

Стандарт медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)»

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.08.2023 № 1401

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 абортів
- O06 Неуточнений аборт
- O07 Невдала спроба абортів

Розробники:

Резніченко Галина Іванівна – професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, д.мед.н., заступник голови робочої групи з клінічних питань;

Банніков Володимир Іванович – експерт із репродуктивного здоров'я IPPF/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 – завідувач кафедри акушерства та гінекології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна;

Квашенко Валентина Павлівна – провідний експерт з акушерства та гінекології медичного центру ТОВ «Фамілія Медікус», д.мед.н., професор (за згодою);

Макаруч Оксана Михайлівна – професор кафедри акушерства та гінекології імені професора І.Д. Ланового Івано-Франківського національного медичного університету, д.мед.н.;

Майструк Галина Павлівна – керівник Благодійного фонду «Здоров'я жінки та планування сім'ї» (за згодою);

Трещак Іван Іванович – лікар акушер-гінеколог комунального неприбуткового підприємства «Ужгородський пологовий будинок» Ужгородської міської ради, к.мед.н. (за згодою);

Хаджинова Наталія Афанасіївна – начальник відділу реалізації політики 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, д.мед.н.

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:

Камінський В'ячеслав Володимирович – в.о. ректора Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, академік НАМН України, д.мед.н., професор;

Посохова Світлана Петрівна – професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, д.мед.н., заслужений лікар України.

Дата оновлення стандартів – 2028 рік.

Список скорочень

- ВА** – вакуумна аспірація
- ВІЛ** – вірус імунодефіциту людини
- ВМК** – внутрішньоматковий контрацептив
- ЗОЗ** – заклад охорони здоров'я
- ЕВА** – електрична вакуумна аспірація
- ІФА** – імуноферментний аналіз
- ІПСШ** – інфекція, що передається статевим шляхом
- КМП** – клінічний маршрут пацієнта
- КОК** – комбінований оральний контрацептив
- МА** – медичний аборт
- МВА** – мануальна вакуум-аспірація
- НПЗЗ** – нестероїдний протизапальний засіб
- РМП** – реакція мікропреципітації
- РПГА** – реакція прямої гемаглютинації
- СМД** – стандарти медичної допомоги
- УЗД** – ультразвукове дослідження
- Форма № 003-1/о** – форма первинної облікової документації № 003-1/о «Медична карта переривання вагітності № ___», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 травня 2013 року № 423, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 27 червня 2013 року за № 1099/23631
- Форма № 003/о** – форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № ___», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975

Розділ I. Організація надання медичної допомоги під час медичного абортів

1. Положення Стандарту медичної допомоги

Жінки з небажаною вагітністю звертаються по медичну допомогу для діагностики терміну вагітності, встановлення локалізації плодового яйця та вибору методу переривання вагітності. Медична допомога надається як амбулаторно, так і стаціонарно у ЗОЗ державної або приватної форми власності, обраному пацієнткою незалежно від місця реєстрації чи фактичного проживання.

Надання вичерпної інформації та проведення консультування щодо можливостей та умов переривання вагітності (медикаментозні та хірургічні методи) відповідно до додатка 1 до цього Стандарту, наявність доступу до належних медичних послуг або можливість перенаправлення у разі вибору жінкою хірургічного методу переривання вагітності здійснює підготовлений медичний працівник (лікар-фахівець), який несе відповідальність за завершення даної процедури.

2. Обґрунтування

У разі прийняття жінкою рішення щодо переривання вагітності у термін, визначений законодавством, послуги мають бути надані за використанням безпечних методик та дотриманням репродуктивних прав жінки. Аборти, які виконуються із застосуванням небезпечних методик (дилатація, кюретаж та ін.), є причиною ускладнень, що негативно впливають на стан репродуктивного здоров'я жінки та завдають значних економічних збитків. Використання нових науково обґрунтованих технологій переривання небажаної вагітності, до- та післяабортне консультування, профілактика інфекційних ускладнень суттєво впливають на

зниження рівня материнської смертності та збереження 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 направлення, діагностики та лікування пацієнток із небажаною вагітністю.

2) Проведення операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності у вагітної жінки віком до 14 років або у недієздатної особи здійснюється за заявою її законних представників. Штучне переривання вагітності у вагітної жінки, яка досягла 14 років, здійснюється за її згодою відповідно до статті 284 Цивільного кодексу України.

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 Пам'ятки для пацієнтки, наведеної в додатку 1 до цього Стандарту.

4) У зв'язку із процедурою (операцією) штучного переривання вагітності за бажанням жінки медичний висновок про тимчасову непрацездатність видається на 3 дні з урахуванням дня операції. У разі виникнення ускладнень під час процедури (операції) або в післяабортному періоді медичний висновок про тимчасову непрацездатність видається на весь період тимчасової непрацездатності.

5) У випадках переривання вагітності з інших причин медичний висновок про тимчасову непрацездатність видається для госпіталізації жінки на весь період.

Бажані:

6) ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнткам із небажаною вагітністю, розміщують інформаційні матеріали стосовно методів контрацепції.

Розділ II. Визначення гестаційного терміну вагітності та обстеження

1. Положення Стандарту медичної допомоги

Визначення терміну вагітності є обов'язковим етапом, що передуює вибору найбільш оптимального методу переривання вагітності.

