аборт только): риск повреждения влагалища не превышает 1 на 100 и меньше для аборта на раннем сроке, а также при выполнении данной процедуры опытным клиницистом. – Женщины должны быть проинформированы, что если произойдет одно из этих осложнений, то может потребоваться дальнейшее лечение в виде переливания крови, лапароскопии или лапаротомии.	В	
Неудачный аборт и продолжающаяся беременность		
21. Женщины должны быть проинформированы, что хирургические и медикаментозные методы прерывания беременности несут небольшой риск неудачного прерывания беременности (меньше 1 на 100), который может потребовать выполнения дополнительных процедур.	В	

22. Женщины должны знать, что есть небольшой риск (как правило, гораздо меньше, чем 5%) необходимости дальнейших вмешательств, таких как хирургическое вмешательство после медикаментозного аборта или реэвакуация после хирургического аборта.	C
Инфекции после аборта	
23. Женщины должны быть проинформированы, что инфекция различной степени тяжести может возникнуть после медикаментозного или хирургического аборта и, как правило, вызвана ранее существующими инфекциями. Профилактическое применение антибиотиков и бактериальный скрининг на инфекции половых путей снижает этот риск.	B
Рак молочной железы	
24. Женщины должны быть проинформированы, что искусственный аборт не связан с увеличением риска рака молочной железы.	A
Исходы будущих беременностей	
25. Женщины должны знать, что нет никаких доказанных связей между искусственным абортом и последующей внематочной беременностью, предлежанием плаценты или бесплодием.	B
Преждевременные роды	
26. Женщины должны быть проинформированы, что искусственный аборт связан с небольшим увеличением риска последующих преждевременных родов, который возрастает с увеличением числа абортов. Тем не менее, существует недостаточно доказательств, чтобы предполагать причинно-следственные связи.	B
III. Ведение до аборта	
27. До направления на аборт, беременность должна быть подтверждена анамнезом/историей и достоверным тестом на беременность.	GPP
Решение делать аборт	
28. Женщины, которые уверены в своем решении сделать аборт, не должны подвергаться обязательному консультированию (переубеждению).	C
29. Женщины должны получить информацию о различных методах аборта соответствующих периоду беременности, о потенциальных побочных эффектах, осложнениях и клинических последствиях.	GPP
Анализ крови	
30. Обследование до аборта должно включать: – определение резуса крови. При наличии клинических показаний, обследование до аборта должно также включать: – определение группы крови со скринингом на антитела эритроцитов; – измерение концентрации гемоглобина; – анализ гемоглобинопатии.	C
Цервикальная цитология	
31. Женщины, которые не прошли скрининг на онкоцитологию,	GPP

должны пройти скрининг в рамках обследования перед абортom или проконсультированы о том, когда и где пройти его.	
Ультразвуковое сканирование (УЗИ)	
32. Применение рутинного УЗИ перед абортom является необязательным.	B
33. Перед УЗИ необходимо спросить у женщины, хочет ли она увидеть результат УЗИ или нет.	C
Профилактика инфекционных осложнений	
34. В медицинских организациях женщинам должны проводить антибактериальную профилактику анаэробной и хламидийной инфекции при: – хирургическом и – медикаментозном аборте.	A
35. Для антибактериальной профилактики во время аборта подходят следующие схемы: – Метронидазол 1 гр. ректально или 800 мг перорально до или во время аборта для женщин у которых анализ на инфекцию <i>Chlamydia trachomatis</i> отрицательный; или – Доксициклин 100 мг перорально дважды в день в течение 7 дней, начиная со дня аборта, плюс метронидазол 1 гр. ректально или 800 мг перорально до или во время аборта; или – Азитромицин 1гр. перорально в день аборта, плюс метронидазол 1гр. ректально или 800 мг перорально до или во время аборта.	C
Скрининг ИППП	
36. Все женщины должны быть осмотрены на <i>Chlamydia trachomatis</i> , пройти оценку риска на другие ИППП (например, ВИЧ, гонорею, сифилис) а также, должны пройти обследование на наличие данных заболеваний.	B
37. Службы должны обеспечить информацией по профилактике ИППП женщин, планирующих аборт.	GPP
Контрацепция	
38. Все подходящие методы контрацепции должны быть обсуждены с женщинами при первоначальном обследовании и согласованы для применения контрацепции после аборта.	C
IV. Процедуры аборта	
Хирургические методы	
<i>Вакуум-аспирация</i>	
39. Вакуум-аспирация является подходящим методом хирургического прерывания беременности на ранних сроках.	B
40. Вакуум-аспирация может быть использована как эффективный и приемлемый метод, как для женщин, так и для врачей.	A
41. Вакуум-аспирация должна быть выполнена с соответствующей осторожностью для обеспечения полного аборта и исследования аспирационной ткани.	B
42. Во время вакуум-аспирации, матка должна быть опорожнена с помощью всасывающей канюли и если это необходимо,	GPP

