

Одобен  
Объединенной комиссией  
по качеству медицинских услуг  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан  
от «27» декабря 2017 года  
Протокол № 36

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОЦЕДУРЫ

### МЕДИЦИНСКИЙ АБОРТ

#### 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
О04	Медицинский аборт

1.2 Дата разработки протокола: 2013 года (пересмотрен в 2017 г).

1.1 Сокращения, используемые в протоколе:

ВИЧ	–	Вирус иммунодефицита человека
ВМС	–	Внутриматочная спираль
ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	–	врачи общей практики
КОК	–	Комбинированные оральные контрацептивы
МВА	–	метод вакуумной аспирации
ОМТ	–	Органы малого таза
ПМСП	–	первичная медико-санитарная помощь
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
ЭКГ	–	электрокардиограмма
RW	–	Реакция Вассермана

1.2 Пользователи протокола: акушеры-гинекологи, ВОП, руководители-менеджеры, средний медицинский персонал.

1.3 Категория пациентов: беременные женщины.

1.4 Медицинский аборт – прерывание беременности и изгнание продуктов зачатия из матки до сроков жизнеспособности плода с использованием



медикаментозных или хирургических методов и письменного информированного согласия женщины (или законного представителя).

### 1.5 Клиническая классификация

прерывание беременности по срокам:

- ранний (до 12 недель);
- поздний (с 12 до 21 недель 6 дней). В поздние сроки аборт противопоказан, если прерывание беременности в этот период более опасно для здоровья и жизни, чем продолжение беременности и роды.

медицинский аборт по методу проведения:

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

## 2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

2.1 Цель проведения процедуры/вмешательства:

- прерывание беременности.

2.2 Показания и противопоказания к процедуре/ вмешательству:

**Показания к процедуре/ вмешательству:**

- прерывание беременности по желанию до 12 недель, по медицинским и социальным показаниям до 22 недель.

**Противопоказания к процедуре/ вмешательству при медикаментозном аборте:**

- внематочная беременность или подозрение на нее;
- надпочечниковая недостаточность и/или длительная кортикостероидная терапия;
- заболевания крови (имеется риск кровотечений);
- геморрагические нарушения и терапия антикоагулянтами;
- почечная и печеночная недостаточность;
- миома матки больших размеров или с субмукозным расположением узла (имеется риск кровотечений);
- присутствие внутриматочных средств в полости матки (необходимо сначала удалить внутриматочное средство, после чего проводить медикаментозный аборт);
- острые воспалительные заболевания женских половых органов (возможно проведение лечения одновременно с медикаментозным абортом);
- аллергические реакции на мифепристон или мизопростол;
- курение более 20 сигарет в день у женщин старше 35 лет;
- с осторожностью препараты назначают при бронхиальной астме, тяжелой артериальной гипертензии, нарушениях ритма сердца и сердечной недостаточности.



### **Противопоказания при медицинском аборте:**

- воспалительные процессы половых органов;
- наличие гнойных очагов независимо от места их локализации;
- острые инфекционные заболевания;
- поздний срок беременности.

### **Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий**

Перечень основных диагностических мероприятий для медикаментозного аборта:

- клинический анализ крови (гемоглобин, гематокрит) при анемии;
- группа крови и резус-фактор. Это тестирование особенно важно для женщин с первой беременностью и резус-отрицательным фактором, которым должны быть введены против RhD иммуноглобулина в течение 48-72 часов;
- УЗИ ОМТ по показаниям для диагностики срока беременности и исключения внематочной беременности.

Перечень основных диагностических мероприятий для хирургического аборта до 12 недель:

- клинический анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, время свертывания);
- группа крови и резус-фактор;
- Кровь на RW;
- Кровь на ВИЧ;
- мазок на степень чистоты, хламидии;
- флюорография грудной клетки;
- УЗИ ОМТ по показаниям.

Перечень основных диагностических мероприятий для медицинского аборта до 22 недель:

- клинический анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, время свертывания);
- биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, креатинин, АЛат, АСаТ, мочевины, билирубин (общий, прямой));
- коагулограмма;
- Кровь на RW;
- Кровь на ВИЧ
- группа крови и резус-фактор;
- мазок на степень чистоты, хламидии;
- флюорография грудной клетки;
- ЭКГ ;
- УЗИ ОМТ.

The image shows several handwritten signatures and stamps. From left to right: a purple signature, a blue signature, a blue stamp with the word 'Анализ', a blue signature, and a blue stamp with a signature.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- осмотр терапевта (при наличии экстрагенитальных заболеваний);
- осмотр анестезиолога при необходимости обезболивания.

### 2.3 Требования к проведению процедуры/вмешательства:

**NB!** Медицинский аборт проводят в медицинском учреждении с информированного согласия женщины и обязательным оформлением соответствующей медицинской документации.