Визначення терміну вагітності може здійснюватися тільки на підставі дати настання останньої менструації або в комплексі з використанням підтвердженого інструменту (наприклад, мобільного додатка, чек-листа або календаря вагітності), що дає жінці можливість самостійно оцінити термін вагітності.

Коли дата настання останньої менструації не відома, гестаційний вік можна визначити шляхом клінічного/фізикального обстеження (бімануального обстеження органів малого таза та черевної порожнини) або за допомогою УЗД.

Необхідно використовувати найменш інвазивний метод, відповідний для даної ситуації і доступний у ЗОЗ.

Як при медикаментозному, так і при хірургічному перериванні вагітності не рекомендовано застосування УЗД як умови для надання послуг із переривання вагітності.

Продовження на стор. 10.

Стандарт медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)»

Продовження. Початок на стор. 9.

2. Обґрунтування

Обмеження щодо терміну гестації окремо або разом з іншими регуляторними вимогами, включаючи підходи, що базуються на обґрунтуванні причин, призводять до затримок у доступі до переривання вагітності, особливо у жінок, які звертаються за послугами з переривання вагітності, у яких термін вагітності наближається до граничного, а також у жінок, як проживають у місцевостях з обмеженим доступом до ЗОЗ. Доведено, що обмеження терміну гестації пов'язані зі збільшенням показників материнської смертності та несприятливих медичних результатів.

Надмірне, необґрунтоване призначення лабораторних, інструментальних та інших досліджень знижує доступність проведення процедури (операції) переривання небажаної вагітності на малих термінах гестації.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Перед проведенням абортів лікар акушер-гінеколог повинен підтвердити наявність вагітності і визначити термін гестації.

2) Діагностика небажаної вагітності проводиться на підставі анамнезу, клінічних ознак, даних загального фізикального і гінекологічного обстеження.

3) Лабораторні обстеження: оцінка мікробіоценозу піхви (мазок на флору, визначення групи крові та резус-фактора у першовагітній).

Бажані:

4) Загальний аналіз крові.

5) Кров на сифіліс (РМП, РПГА, ІФА).

6) Аналіз крові на ВІЛ (за добровільною згодою після дотестового консультування).

7) За наявності екстрагенітальної патології обстеження жінок проводиться згідно із чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

8) У разі підозри на ектопічну вагітність обстеження пацієнток проводиться згідно із чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

9) У разі клінічної необхідності рекомендовано провести УЗД.

Розділ III. Медикаментозне переривання вагітності

1. Положення Стандарту медичної допомоги

Медикаментозний аборт — безпечний та ефективний метод переривання вагітності за допомогою лікарських засобів антипрогестагенної дії (міфепристон) та простагландинів (мізопропростол). Проведення медикаментозного абортів у терміні вагітності до 12 тижнів є оптимальним і може виконуватись в умовах денного стаціонару/стаціонару, вдома або за допомогою телекомунікаційних послуг.

2. Обґрунтування

При медикаментозному аборті задля штучного абортів (як при життєздатній, так і при нежиттєздатній вагітності) на ранніх термінах гестації застосовуються схеми з одноразовими дозами або комбіновані схеми лікарських засобів для прийому у певній послідовності, у певних дозуваннях та через певні шляхи введення.

Медикаментозне переривання вагітності включає в себе надання інформації щодо процедури; встановлення вірогідної причини настання небажаної вагітності; проведення консультування щодо сучасних методів контрацепції з урахуванням особливостей післяабортного періоду.

Особливість процедури медикаментозного абортів дає жінці можливість самостійно виконати процес поза межами медичного закладу (наприклад, вдома), з підтримкою, у разі потреби, та контролем медичного працівника. Такі підходи до самооцінки і самопомоги дозволені у терміні <12 тижнів вагітності.

Ефективність медикаментозного абортів залежить від якісного консультування та чіткого взаєморозуміння між лікарем та пацієнткою протягом усієї процедури.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Проведення процедури медикаментозного переривання небажаної вагітності здійснюється після обов'язкового підписання пацієнткою або її законними представниками інформованої добровільної згоди вагітної жінки на проведення операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності відповідно до нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України.

2) Проведення процедури медикаментозного переривання небажаної вагітності можливе лише до терміну <12 тижнів (як при життєздатній, так і при нежиттєздатній вагітності).

3) Підтвердження відсутності протипоказань до проведення процедури медикаментозного переривання вагітності.

4) Для переривання вагітності рекомендовано застосування схеми послідовного використання міфепристону та мізопропростолу, зазначеної у додатку 2 до цього Стандарту.

5) Запропонувати препарати для знеболення: НПЗЗ.

6) За наявності показань із метою підтвердження факту завершення абортів рекомендовано провести огляд пацієнтки та УЗД через 10-14 днів.

7) За відсутності ефекту (продовження вагітності, неповний аборт) рекомендовано хірургічне втручання (вакуумна аспірація).

8) Після переривання першої вагітності до 12 тижнів гестації жінкам із резус-негативним типом крові імунізація антирезусним імуноглобуліном не рекомендована.

