

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ № _____

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

МЕДИЧНИЙ АБОРТ
(у терміні від 12 до 22 тижнів)

Загальна частина**Назва діагнозу:** Аборт (штучне переривання вагітності)**Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:**

O04 Медичний аборт

O05 Інші види аборту

O06 Неуточнений аборт

O07 Невдала спроба аборту

Розробники:

Дубров Сергій Олександрович	Перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Резніченко Галина Іванівна	професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Банніков Володимир Іванович	експерт з репродуктивного здоров'я ІРPF/Міжнародної федерації планування сім'ї (за згодою);
Бойчук Алла Володимирівна	завідувач кафедри акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського;
Грищенко Ольга Валентинівна	професор кафедри загальної практики – сімейної медицини Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна;
Квашенко Валентина Павлівна	професор, лікар акушер-гінеколог медичного центру ТОВ «ФАМІЛІА МЕДІКУС» (за згодою);
Макарчук Оксана Михайлівна	професор кафедри акушерства та гінекології імені І.Д. Ланового Івано-Франківського національного медичного університету;
Майструк Галина Павлівна	керівник Благодійного фонду «Здоров'я жінки і планування сім'ї», лікар акушер-гінеколог (за згодою);
Трещак Іван Іванович	лікар акушер-гінеколог комунального неприбуткового підприємства «Ужгородський пологовий будинок» Ужгородської міської ради (за згодою);

Хаджинова
Наталія Афанасіївна

начальник відділу реалізації політик у сфері медичного забезпечення Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України;

Шаповал
Ольга Сергіївна

професор кафедри акушерства та гінекології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету;

Методичний супровід та інформаційне забезпечення:

Гуленко
Оксана Іванівна

начальник відділу стандартизації медичної допомоги державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.

Рецензенти:

Венцківський
Борис Михайлович

Професор кафедри акушерства і гінекології № 1 Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця, член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки;

Посохова
Світлана Петрівна

професор кафедри акушерства та гінекології Державного закладу «Одеського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н, професор, Заслужений лікар України.

Дата оновлення стандартів – 2028 рік.

Список скорочень

ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВМК	внутрішньоматковий контрацептив
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДЕ	дилатація та евакуація
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ІФА	імуноферментний аналіз
КМП	клінічний маршрут пацієнта
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НПЗЗ	нестероїдний протизапальний засіб
РМП	реакція мікропреципітації
РПГА	реакція прямої гемаглютинації
УЗД	ультразвукове дослідження
Форма № 003- 1/о	форма первинної облікової документації № 003-1/о «Медична карта переривання вагітності №_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 травня 2013 року № 423, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 червня 2013 року за № 1099/23631
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975

Розділ I. Організація надання медичної допомоги під час штучного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів

1. Положення стандарту медичної допомоги

Штучне переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів здійснюється за наявності підстав відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 року №144 «Про реалізацію ст. 281 Цивільного кодексу України», а також при вагітності, що не розвивається та мимовільному перериванні вагітності в терміні від 12 до 22 тижнів.

Процедура штучного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів документується відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 24 травня 2013 року № 423 «Про затвердження Порядку надання комплексної медичної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 27 червня 2013 р. за № 1095/23627.

Медична допомога під час штучного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів надається в умовах стаціонару закладу охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), що надає спеціалізовану медичну допомогу, згідно із нормативно правовими актами, затвердженими МОЗ України.

2. Обґрунтування

Використання нових науково обґрунтованих технологій переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів, до- та післяабортне консультування, профілактика ускладнень сприяють зниженню рівня материнської смертності та збереженню репродуктивного здоров'я жінки.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Наявність локально узгоджених письмових документів, що координують та інтегрують медичну допомогу для забезпечення своєчасного обстеження, скерування до спеціалізованого ЗОЗ для процедури (операції) штучного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів та подальшого спостереження.

2) Існує задокументований індивідуальний план медичної допомоги, узгоджений з пацієнткою, членами сім'ї/особами, які здійснюють догляд.

3) Пацієнтки і, за потреби законні представники, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнтки, терміну вагітності, плану обстеження, процедури проведення переривання вагітності, можливих ускладнень, післяабортної контрацепції, контактів для отримання додаткової інформації та консультації відповідно до додатку 1 до цього Стандарту та пам'ятки для пацієнтки, наведеній в додатку 2 до цього Стандарту.