- При задержке менструации до 63 дней медикаментозное искусственное прерывание беременности проводится в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического уровня.
- При сроке свыше 63 дней до 22 недель беременности медикаментозное прерывание производится в медицинских организациях акушерско-гинекологического профиля, имеющих в своем составе операционный блок, круглосуточное отделение реанимации и интенсивной терапии и палаты круглосуточного пребывания для обеспечения постабортного наблюдения. [1].

### Схемы медикаментозного аборта до 10 недель (70 дней) беременности [2-8]:

Аменорея	Мифепристон	Мизопростол	Способ применения
Менструальный цикл ≤ 49 дней	200 мг	перорально	400 мкг.
		буккально	800 мкг.
		сублингвально	800 мкг.
		интравагинально	800 мкг.
Менструальный цикл ≤ 50-56 дней	200 мг	буккально	800 мкг.
		сублингвально	800 мкг.
		интравагинально	800 мкг.
Менструальный ≤ 57-70 дней	200 мг	буккально	800 мкг.
		сублингвально	800 мкг.
		интравагинально	800 мкг.

### Схемы медицинского прерывания от 10-й до 22-недельной беременности в стационаре [2-7].

Аменорея	Мифепристон	Мизопростол	Способ применения
71-84 дни	200 мг	Перорально	400 микрограмм, через 24-48 часов после приема мифепристона.

*Ирина - А. Иванов* *А.В.В.* *С. Мочалов*

			При отсутствии эффекта - мизопростол 400 мкг вагинально или сублингвально с 3-часовым интервалом до полного опорожнения матки
13-22 недели	200 мг	буккально сублингвально	800 микрограмм, через 24-48 часов после приема мифепристона. При отсутствии эффекта - мизопростол 400 мкг вагинально или сублингвально с 3-часовым интервалом до рождения плода и плаценты

### **Мини-аборт (вакуум-аспирация):**

- в I триместре до 6 недель беременности.

Используют шприц и канюли диаметром от 5 до 12 мм из гибкого пластика. Канюля большого диаметра и всасывающая трубка могут потребоваться для выполнения процедуры без использования щипцов для удаления крупных частей плода. Во время вакуум-аспирации матка должна быть опорожнена с помощью только всасывающей канюли и тупыми щипцами (если требуется). Процедура не должна завершаться рутинно кюретажем. После прерывания беременности проводят ультразвуковой контроль.

**NB!** Вакуум-аспирация до 7 недель беременности должна быть выполнена с соответствующей осторожностью для обеспечения полного аборта, в том числе спирационной ткани.

### **Расширение и эвакуация**

Хирургический аборт расширением и эвакуацией, с предшествующей подготовкой шейки, подходит для беременности свыше 14 недель. Непрерывное наблюдение с помощью УЗИ во время расширения и эвакуации рекомендуется

### **Подготовка шейки матки к хирургическому аборту**

До 14 недель беременности:

- мизопростол 400 мкг вагинально за 3 часа или сублингвально за 2-3 часа до операции;

После 14 недель беременности:

- осмотические расширители (ламинарии) обеспечивают превосходное расширение для медицинских методов, однако, мизопростол является приемлемой альтернативой до 18 недель беременности;
- использование препаратов, содержащих окситоцин или эргометрин, не рекомендуется из-за риска чрезмерного кровотечения во время вакуум-аспирации;
- мефипристон 200 мг за 48 часов до аборта.

*Ирина - С. Александров* *А.В.В.* *С. Мочалов*

## **Проведение МВА:**

### **Мероприятия по обеспечению стерильности:**

- «бесконтактная» техника, только те инструменты/части инструментов, которые будут вводиться в полость матки, должны оставаться стерильными, что позволяет использовать нестерильные перчатки и требует минимального использования стерильных материалов.

### **Подготовка к процедуре:**

- положение женщины: дорсальная литотомическая;
- накрыть пациентку стерильной простыней;
- очистить влагалище и шейку матки местным антисептиком;
- ввести 1 см<sup>3</sup> раствора для местной анестезии в шейку матки в точку, соответствующую 12 часам, до наложения пулевых щипцов. Наложить пулевые щипцы и затем провести цервикальную блокаду.

### **Расширение шейки матки:**

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

### **Способы расширения шейки матки:**

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

## **Проведение аспирации**

### **Подготовить шприц для МВА:**

- закрыть клапаны шприца;
- создать вакуум: удерживая корпус шприца в одной руке, оттянуть поршень шприца назад до тех пор, пока рукоятки поршня не закроются снаружи на конце корпуса шприца. Обе рукоятки поршня должны находиться в таком положении, чтобы поршень не мог сдвинуться в шприц;
- выбрать канюлю необходимого размера так, чтобы диаметр канюли в мм соответствовал сроку беременности в неделях;
- присоединить необходимый адаптер к шприцу;
- мягко ввести канюлю до дна матки, при этом цервикальный канал должен быть выпрямлен. Мягко оттянуть канюлю от дна матки;
- присоединить подготовленный шприц к канюле.