Бажані:

9) Застосування телемедицини у режимі надання медичних послуг, за якого постачальники послуг та одержувачі або постачальники послуг та консультанти розділені відстанню. Така взаємодія може відбуватися в режимі реального часу (синхронізовано), наприклад телефоном або за допомогою відеоконференції; взаємодія може відбуватися асинхронно (збереження повідомлення та пересилання), коли сторона, що запитує, отримує відповідь на свій запит пізніше, наприклад електронною поштою або у вигляді текстового/відео/аудіоповідомлення.

10) Використання контрацепції бажано розпочинати відразу після точного встановлення факту переривання вагітності та евакуації плодового яйця. За умови відсутності ускладнень можливе застосування всіх методів контрацепції.

Розділ IV. Хірургічне переривання вагітності

1. Положення Стандарту медичної допомоги

Метод ВА (МВА та ЕВА) є одним із безпечних хірургічних методів штучного переривання вагітності у терміні до 12 тижнів.

Методиці МВА слід віддавати перевагу, оскільки за рахунок використання шприца-аспіратора та гнучких пластикових канюль зменшується ризик перфорації стінки матки та ушкодження базального шару ендометрія.

Переваги місцевої анестезії перед внутрішньовенним наркозом полягають у зменшенні часу відновлення функцій організму, а постійне перебування жінки у свідомому стані дозволяє медичному фахівцю попередити виникнення можливих ускладнень.

Загальна анестезія не рекомендована як рутинний метод, оскільки пов'язана з високими ризиками побічних ефектів порівняно з іншими методами знеболення.

2. Обґрунтування

Хірургічне переривання вагітності включає надання повної інформації щодо процедури та методів знеболення; оцінку терміну вагітності, дилатацію шийки матки (за необхідності), проведення процедури та оцінку повноти абортів; консультування щодо сучасних методів контрацепції з урахуванням особливостей післяабортного періоду.

Підготовка шийки матки, як і хірургічне переривання вагітності, є безперервним процесом, який здійснює підготовлений медичний працівник (лікар-фахівець), що несе відповідальність за проведення та завершення даної процедури. ВА з міркувань безпеки пацієнтів рекомендовано проводити підготовленими фахівцями — лікарями акушерами-гінекологами.

Потреба в анестезії зростає зі збільшенням терміну вагітності. Ступінь болю варіюється залежно від віку, кількості вагітностей, попередніх вагінальних пологів, дисменореї в анамнезі та рівня тривоги/страху у жінки, яка перериває вагітність, а менша тривалість процедури пов'язана з меншим болем. Знеболювальні лікарські засоби завжди мають бути в наявності, їх слід вводити заздалегідь, передбачаючи початок болю, або надавати жінці на випадок, якщо вони знадобляться їй пізніше вдома.

У випадку вибору тактики ведення неповного абортів рішення має прийматись з урахуванням клінічного стану жінки та переваг у лікуванні. Вичікувальне ведення неповного абортів може бути так само ефективним, як і застосування мізопропростолу; його можна запропонувати як вибір за умови, якщо пацієнтка поінформована про більш тривалий процес експульсії ембріональних тканин та підвищений ризик неповного спорожнення матки.

Наявність інфекції в нижніх статевих шляхах при хірургічному перериванні вагітності є фактором ризику розвитку інфекцій статевих шляхів після переривання вагітності. Метою введення антибіотиків під час переривання вагітності (профілактики) є запобігання подібним ускладненням хірургічного переривання вагітності. При хірургічному перериванні вагітності, незалежно від ризику запальних захворювань малого таза у жінки, рекомендована періопераційна антибіотикопрофілактика, принципи якої наведені в додатку 3 до цих Стандартів. Проте відсутність антибіотиків не повинна бути обмеженням доступу до послуги переривання вагітності.

Після неускладненого хірургічного переривання вагітності немає необхідності в наступних рутинних відвідуваннях. Пацієнтку необхідно адекватно поінформувати про симптоми вагітності, що триває (що може бути або може не бути ознакою невдалого переривання вагітності), та про інші медичні причини для повторного відвідування медичного працівника, такі як тривала рясна кровотеча, повна відсутність кровотеч при хірургічному перериванні вагітності, біль, який не зменшується із прийомом знеболювальних лікарських засобів, або лихоманка.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Проведення процедури медикаментозного переривання небажаної вагітності здійснюється після обов'язкового підписання пацієнткою або її законними представниками добровільної інформованої згоди вагітної жінки на проведення операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності відповідно до нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України.

2) Проведення процедури хірургічного переривання небажаної вагітності можливе лише до терміну <12 тижнів (як при життєздатній, так і при нежиттєздатній вагітності) і виконується згідно із чинним законодавством за поінформованим бажанням та згодою жінки.

3) Підтвердження відсутності протипоказань до проведення процедури хірургічного переривання вагітності.

4) Метод хірургічного переривання вагітності включає такі компоненти: переабортне консультування щодо особливостей перебігу процедури та знеболення, визначення доцільності призначення антибіотикопрофілактики, підготовка шийки матки (за необхідності), виконання процедури відповідно до методики та обраного методу знеболення, візуальне дослідження видалених тканин, післяабортне консультування. Детальніше процедура хірургічного переривання вагітності описана у додатку 4 до цього Стандарту.