4) Проведення процедури медикаментозного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів здійснюється після обов'язкового підписання пацієнткою або її законними представниками Інформованої добровільної згоди вагітної жінки на проведення операції (процедури) штучного переривання

вагітності відповідно до нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України.

5) Вибір методу переривання вагітності в кожній конкретній ситуації визначає лікар акушер-гінеколог за результатами доабортного консультування.

Розділ II. Консультування та обстеження пацієнтки перед перериванням вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів

1. Положення стандарту медичної допомоги

Всім жінкам, які переривають вагітність в терміні від 12 до 22 тижнів перед виконанням процедури переривання вагітності проводиться обстеження та доабортне консультування.

2. Обґрунтування

Використання до- та післяабортного консультування, профілактики ускладнень суттєво впливає на зниження рівня материнської смертності дають можливість убезпечити жінку і зберегти її репродуктивне здоров'я. Інформація повинна бути доступною та зрозумілою для пацієнтки.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові (наявність):

1) Проведення доабортного консультування здійснюється відповідно до інформації наведеної в додатку 1 цього Стандарту.

2) Доабортне обстеження передбачає: фізикальне та гінекологічне обстеження; інструментальні обстеження (ЕКГ, УЗД); лабораторні дослідження (визначення мікробіоценозу піхви (мазок на флору), загальний аналіз крові, визначення групи крові та резус-фактору, коагулограма, за відсутності результатів попереднього тестування – аналіз крові на сифіліс, на ВІЛ (за добровільною згодою після дотестового консультування), загальний аналіз сечі.

Бажані:

3) За необхідності можуть бути призначені інші дослідження та консультації відповідних фахівців.

Розділ III. Медикаментозне переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів

1. Положення стандарту

Медикаментозне переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів здійснюється за допомогою лікарських засобів антипрогестагенової дії (міфепристон) та простагландинів (мізопростол). При медикаментозному перериванні вагітності (як при життєздатній, так і при нежиттєздатній вагітності) у терміні від 12 до 22 тижнів застосовуються схеми з одноразовими дозами або комбіновані схеми лікарських засобів для прийому у певній послідовності, дозах та шляхах введення.

2. Обґрунтування

Медикаментозне переривання вагітності – безпечний та ефективний метод штучного переривання у терміні від 12 до 22 тижнів.

Медикаментозне переривання вагітності за будь-якими показаннями забезпечує доступ до безпечної, ефективної та прийнятної допомоги при абортах.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Медикаментозне переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів призначається за відсутності протипоказань, наведених у додатку 4 цього Стандарту.

2) Використання лікарських засобів міфепристон та мізопростол при перериванні вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів здійснюється відповідно до схеми, наведеної у додатку 4 цього Стандарту.

3) Знеболення процедури переривання у терміні від 12 до 22 тижнів вагітності здійснюється за допомогою нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) відповідно до додатку 3 цього Стандарту.

4) Всім жінкам з Rh-негативним типом крові рекомендовано після переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів провести імунізацію анти-D-імуноглобуліном.

5) При медикаментозному перериванні вагітності не показано профілактичне призначення антибіотиків.

Бажані:

6) Застосовувати всі методи контрацепції в залежності від потреб жінки за умови відсутності ускладнень і протипоказань у післяабортному періоді.

Розділ IV. Хірургічне переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів

1. Положення стандарту медичної допомоги

Хірургічним методом штучного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів є метод дилатації та евакуації (далі - ДЕ). Перед проведенням процедури здійснюється підготовки шийки матки, у тому числі із застосуванням осмотичних засобів (ламінарії), гнучких пластикових канюль.

Не використовується штучне переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів із застосуванням небезпечних методів, таких як кюретаж та інші.

2. Обґрунтування

Потреба в анестезії зростає зі збільшенням терміну вагітності. Ступінь болю варіює в залежності від віку, паритету вагітності, наявності дисменореї в анамнезі та рівня тривоги/страху у жінки, яка перериває вагітність. Знеболювальні лікарські засоби завжди повинні бути в наявності, їх слід вводити заздалегідь, передбачаючи час початку болю.

Запалення нижніх статевих шляхів при хірургічному перериванні вагітності є фактором ризику розвитку інфекцій після переривання вагітності. З метою запобігання розвитку інфекційних ускладнень під час хірургічного переривання вагітності рекомендується періопераційна антибіотикопрофілактика.