тупыми щипцами. Процедура не должна завершаться рутинно кюретажем.	
43. Рекомендуются обеспечение доступа к УЗИ во время вакуум-аспирации, но не требуется в рутинной практике для несложных процедур.	С
<i>Расширение и эвакуация</i>	
44. Хирургический аборт с расширением и эвакуацией и предшествующей подготовкой шейки матки, подходит при сроке беременности свыше 12 недель беременности.	А
45. Для снижения риска хирургических осложнений, рекомендуется непрерывное наблюдение с помощью УЗИ во время расширения и эвакуации.	В
<i>Подготовка шейки матки к хирургическому аборту</i>	
46. Рекомендуются следующие схемы для подготовки шейки матки до 12 недель беременности: • мизопростол 400 мкг вводят вагинально за 3 часа до операции или сублингвально за 2-3 часа до операции.	В
47. После 12 недель беременности, осмотические расширители обеспечивают превосходное расширение для хирургических методов, однако, мизопростол является приемлемой альтернативой до 18 недель беременности.	В
48. Использование препаратов, содержащих окситоцин или эргометрин не рекомендуется для профилактики чрезмерного кровотечения во время вакуум-аспирации.	А
Обезболивание при хирургическом аборте	
<i>Анестезия</i>	
49. Службы должны предоставлять хирургические аборты, не прибегая к общей анестезии.	В
<i>Анальгезия</i>	
50. Женщинам должны быть рутинно назначены препараты для снятия боли, такие как нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) во время хирургического аборта.	В
51. Парацетамол (орально или ректально) неэффективен и не рекомендуется для уменьшения боли после хирургического аборта.	А
Медикаментозные методы	
52. Схемы медикаментозного аборта с использованием 200 мг мифепристона перорально и мизопростола являются эффективными в соответствующие сроки беременности.	В
<i>Медикаментозный аборт на сроке ≤ 63 дней беременности</i>	
53. Рекомендуются следующие схемы для раннего медикаментозного аборта: – при ≤ 63 дней беременности, мифепристон 200 мг орально в течение 24-48 часов после мизопростола 800 мкг вагинально, буккального или сублингвального введения; – при ≤ 49 дней, 200 мг мифепристона перорально, в течение 24-48 часов после 400 микрограммов мизопростола перорально.	В
54. Для женщин на 50-63 день беременности, если аборт не	В

произошел через 4 часа после приема мизопростола, то назначается вторая доза мизопростола в дозе 400 мкг вагинально или перорально.	
Медикаментозный аборт в сроке 9-12 недель беременности	
55. Рекомендуется следующая схема для медикаментозного аборта от 9 до 12 недель беременности: – мифепристон 200 мг перорально, через 36-48 часов мизопропрост по 800 микрограмм вагинально. Максимум еще четыре дозы мизопростола 400 мкг могут быть введены с 3-часовыми интервалами, вагинально или перорально.	A
Медикаментозный аборт на 13-22 неделе беременности (по медицинским показаниям, по решению ВКК)	
56. Рекомендуется следующая схема для медикаментозного прерывания беременности в сроке от 13 до 22 недель беременности: – мифепристон 200 мг перорально, затем через 36-48 часов мизопропрост по 800 микрограмм вагинально, затем мизопропрост 400 мкг перорально или вагинально, с 3-часовыми интервалами, максимально четыре дозы. – если аборт не происходит, мифепристон можно повторить через 3 часа после последней дозы мизопростола и через 12 часов может быть повторен мизопропрост.	A
57. После медикаментозного прерывания беременности в сроке 13-22 недель рутинного выполнения выскабливания матки не требуется. Выскабливание показано только при наличии клинических проявлений неполного аборта.	B
Обезболивание для медикаментозного аборта	
58. Всем женщинам (рутинно) должны быть назначены обезболивающие препараты (например, НПВП) во время медикаментозного аборта.	B
59. Ввиду отсутствия обезболивающего эффекта, назначение парацетамола во время медикаментозного аборта не рекомендуется.	A
60. Некоторым женщинам может потребоваться дополнительное обезболивание наркотическими препаратами, особенно после 13 недель беременности.	B
Гистопатология	
61. Рутинное гистопатологическое исследование ткани, полученной при процедуре аборта, не рекомендуется.	C
V. Медицинская помощь женщинам после аборта Резус-профилактика	
62. Всем несенсибилизированным женщинам с отрицательным резусом крови (RhD) следует ввести Анти-D иммуноглобулин, путем инъекции в дельтовидную мышцу, в течение 72 часов	B