5) Виконання процедури хірургічного аборту необхідно здійснювати з використанням відповідно обраного методу знеболення. Основні принципи знеболення під час процедури переривання вагітності наведено у додатку 5 до цього Стандарту.

6) Динамічний нагляд медичного персоналу за пацієнткою — не менше 2 год після процедури.

7) Після хірургічного переривання вагітності до 12 тижнів гестації жінкам із резус-негативним типом крові імунізація антирезусним імуноглобуліном не рекомендована.

8) Не проводити рутинний кюретаж стінок порожнини матки.

Бажані:

9) Застосування телемедицини у режимі надання медичних послуг, за якого постачальники послуг та одержувачі або постачальники послуг та консультанти розділені відстанню. Така взаємодія може відбуватися в режимі реального часу (синхронізовано), наприклад телефоном або за допомогою відеоконференції; взаємодія може відбуватися асинхронно (збереження повідомлення та пересилання), коли сторона, що запитує, отримує відповідь на свій запит пізніше, наприклад електронною поштою або у вигляді текстового/відео/аудіоповідомлення.

10) Використання контрацепції бажано розпочинати відразу після точного встановлення факту переривання вагітності та евакуації плодового яйця. За умови відсутності ускладнень можливе застосування всіх методів контрацепції.

Розділ V. Профілактика небажаної вагітності після медичного аборту

1. Положення Стандарту медичної допомоги

Одразу після хірургічного або медикаментозного аборту може бути розпочато використання всіх методів контрацепції, включаючи ВМК і гормональні контрацептиви.

2. Обґрунтування

Надання послуг із планування сім'ї для жінки необхідно розпочати одразу після медичного аборту, оскільки здатність до зачаття відновлюється дуже швидко — протягом 2 тижнів після штучного або самовільного аборту, проведеного у I триместрі вагітності, та впродовж 4 тижнів після аборту, що мав місце у II триместрі вагітності. Інволюція матки при цьому відбувається швидко, і навіть бар'єрні методи, такі як шийковий ковпачок або діафрагма, можуть активно використовуватися жінками після аборту, проведеного у I триместрі вагітності. Хірургічна стерилізація може бути проведена безпосередньо після аборту, проте жінка повинна ретельно обдумати своє рішення з урахуванням незворотності методу та ризику можливих ускладнень. До відновлення менструального циклу після аборту необхідно обов'язково використовувати бар'єрні методи або утримуватися від статевих контактів.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Під час консультування жінок до процедури переривання вагітності необхідно надати інформацію щодо методів планування сім'ї, які можна використовувати після операції/процедури медичного аборту.

2) Консультування після аборту слід проводити, коли жінка зможе адекватно сприймати інформацію.

3) Жінка повинна отримати доступну й достовірну інформацію, яка дозволить їй вибрати оптимальний для неї метод контрацепції.

4) Жінка повинна бути поінформована про методи невідкладної контрацепції.

5) Якщо жінка зробила аборт на підставі контрацептивної невдачі методу, який вона застосовувала, слід обговорити з нею питання щодо правильності його використання, розглянути причину контрацептивної невдачі для запобігання негативному ставленню до методів контрацепції або рекомендувати перейти на інший метод контрацепції.

6) Жінка повинна бути поінформована щодо профілактики ІПСШ, включаючи ВІЛ, та можливості застосування методу подвійного захисту (бар'єрна та гормональна контрацепція одночасно).

Бажані:

7) Надати інформацію щодо кожного із сучасних методів контрацепції: механізм дії обраного методу; правила використання; ефективність методу; переваги і недоліки методу; неконтрацептивні властивості методу; зворотність методу; можливі побічні ефекти та небажані явища.

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги:

1. Наявність у закладах охорони здоров'я клінічного маршруту пацієнта (КМП) із МА.

2. Співвідношення медикаментозного переривання вагітності та МВА+ЕВА до дилатації та евакуації/кюретажу.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта із МА.

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандартів медичної допомоги

«Медичний аборт (I триместр вагітності)».

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 у 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 первинну медичну допомогу; лікарями акушерами-гінекологами ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів із 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, які надають первинну медичну допомогу, та 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, які надають первинну медичну допомогу, та лікарів акушерів-гінекологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), зареєстрованих у районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про лікарів, які надають первинну медичну допомогу, та лікарів акушерів-гінекологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, та

лікарів акушерів-гінекологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП із МА (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, поданий лікарями, які надають первинну медичну допомогу, та лікарями акушерами-гінекологами (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Співвідношення медикаментозного переривання вагітності та МВА+ЕВА до дилатації та евакуації/кюретажу.

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

Індикатор ґрунтується на положеннях стандартів медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)».

Даний індикатор характеризує якість і безпеку надання медичної допомоги пацієнткам, яким переривають вагітність.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік — 70%;

2024 рік та подальший період — 80%.

Інструкція з обчислення індикатора

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

Дані подаються лікарями акушерами-гінекологами (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів із 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, яким проведено медикаментозний аборт і аборт методом МВА та ЕВА протягом календарного року.

Джерелом інформації є: форма № 003-1/о та форма № 003/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість жінок, яким проведено переривання вагітності методом дилатації та евакуації (кюретажу) протягом 12 місяців.