Застосування осмотичних засобів (ламінарії), гнучких пластикових канюль зменшує ризик перфорації стінки матки та пошкодження базального шару ендометрію. Безпечність методу забезпечується проведенням медикаментозної підготовки шийки матки,

Пацієнтку необхідно детально поінформувати про медичні причини щодо необхідності відвідування лікаря, а саме: наявність тривалої рясної кровотечі, повна відсутність кровотеч після хірургічного переривання вагітності, біль, який не зменшується з прийомом знеболювальних лікарських засобів, лихоманка.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Передопераційна підготовка перед хірургічним перериванням вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів включає: надання повної інформації щодо процедури та методів знеболення; підготовку шийки матки та її дилатацію, проведення процедури та оцінку завершення абортів; проведення консультування щодо сучасних методів контрацепції з урахуванням особливостей перебігу післяабортного періоду.

2) Дилатація та евакуація проводиться при штучному перериванні вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів за відсутності протипоказань, зазначених у додатку 5 цього Стандарту.

3) Знеболення при хірургічному методі штучного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів проводиться відповідно до додатку 3 цього Стандарту.

4) Антибіотикопрофілактика при хірургічному перериванні вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів, незалежно від ризику запальних захворювань органів малого тазу у жінки, призначається до або під час операції відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я з парентеральної периопераційної антибіотикопрофілактики.

5) Всім жінкам з Rh-негативним типом крові рекомендовано після хірургічного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів провести імунізацію анти-D-імуноглобуліном.

6) Отриманий матеріал після хірургічного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів направляються на дослідження.

Бажані:

7) У разі переривання вагітності за наявності вроджених вад розвитку плода, несумісних з життям, бажано проводити генетичне дослідження плода й плаценти та медико-генетичне консультування.

8) Застосовувати всі методи контрацепції в залежності від потреб жінки за умови відсутності ускладнень і протипоказань у післяабортному періоді.

Розділ V. Подальше спостереження після переривання вагітності

1. Положення стандарту медичної допомоги

Подальшого спостереження після переривання вагітності спрямоване на своєчасне виявлення та лікування ускладнень.

За необхідності одразу після хірургічного чи медикаментозного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів може бути розпочато використання всіх методів контрацепції, включаючи ВМК і гормональні контрацептиви.

2. Обґрунтування

Рутинний подальший огляд після неускладненого хірургічного чи медикаментозного переривання вагітності не обов'язковий, якщо жінці було надано адекватну інформацію про те, коли звертатися за допомогою у разі ускладнень, і якщо вона отримала всі необхідні матеріали або інформацію для задоволення своїх потреб у контрацепції.

Після переривання вагітності можна розглядати будь-який метод контрацепції. Найважливіше значення має бажання клієнта; якщо жінка хоче почати або відновити будь-який метод контрацепції, можна розглянути всі варіанти надання послуг, а застосування деяких методів контрацепції можливе вже під час переривання вагітності.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Жінкам, які мали ускладнення після штучного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів, показане спостереження відповідними фахівцями.

2) Лікування ускладнень, за їх наявності, має проводитися згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

3) Через 7-14 днів після процедури запропонувати жінці повторний візит за бажанням для надання послуг контрацепції, психологічної допомоги або надання допомоги у медичних питаннях.

4) Надати інформацію, що до відновлення менструального циклу після аборту необхідно обов'язково використовувати бар'єрні методи контрацепції або утримуватися від статевих стосунків.

Бажані:

5) У разі порушення менструальної функції призначається лікування з метою її відновлення.

6) За бажанням жінки використання контрацепції можна розпочинати відразу після закінчення процедури. За відсутності ускладнень у післяабортному періоді можливе застосування всіх методів контрацепції в залежності від потреб жінки.

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги:

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнтки (КМП), якій проводиться штучне переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів.
2. Визначення відсотку ускладнень під час та після штучного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ КМП зі штучним перериванням вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги:

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (у терміні від 12 до 22 тижнів)».

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів у регіоні.

Якість надання медичної допомоги пацієнткам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинним Стандартам медичної допомоги даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік - 90%

2024 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані подаються лікарями, які надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані подаються поштою, у тому числі електронною.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів, акушерів-гінекологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), зареєстрованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів акушерів-гінекологів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам, зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про лікарів акушерів-гінекологів ЗОЗ,

що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів акушерів-гінекологів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП із медичного абортів у терміні від 12 до 22 тижнів (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, поданий лікарями акушерами-гінекологами ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам.

Значення індикатора наводиться у відсотках

2. Відсоток ускладнень під час та після переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів.