после аборта (и хирургического, и медикаментозного).	
Информация после аборта	
63. После аборта, женщины должны быть обеспечены устной и письменной информацией: – о симптомах и состояниях, включая те, которые могут потребовать срочной медицинской помощи; – о симптомах, указывающих на продолжающуюся беременность.	GPP
64. Поставщики услуг по аборту должны иметь механизмы направления женщин в медицинские организации (больницы) для неотложного обследования/приема/госпитализации.	GPP
Последующее наблюдение после аборта	
65. Нет необходимости рутинного наблюдения врача после хирургического или медикаментозного аборта в случае подтверждения успешного аборта во время процедуры.	B
66. Женщинам после медикаментозного аборта, которым успешный (полный) аборт не был подтвержден во время процедуры, должно быть предложено последующее наблюдение у врача, чтобы исключить продолжающуюся беременность.	GPP
67. Все женщины должны быть проинформированы, куда обратиться за помощью, если они нуждаются в дальнейшей консультации, в том числе по вопросам контрацепции.	GPP
68. Ультразвуковое исследование не должно использоваться рутинно для исследования женщин на неполный аборт.	C
69. Решение об опорожнении матки после неполного аборта должно быть основано на клинических признаках и симптомах, а не по УЗИ.	C
Контрацепция после аборта	
70. Женщины должны быть информированы о большей эффективности обратимых методов контрацепции длительного действия.	B
71. Выбранный метод контрацепции должен быть начат немедленно.	B
72. Аборты должны иметь единый протокол медицинской помощи.	GPP
Методология	
При разработке более ранних версий этого руководства, были проведены поиски по каждой теме. Была исследована электронная база данных MEDLINE (Овидий версия, включая публикации на иностранном языке) за период с января 1966 по сентябрь 2003 года. Поиск был выполнен с использованием медицинских терминов и слов текста соответствующих предметных указателей (MeSH). Кроме того, в электронной базе данных EMBASE был произведен поиск в период с 1974 и по сентябрь 2003 года для выявления публикаций, преимущественно европейских, не индексированных в MEDLINE. Была исследована библиотека Cochrane для поиска систематических обзоров, мета-анализов и контролируемых клинических испытаний. Таблицы ссылок статей о несистематических обзорах и исследований полученных из первоначального поиска были тщательно	

просмотрены, а также были изучены журналы в библиотеке RCOG для выявления еще не проиндексированных статей. Не существовало систематической попытки поиска "серой литературы" (конференции, рефераты, диссертации и неопубликованные исследования).

При разработке этого издания, были выполнены поиски похожей литературы охватывающей период с 2003 года по февраль 2011 года.

Для поиска оригинальной и обновленной литературы, было проведено предварительное изучение названий рефератов и получены полные работы. Статьи, не относящиеся к искомой теме, были отклонены также как и статьи, в которых релевантные результаты не были отмечены. Для всех предметных областей, были использованы опубликованные систематические обзоры или мета-анализы, при их отсутствии были изучены РКИ. Для предметных областей, по которым имелись систематический обзор или доказательство рандомизированных испытаний, исследования менее робастного дизайна не были исследованы систематически. Там, где не было релевантных опубликованных рандомизированных контролируемых испытаний, другие соответствующие экспериментальные или обсервационные исследования были исследованы.

Идентифицированные статьи были оценены методологически и наилучшее имеющееся доказательство было использовано для формирования и поддержки рекомендаций. Если хороший систематический обзор, мета-анализ или РКИ существовали в отношении темы, исследования слабого дизайна были проигнорированы. Доказательство было синтезировано с использованием качественных методов. Они включали обобщение содержания идентифицированных работ в форме таблиц доказательств и согласование кратких положений рекомендации, которые точно отражали релевантные доказательства. Количественные методы (мета-анализы) не выполнялись группой разработчиков руководств из-за дефицита времени и трудности объединения исследований различного дизайна.

При помощи консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано данное клиническое руководство для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.

Ссылки

www.rcrz.kz

<http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/care-women-requesting-induced-abortion>