Джерелом інформації є: форма № 003-1/о та форма № 003/о. Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці Стандарту медичної допомоги

- Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Медичний аборт», 2023 року.
- Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 року № 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України».
- 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 у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
- 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 у Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
- 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 у Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522.
- 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 у Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360.
- 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 у Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 3 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 у Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1318/36940.
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України 18 травня 2022 року № 823 «Про затвердження стандарту медичної допомоги «Рациональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою».
- 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».

Продовження на стор. 12.

Стандарт медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)»

Продовження. Початок на стор. 9.

Додаток 1 до Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)» (пункт 1 розділу I)

Пам'ятка для пацієнтки

Згідно із законодавством в Україні штучне переривання небажаної вагітності за бажанням жінки може здійснюватися у терміні до 12 тижнів.

Для виконання процедури (операції) штучного переривання небажаної вагітності ви можете звернутися до будь-якого акредитованого закладу охорони здоров'я, незалежно від форми власності та підпорядкування, із максимальним збереженням конфіденційності.

Ви можете обрати лікаря, який буде виконувати процедуру (операцію).

Ви можете обрати метод штучного переривання небажаної вагітності та прийняти рішення після одержання повної, достовірної та чіткої інформації щодо особливостей кожної з них. Найбезпечнішими методами є медикаментозний (прийом таблеток) та вакуумна аспірація (ручна та електрична). Використання методу розширення шийки матки та вишкрібання (дилатація та кюретаж) допустимі лише за відсутності можливостей проведення переривання медикаментозними засобами або методами вакуум-аспірації у терміні вагітності 12 повних тижнів.

Ви маєте пройти обстеження, запропоноване лікарем. Прийти на процедуру (операцію) переривання небажаної вагітності до медичного закладу необхідно у зазначений час.

Ви маєте право вибору методики знеболення та прийняття рішення після отримання повної, достовірної та чіткої інформації щодо анестезії або внутрішньовенного наркозу, ризиків та можливих ускладнень, пов'язаних зі знеболенням. За відсутності протипоказань можна вибрати місцеву анестезію, комбінацію місцевої анестезії зі знеболювальними препаратами, різновиди внутрішньовенного наркозу. Вибір процедури (операції) штучного переривання небажаної вагітності та методу знеболення необхідно підтвердити письмово у формі інформованої згоди.

Лікар має поінформувати вас про ризики виникнення ускладнень під час та після процедури (операції) переривання небажаної вагітності й у разі яких ознак необхідно негайно звернутися по медичну допомогу. Уточніть у лікаря, до якого медичного закладу слід звернутися (адреса, контактні телефони).

У разі появи ознак, які перераховані нижче, необхідно терміново звернутись по медичну допомогу:

- Кровотеча (промокання двох або більше великих прокладок за годину, що не припиняється протягом 2 год, виділення згустків крові).
- Взагалі відсутність кров'яних виділень.
- Підвищення температури тіла, лихоманка.
- Вагінальні виділення з неприємним запахом.
- Різкий, тривалий біль у животі, який посилюється.

У зв'язку з процедурою (операцією) штучного переривання небажаної вагітності жінка може отримати на 3 дні (з урахуванням дня операції) листок непрацездатності. У разі виникнення ускладнень під час операції або в післяабортному періоді листок непрацездатності видається на весь період тимчасової непрацездатності.

Після процедури (операції) штучного переривання небажаної вагітності слід утримуватися від статевих контактів до повної зупинки менструальноподібної кровотечі (приблизно 3-5 днів).

Рекомендовано через 10-14 днів після процедури (операції) штучного переривання вагітності відвідати лікаря з метою консультації та планового огляду.

Фертильність (спроможність до зачаття) може відновитися протягом 2 тижнів після процедури (операції), але в більшості жінок овуляція відбувається протягом 6 тижнів. Ви можете завагітніти знову ще до появи наступної менструації. 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 небажаної вагітності, використання будь-якого методу контрацепції можна починати відразу ж після процедури (операції).

Першу таблетку КОК (таблетки, які містять низькі дози жіночих гормонів) можна прийняти в день проведення процедури (операції) або протягом 5 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 (ВМК – невеликий девайс, що вводиться всередину матки та перешкоджає заплідненню) лікар може ввести відразу після процедури (операції) або протягом 7 днів (для ВМК зі спеціальним гормоном) та 12 днів (для ВМК, що містить мідь) за умови відсутності симптомів інфекції.

Презерватив може використовуватися із 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 небажаної вагітності (до 3 місяців). Тому необхідно обов'язково використовувати презерватив або утримуватися від статевих стосунків.

Хірургічна стерилізація може бути проведена безпосередньо після процедури (операції) штучного переривання небажаної вагітності, проте ви повинні ретельно обдумати своє рішення з урахуванням незворотності методу. Якщо ви не обрали постійний метод контрацепції одразу, можна тимчасово використовувати презерватив і звернутися за додатковою консультацією до лікаря.

Додаток 2 до Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)» (підпункт 4 пункту 3 розділу III) Медикаментозне ведення штучного переривання вагітності у терміні <12 тижнів

Медикаментозне переривання вагітності – це не окрема процедура, а процес, який відбувається протягом кількох днів. Жінка отримує інформацію (включаючи пояснення причин, через які вона терміново повинна звернутися по медичну допомогу на будь-якому етапі процесу).