Зв'язок індикатора з затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги:

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (у терміні від 12 до 22 тижнів)»;

Даний індикатор характеризує якість і безпеку надання медичної допомоги пацієнткам, яким переривають вагітність у терміні від 12 до 22 тижнів.

Бажаний рівень значення індикатора:

2024 рік – 3%;

2025 та подальший період – 1-2%.

Інструкція з обчислення індикатора:

ЗОЗ, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я державних адміністрацій.

Дані подаються лікарями акушерами-гінекологами ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані подаються поштою, у тому числі електронною.

Метод обчислення індикатора – підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Знаменник індикатора складає загальна кількість жінок, у яких були ускладнення під час та після абортів у терміні від 12 до 22 тижнів впродовж звітнього періоду.

Чисельник індикатора складає загальна кількість жінок, які звернулися у медичний заклад з приводу переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів упродовж звітнього періоду.

Джерелом інформації є «Медична карта переривання вагітності» (форма 003-1/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел та нормативно правових актів, використаних при розробці стандартів медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Медичний аборт», 2023 року.
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 року № 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України».
3. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я».
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 серпня 2023 року № 1513 «Про затвердження стандарту медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою».
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 4 серпня 2023 року № 1401 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)».
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 червня 2023 року № 1102 «Про затвердження п'ятнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2022 року № 822 «Про затвердження Стандарту «Парентеральна періопераційна антибіотикопрофілактика»».
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/ закладах надання соціальних послуг/ соціального захисту населення», зареєстрований Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1318/36940.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 червня 2021 року № 1234 «Про затвердження Порядку видачі (формування) листків непрацездатності в Електронному реєстрі листків непрацездатності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07 липня 2021 року за № 890/36512.
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 червня 2021 року № 1066 «Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 червня 2021 року за № 728/36350.
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.
12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2019 року № 278 «Про затвердження Порядку проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та

надання їм медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 14 березня 2019 року за № 262/33233.

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29 «Про внесення змін до первинних облікових форм та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360.

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2014 року № 59 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з питань планування сім'ї».

15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522.

16. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 травня 2013 року № 423 «Про затвердження Порядку надання комплексної медичної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27 червня 2013 року за № 1095/23627.

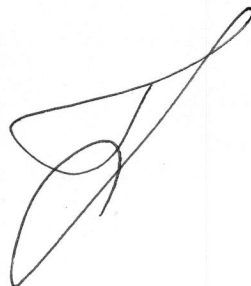
17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

19. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2011 року № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 19 січня 2012 року за № 68/20381.

20. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 року № 117 «Про впровадження випуску Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 "Охорона здоров'я"».

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**



Андрій ГАВРИЛЮК

Консультавання жінки перед процедурою штучного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів

Консультавання повинно бути добровільним і за згодою жінки, т. ч. не повинно бути обов'язковим. Право жінки на відмову від консультавання має поважатися.

- Консультавання повинно бути організовано відповідно до конфіденційності та конфіденційності особи, яку консультують.
- Консультавання повинно бути прийнятним і якісним, т.ч. інформація повинна бути зрозумілою одержувачу, достовірною і заснованою на доказах.
- Консультавання має бути вільним від дискримінації та неупередженим.
- Поширення завідомо неправдивої інформації, приховування та цензура інформації повинні бути заборонені.

Інформація повинна охоплювати:

- доступні методи переривання вагітності та анестезії;
 - інформація, що стосується вільної та інформованої згоди;
 - інформація про те, що буде відбуватися до, під час і після процедури або переривання вагітності, включаючи тести і методи анестезії, які можуть знадобитися, а також будь-які аспекти догляду, які можуть бути виконані самостійно, з віддаленою підтримкою або без неї при бажанні;
 - як людина може відчувати себе під час і після процедури або процесу абортів і як довго може тривати процедура / процес, а також відновлення;
 - коли можна буде відновити нормальну діяльність, в тому числі статевий акт;
 - як розпізнати потенційні побічні ефекти і симптоми вагітності, що триває (які можуть тимчасово зберігатися навіть у разі успішного переривання вагітності або можуть свідчити про невідале переривання вагітності), а також інші медичні причини звернення за медичною допомогою, включаючи такі ускладнення, як тривала кровотеча або лихоманка;
 - коли, де і як отримати доступ до подальшої допомоги або інших супутніх послуг, які можуть бути бажаними, таких як консультавання, контрацепція та інші послуги.
-

Пам'ятка для пацієнтки

Ви можете обрати метод штучного переривання вагітності та ухвалити рішення після одержання повної, достовірної та чіткої інформації про особливості кожного з них. Найбезпечнішими методами є медикаментозний (прийом таблеток) та дилатація і евакуація.