Методика процесу медикаментозного аборту дає жінці можливість самостійно виконати процедуру поза межами медичного закладу (наприклад, вдома), з підтримкою у разі потреби. Такі підходи до самооцінки і самодопомоги можуть розширити можливість жінок та сприяти розподілу потоків допомоги, що приводить до більш оптимального розподілу ресурсів сектора охорони здоров'я з урахуванням потреб жінок. На сучасному етапі розвитку

медицини можливе використання послуг телемедицини при проведенні процедури медикаментозного аборт. Це дозволить значно покращити доступність та своєчасність допомоги жінкам.

Рекомендовано спочатку застосовувати міфепристон у дозі 200 мг перорально, потім, через 24-48 год, застосовується мізопростол у дозі 800 мкг (4 таблетки по 200 мкг). Мінімальний рекомендований інтервал між прийомом міфепристону і мізопростолу має становити не менше 24 год.

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

- трансбукальний – таблетки поміщаються між щокою та яснами і проковтуються через 20-30 хв;

- сублінгвальний – таблетки поміщаються під язиком і проковтуються через 30 хв;
- вагінальний – таблетки поміщаються у піхву.

Найбільш ефективним визначено сублінгвальний шлях застосування.

При використанні тільки мізопростолу: мізопростол рекомендовано застосовувати в дозі 800 мкг (4 таблетки по 200 мкг) сублінгвально.

Знеболення під час МА. При проведенні МА в гестаційному терміні <12 тижнів рекомендовано застосування НПЗЗ (наприклад, ібупрофену). За його відсутності або неможливості використання для знеболення можливо використовувати ацетамінофен.

Додаток 3 до Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)» (пункт 2 розділу IV) Загальні принципи профілактики інфекційних ускладнень

Однією з важливих умов безпеки та зменшення кількості ускладнень при наданні комплексної медичної допомоги при небажаній вагітності є антибіотикопрофілактика, за необхідності – антибіотикотерапія та впровадження комплексу універсальних заходів профілактики інфекцій. Універсальні заходи профілактики інфекцій – це стандарти з інфекційного контролю, якими необхідно керуватися під час штучного переривання вагітності хірургічними методами (МВА, ЕВА, дилатація та кюретаж) із метою запобігання поширенню інфекцій, що передаються через кров та біологічні рідини.

Роль антибіотиків актуальна при хірургічному аборті. Наявність інфекції в нижніх статевих шляхах при хірургічному перериванні вагітності є фактором ризику інфекцій статевих шляхів після переривання вагітності. Метою введення антибіотиків під час переривання вагітності (профілактики) є запобігання подібним ускладненням хірургічного переривання вагітності.

При хірургічному перериванні вагітності, незалежно від ризику запальних захворювань малого таза у жінки, рекомендована правильна перед- або періопераційна антибіотикопрофілактика.

Антибіотикопрофілактика полягає у створенні необхідних концентрацій антимікробного засобу в тканинах матки з моменту можливої мікробної контамінації й підтриманні цього рівня протягом операції та 3-4 год після неї (час генерації бактерій). Це досягається шляхом призначення до або під час операції антимікробних засобів, зокрема антибіотиків широкого спектра дії (пеніцилінового чи тетрациклінового ряду) або протимікробних та протипротозойних засобів, похідних 5-нітроїмідазолу (метронідазол). За рекомендаціями ВООЗ, антибіотикопрофілактику при штучному перериванні небажаної вагітності хірургічними методами (МВА, ЕВА, дилатація і кюретаж) слід проводити шляхом призначення доксицикліну в дозі 200 мг перорально за 1-3 год

до втручання або одноразового введення метронідазолу в дозі 100 мл внутрішньовенно (можливо під час проведення внутрішньовенного наркозу).

При медикаментозному перериванні вагітності: профілактичний прийом антибіотиків не рекомендований.

Антибіотикотерапія (тривалий курс застосування антимікробних засобів) після штучного переривання небажаної вагітності призначається у разі неефективності антибіотикопрофілактики або виникнення у пацієнтки ускладнень під час та після процедури (операції) переривання вагітності. Препарати, які використовують для антибіотикопрофілактики, для лікування не застосовують. Тривалість та дозу подальшого прийому антимікробних засобів визначають індивідуально. У разі наявності хронічної інфекції, призначаючи антибіотикотерапію, слід враховувати дані бактеріологічних досліджень.

Додаток 4 до Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)» (підпункт 5 пункту 3 розділу IV) Хірургічне переривання вагітності у терміні <12 тижнів

Метод вакуумної аспірації

Є одним із безпечних хірургічних методів штучного переривання вагітності у терміні до 12 тижнів. ВА впроваджується на заміну методу вишкрібання (кюретажу) стінок порожнини

матки, який є травматичним і небезпечним для здоров'я жінки.

Перевагою методу є низький відсоток ускладнень, зокрема: травматизму шийки та матки, кровотечі, інфекційних ускладнень.

ВА виключає необхідність проведення рутинного кюретажу стінок порожнини матки. При виконанні штучного переривання вагітності методом ВА проводиться обов'язково антибіотикопрофілактика. Видами ВА є мануальна (МВА) й електрична (ЕВА) вакуумна аспірація.