Ви маєте пройти необхідне обстеження.

Ви маєте право обрати метод знеболення та ухвалити рішення після одержання повної, достовірної та чіткої інформації про види анестезії, ризики та можливі ускладнення, пов'язані зі знеболенням. При відсутності протипоказань можна вибирати місцеву анестезію, комбінацію місцевої анестезії зі знеболювальними препаратами, різновиди внутрішньовенного наркозу.

Вибір процедури (операції) штучного переривання вагітності та методу знеболення необхідно підтвердити письмово у формі інформованої згоди.

Лікар має поінформувати вас про можливі ризики виникнення ускладнень під час та після процедури (операції) штучного переривання вагітності.

У зв'язку з операцією (процедурою) штучного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів ви отримуєте медичний висновок про тимчасову непрацездатність на весь термін перебування в стаціонарі. У разі виникнення ускладнень під час операції чи у післяабортному періоді медичний висновок про тимчасову непрацездатність видається на весь період лікування.

Рекомендується через 7-14 днів після процедури (операції) штучного переривання вагітності відвідати лікаря для консультації та планового огляду.

Після процедури (операції) штучного переривання вагітності варто утримуватися від статевих контактів до повної зупинки менструальноподібної кровотечі.

Фертильність (спроможність до зачаття) може відновитися вже через 8-10 днів, а зазвичай – через місяць після процедури (операції), але в більшості жінок овуляція відбувається протягом 6-ти тижнів. Якщо ви не плануєте вагітність, то почати використовувати контрацепцію (засоби запобігання вагітності) необхідно відразу ж після процедури (операції) переривання вагітності та поновлення сексуальної активності. У разі відсутності медичних протипоказань, незалежно від методу переривання вагітності, використання будь-якого методу контрацепції можна починати відразу ж після процедури (операції).

Першу таблетку комбінованого орального контрацептиву (таблетки, які містять малі дози жіночих гормонів) можна прийняти в день проведення процедури (операції) або протягом 5-ти днів після. Ін'єкційний контрацептив (препарат, який вводиться шприцом внутрішньом'язово і містить жіночий

гормон прогестин) може бути введений перед випискою після процедури (операції) або протягом 7 днів.

Внутрішньоматковий контрацептив (невеликий засіб, що вводиться всередину матки та перешкоджає заплідненню) лікар може ввести відразу після процедури (операції) або протягом 7 днів (засіб, що містить спеціальний гормон або засіб, що містить мідь) за умови відсутності симптомів інфекції.

Презервативи можуть використовуватися з відновленням статевої активності (після повного припинення післяабортних кров'янистих виділень).

Методи природної контрацепції не можуть бути використані до відновлення менструальної функції після процедури (операції) штучного переривання вагітності (до 3-х місяців). Тому необхідно обов'язково використовувати презервативи або утримуватися від статевих контактів.

Якщо ви не обрали постійний метод контрацепції одразу, можна тимчасово використовувати презервативи і звернутися за додатковою консультацією до лікаря.

Знеболення та анестезія під час переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів

Забезпечення ефективного знеболення під час процедури (операції) штучного переривання вагітності та в післяабортному періоді є важливою складовою надання комплексної медичної допомоги. При проведенні медикаментозного аборту рекомендується прийом ненаркотичних анальгетиків, зокрема НПЗЗ. У випадку переривання вагітності хірургічним методом, за відсутності протипоказань, жінка може обрати місцеву анестезію, комбінацію місцевої анестезії з анальгетиками або з атаралгезією, різновиди внутрішньовенного наркозу. Переваги місцевої анестезії над внутрішньовенним наркозом полягають у зменшенні часу відновлення функцій організму, а постійне перебування жінки в свідомому стані дозволяє медичному фахівцю запобігти виникненню можливих ускладнень.

Найбільш прийнятною місцевою анестезією є парацервікальна блокада місцевим анестетиком у розведенні відповідно до інструкції. **Місцевий анестетик вводиться під слизову оболонку по окружності шийки матки, зокрема в ділянці на 4 та 8 годин (по годинниковій стрілці), включно з місцем прикріплення однозубих маткових щипців (на 12 годин).** Введення препарату повинно проводитись обережно (з обов'язковим періодичним підтягуванням поршня шприца на себе), щоб виключити вірогідність проникнення у судинне русло. У період між введенням місцевого анальгетика та початком виконання операції повинен бути інтервал не менше 2 хвилин. Місцева анестезія можлива в поєднанні із застосуванням ненаркотичних анальгетиків за 4 години до початку операції, зокрема НПЗЗ, які мають достатню знеболювальну дію. Місцева анестезія можлива в поєднанні з атаралгезією (стан пригнічення свідомості та больової чутливості, що виникає у результаті поєднаної дії анальгетиків та транквілізаторів).