Протипоказання для проведення:

- відсутність достовірних даних про наявність вагітності;
- ектопічна вагітність або підозра на неї;
- гострі запальні захворювання органів малого тазу*;
- гострі запальні захворювання іншої локалізації*;
- гострі інфекційні захворювання*.

МВА передбачає використання портативного пластикового шприца-аспіратора об'ємом 60 мл (або шприца), з одним або двома клапанами, що створюють вакуум із тиском 55 мм рт. ст. до початку процедури. До шприца-аспіратора додаються пластикові канюлі різного діаметра, від 4 до 12 мм, одноразового або багаторазового використання за умови можливості їх промивання, високорівневої дезінфекції та стерилізації.

Відповідність розмірів матки та канюль для МВА

Розміри матки, тижні	Розміри канюль, мм
5-6	5-6
7-8	7
9-10	7-10
10-12	9-12

Шприц-аспіратор дає можливість обстежити видалені тканини після проведеної процедури та виключає необхідність додаткового втручання.

Методика МВА виключає необхідність проведення рутинного кюретажу. Після проведення операції штучного переривання вагітності методом ЕВА та МВА без ускладнень пацієнтка має перебувати під наглядом медичного персоналу щонайменше 2 год.

Переваги МВА:

- Атрауматичність методу, що зумовлено використанням шприца-аспіратора та гнучких пластикових канюль.
- Зменшення ризику перфорації стінки матки та ушкодження базального шару ендометрія.
- Зменшення ризику травматизації шийки матки, що призводить до розвитку цервікальної недостатності, оскільки розмір канюль підбирається залежно від ступеня відкриття цервікального каналу. При цьому у терміні вагітності до 7-8 тижнів відсутня необхідність розширення шийки матки розширювачами Гегара.
- Можливість візуалізації та контролю видалених тканин (плодове яйце, хоріальна тканина), оскільки видалені тканини збираються в індивідуальний резервуар.
- Зменшення ризику інфікування завдяки одноразовому використанню канюлі та безконтактній методиці проведення процедури (без необхідності виведення канюлі з порожнини матки до закінчення процедури).
- Зменшення витрат на придбання обладнання завдяки можливості багаторазового використання (шприц-аспіратор).

Методика проведення МВА:

Провести бімануальне обстеження для визначення розмірів матки та її позиції.

Підготувати шприц та канюлю відповідно до розміру матки. Бажано мати ще один шприц-аспіратор та декілька канюль для можливості заміни в разі необхідності (втрата здатності створювати вакуум та ін.).

Попросити пацієнтку розслабитись (якщо використовується місцеве знеболення), обережно ввести теплі стерильні дзеркала (Сімпса) та вивести шийку матки, яка має розташуватись між ложками дзеркал. Обробити шийку матки тампоном з антисептиком. Зафіксувати шийку матки кульовими щипцями у проекції 12 год та обережно підтягнути її.

У випадку обрання пацієнткою місцевого знеболення провести парацервікальну блокаду.

Обережно, без докладання сили, ввести канюлю в матку, у разі неможливості використовувати розширювачі Гегара для поступового розкриття шийки матки. Після введення канюлі в порожнину матки необхідно провести аспірацію тканин шприцом-аспіратором, виконуючи обережні рухи «назад-вперед» без застосування сили, щоб запобігти перфорації матки.

Важливо пам'ятати:

- Канюля під час процедури знаходиться у порожнині матки. Не потрібно проводити вишкрібання за допомогою канюлі, оскільки ендометрій відокремлюється самостійно під дією від'ємного тиску.
- Сильні скорочення матки та відчуття стиснення канюлі свідчать про спорожнення матки. У цей момент процес аспірації ускладнюється і в канюлі з'являються пухирці та червона піна. Відчувається шорсткість у порожнині матки, що свідчить про завершення процедури. Останній вміст аспірату складається із крапель чистої крові.
- Необхідно завершити аспірацію і лише після цього вивести канюлю з порожнини матки.
- Категорично заборонена «перевірка» порожнини матки за допомогою кюретки.
- Видалені тканини плодового яйця обов'язково необхідно дослідити з метою підтвердження повної аспірації або наявності ознак міхурцевого занеску.
- У разі підозри на міхурцевий занесок видалені тканини необхідно направити на гістологічне дослідження. За відсутності залишків плодового яйця слід переконатись у відсутності помилок при проведенні самої процедури, а також виключити подвоєння матки, перфорацію та ектопічну вагітність. Обов'язковим для МВА є візуальний огляд видалених тканин після кожної процедури.

Електрична вакуумна аспірація

Виконання методики ЕВА не відрізняється від виконання МВА, але передбачає використання електричного вакуумного насоса при від'ємному тиску до 0,8-1,0 атмосфер. Методика ЕВА виключає необхідність проведення рутинного кюретажу. Обов'язковим для ЕВА є дослідження видалених тканин після кожної процедури.

Операція розширення шийки матки (дилатація) та вишкрібання стінок порожнини матки (кюретаж)

Передбачає розширення шийки матки за допомогою механічних розширювачів Гегара або фармакологічних засобів із наступним використанням металевих кюреток для вишкрібання стінок порожнини матки.

Використання цього методу допустиме лише за відсутності можливості проведення переривання вагітності медикаментозними засобами або методом МВА чи ЕВА.