За наявності кваліфікованого персоналу (лікаря-анестезіолога та анестезиста) та місця, обладнаного апаратурою для спостереження за станом пацієнтки (монітором) та всім необхідним для терапії ускладнень цього методу (респіраторна підтримка, медикаментозна підтримка), можливе використання різновидів внутрішньовенного наркозу. Після внутрішньовенного наркозу жінка повинна залишатися під наглядом кваліфікованого персоналу.

Загальна анестезія як рутинний метод не рекомендується при виконанні переривання вагітності, оскільки пов'язана з високими ризиками несприятливих ефектів у порівнянні з іншими методами знеболювання.

Для знеболення в післяабортному періоді рекомендується застосування НПЗЗ (наприклад, ібупрофену).

Медикаментозне переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів

Протипоказання до медикаментозного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів:

- Хронічна недостатність кори надниркових залоз.
- Підвищена чутливість до діючої речовини або до інших інгредієнтів препарату.
- Тяжка неконтрольована бронхіальна астма.
- Успадкована порфірія.
- Наявність протипоказань для застосування простагландинів.

Призначається:

- Міфепристон в дозі 200 мг перорально,
- через 24-48 годин (але не менше ніж через 24 години) призначається мізопростол у дозі 400 мкг кожні 3 години трансбукально, або сублінгвально, або вагінально.

У разі внутрішньоутробної загибелі плода рекомендується така схема: міфепристон у дозі 200 мг перорально, після чого через 24-48 годин (але не менше ніж через 24 години) вводяться повторні дози мізопростолу 400 мкг сублінгвально або вагінально кожні 4-6 годин до завершення процедури.

Шляхи введення мізопростолу для медикаментозного переривання вагітності обирають разом із пацієнткою:

- Трансбукальний – таблетки поміщаються між щогою та яснами і проковтуються через 20-30 хвилин.
- Сублінгвальний – таблетки поміщаються під язиком і проковтуються через 30 хвилин.
- Вагінальний – таблетки поміщаються у піхві.

У разі медикаментозного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів найефективнішим визначено вагінальний шлях застосування Мізопростолу.

Для знеболення під час медикаментозного переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів рекомендовано застосовувати НПЗЗ (наприклад, ібупрофен), за їх відсутності або неможливості використання, доцільно застосовувати парацетамол.

Хірургічне переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тижнів методом дилатації та евакуації (ДЕ)

Протипоказання до переривання:

- гострі запальні захворювання органів малого тазу;
- гострі запальні захворювання іншої локалізації;
- гострі інфекційні захворювання.

За наявності інших протипоказань (захворювання, стани, при яких переривання вагітності становить загрозу для життя або завдає значної шкоди здоров'ю) питання вирішуються індивідуально в кожному конкретному випадку.

Підготовка шийки матки (рекомендується):

- Міфепристон 200 мг перорально за 24-48 годин до процедури;
- Мізопростол 400 мкг сублінгвально за 1-2 години до процедури або мізопростол 400 мкг вагінально, або трансбукально за 2-3 години до процедури;
- Осмотичні дилататори в комбінації з міфепристоном і мізопростолом.

Методика переривання (в умовах операційної):

- Попросити пацієнтку розслабитись, якщо вона у свідомості;
 - Ввести у піхву теплі стерильні дзеркала (Сімпса) адекватного розміру;
 - Розкрити ложки дзеркал та розташувати шийку матки між ними;
 - Провести обробку шийки матки антисептиком;
 - Фіксувати шийку матки однозубими матковими щипцями в позиції 12 годин;
 - Провести відповідне знеболення;
 - Провести розширення шийки матки та амніотомію;
 - Після видалення плоду та плаценти з використанням вікончастого затискача та вакуумного аспіратора переконатися в повному завершенні операції;
 - За необхідності ввести препарати, які скорочують матку для зменшення кровотечі;
 - Провести оцінку загального стану жінки, переконатись, що матка скоротилась і відсутня кровотеча;
 - З метою контролю проведення операції та виключення залишків тканин під час операції та після її закінчення можливе використання УЗД.
-