При виконанні штучного переривання небажаної вагітності методом дилатації та кюретажу обов'язково проводиться антибіотикопрофілактика.

Протипоказання до дилатації та кюретажу:

- ектопічна вагітність або підозра на неї;
- 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

Підготовка шийки матки перед перериванням вагітності методом дилатації та кюретажу проводиться в усіх випадках.

Пріоритетними групами є:

- жінки, що не народжували;
- жінки, які мали попередні операції або втручання на шийці матки;
- дівчатка-підлітки, які мають високий ризик травмування та кровотеч.

Підготовка шийки матки проводиться одним із наступних методів:

- вагінальне введення 400 мкг мізопростолю за 3-4 год до операції;
- пероральний прийом 400 мкг мізопростолю за 3-4 год до операції;
- пероральний прийом 200 мг міфепристону за 36 год до операції;
- введення ламінарії або іншого аналогічного гідрофільного розширювача шийки матки за 12-24 год до початку операції в умовах стаціонару.

Методика проведення операції дилатації та кюретажу

Попросити пацієнтку розслабитись (якщо вона у свідомості). Ввести у піхву теплі стерильні дзеркала (Сімпса) адекватного розміру. Розкрити ложки дзеркал для виведення та розташування шийки матки між ними. Тричі протерти шийку матки тампоном з антисептиком. Накласти кульові щипці на шийку матки в позиції на 12 год.

У випадку обрання пацієнткою місцевого знеболення провести парацервікальну блокаду.

Провести зондування порожнини матки: обережно ввести зігнутий матковий зонд для визначення довжини та кута згину. Зонд вводиться до появи почуття опору, при цьому слід враховувати термін вагітності та положення матки.

Розширення шийки матки: обережно розпочати розширення з найменшого розміру розширювача Гегара та обережно ввести його у цервікальний канал. Поступово вводити розширювачі більших розмірів доти, доки зовнішнє вічко цервікального каналу буде відповідати діаметру кюретки, яка використовується. Як правило, розміри розширювачів відповідають терміну вагітності у тижнях.

Обережно провести вишкрібання внутрішньої поверхні матки рухами «всередину та назад» з урахуванням довжини матки за зондом. Вишкрібання не має бути надмірним, оскільки це сприяє виникненню синехій та інших ускладнень.

Впевнитись у відсутності кровотечі з матки та шийки матки у місці накладання щипців (у разі кровотечі притиснути тампонами на декілька хвилин).

Після операції необхідно відразу дослідити залишки плодового яйця для відповідності терміну вагітності та виключення вірогідності ектопічної вагітності.

Після проведення операції штучного переривання вагітності методом дилатації та кюретажу без ускладнень пацієнтка має перебувати під наглядом медичного персоналу не менше 2 год.

* Переривання вагітності проводиться після лікування.

Додаток 5

до Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)» (підпункт 6 пункту 3 розділу IV)

Знеболення та анестезія під час хірургічного переривання вагітності

Розв'язання питань знеболення під час процедури (операції) штучного переривання вагітності та в післяабортному періоді є важливою частиною при наданні комплексної медичної допомоги при небажаний вагітності. При проведенні МА рекомендований прийом ненаркотичних анальгетиків, зокрема НПЗЗ. При перериванні вагітності хірургічними методами (МВА, ЕВА, дилатація та кюретаж) за відсутності протипоказань жінка може вибрати місцеву анестезію, комбінацію місцевої анестезії з анальгетиками або з атаралгією, різновиди внутрішньовенного наркозу. Переваги місцевої анестезії перед внутрішньовенним наркозом полягають у зменшенні часу відновлення функцій організму, а постійне перебування жінки у свідомому стані дозволяє медичному спеціалісту попередити виникнення можливих ускладнень.

Поширеною місцевою анестезією є парацервікальна блокада місцевим анальгетиком: прокаїном (0,5-1%), лідокаїном (0,5-1%)

та комбінованим препаратом артикаїн + епінефрин (1% розчин). Перед проведенням місцевої анестезії рекомендовано ретельно зібрати алергологічний анамнез.

Місцевий анальгетик вводиться під слизову оболонку по окружності шийки матки, зокрема в ділянці на 4 та 8 год (за годинниковою стрілкою), включаючи місце прикріплення кульових щипців.

Введення препарату слід проводити обережно (з обов'язковим періодичним відтягуванням поршня шприца на себе), щоб виключити вірогідність проникнення у судинне русло. Інтервал між введенням місцевого анальгетика та початком виконання операції має бути не менше 2 хв. Місцева анестезія можлива в поєднанні із застосуванням ненаркотичних анальгетиків за 4 год до початку операції, зокрема НПЗЗ, які мають достатню знеболювальну дію. Місцева анестезія можлива в поєднанні з атаралгією (стан

пригнічення свідомості та больової чутливості, що виникає у результаті поєднаної дії анальгетиків та транквілізаторів).

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

Загальна анестезія не рекомендована як рутинний метод при виконанні переривання вагітності у I триместрі, оскільки пов'язана з високим ризиком побічних ефектів порівняно з іншими методами знеболення.

З метою знеболення в післяабортному періоді рекомендовано застосування НПЗЗ (наприклад, ібупрофену, диклофенаку).