### **Провести аспирацию:**

- открыть клапаны шприца;
- осторожно и медленно вращать канюлю вперед и назад в полости матки, одновременно с этим вращая шприц;
- вынуть канюлю и прекратить аспирацию только когда шприц будет полным или в конце процедуры. Если произошла потеря вакуума или заполнился шприц,

The bottom of the page contains several handwritten signatures and stamps. From left to right: a signature in purple ink, a signature in blue ink, a blue rectangular stamp with illegible text, a signature in black ink, and a black rectangular stamp with illegible text.

опорожнить его, перезарядить и подсоединить к канюле. Открыть клапаны и снова начать аспирацию;

- не брать за рукоятки поршня, когда шприц подсоединен к канюле, находящейся в матке (это может привести к попаданию воздуха или удаленных тканей обратно в матку);
- повторить цикл аспирации до тех пор, пока в канюле не появится красная или розовая пена и не перестанут просматриваться какие-либо ткани, матка сократится вокруг канюли и раздастся специфический звук, свидетельствующий о том, что процедура завершена.

**NB!** Важно, чтобы отверстия канюли не сместились от входа в цервикальный канал, так как это может привести к потере вакуума.

#### **Завершение процедуры:**

- удалить канюлю;
- отсоединить фиксатор шейки матки, обследовать на предмет необычного кровотечения из канала шейки матки или места наложения пулевых щипцов;
- удалить зеркало, осторожно вытереть кровь или другие жидкости с вульвы;
- помочь пациентке поменять положение из дорсальной литотомии в положение лежа на спине.

#### **Исследование удаленных тканей:**

- общая оценка удаленных тканей должна быть произведена, пока пациентка находится в операционной, если потребуются УЗИ или повторная аспирация;
- опорожнить шприц в фильтр/сито;
- промыть фильтр холодной водой и переместить его содержимое в прозрачную стеклянную емкость и добавить немного воды, чтобы аспират плавал;
- при возможности, осветить прозрачную стеклянную емкость снизу.

Аборт считается завершенным, если:

- плацента и оболочки уверенно идентифицируются;
- объем удаленных тканей соответствует сроку беременности;
- при сроке беременности менее 9 недель определяются ткани плода;
- при сроке беременности более 9 недель обнаруживаются все части плода.

**NB!** Если процедура не завершена, провести повторную аспирацию матки до ухода пациентки.

#### **Хирургический аборт:**

- Удаление плодного яйца в сроке 6–12 недель.

Производят путем выскабливания стенок полости матки (дилатация шейки матки и кюретаж) в условиях гинекологического стационара с круглосуточным анестезиологической и хирургической помощи в полном объеме.

#### **Подготовка к операции:**

В день операции утром запрещают прием пищи и воды. Если аборт предполагают проводить под наркозом, женщину осматривает анестезиолог. Перед операцией необходимо опорожнить мочевой пузырь и кишечник. Для предупреждения



возможных осложнений в раннем послеоперационном периоде рекомендуется профилактически в/в введение цефазолина 2,0 гр за 15-30 минут до инвазивных вмешательств (после пробы). При его непереносимости или недоступности - ампициллин 2.0 гр внутривенно или другой цефалоспорин I поколения.

### **Методы обезбливания**

- внутривенный наркоз.

NB! Средняя кровопотеря при прерывании беременности при сроке 6–9 нед составляет около 150 мл.

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

NB! После искусственного прерывания беременности женщин с резусотрицательной кровью иммунизируют иммуноглобулином человека антирезус Rho (D) в первые 24 часа.

### **Техника проведения хирургического аборта:**

Медицинский аборт выполняют в операционной в положении женщины на гинекологическом кресле.

### **Последовательность действий при операции:**

- проводят двуручное влагалищно-абдоминальное исследование для определения величины матки, её положения в малом тазу и для исключения противопоказаний к операции.
- обрабатывают наружные половые органы, влагалище и шейку матки раствором антисептиком;
- вводят зеркала во влагалище;
- берут шейку матки пулевыми щипцами за переднюю губу. Переднее зеркало удаляют, заднее передают ассистенту, сидящему слева. Для выпрямления шеечного канала шейку подтягивают книзу и кзади (при положении матки в anteflexio) или кпереди (при положении матки в retroflexio).
- вводят в полость матки маточный зонд для уточнения положения матки и измерения длины её полости. Кривизна маточного зонда и глубина его введения определяют направление введения расширителей Гегара до № 11–12.
- вводят расширители Гегара последовательно несколько дальше внутреннего зева. Введение расширителей способствует растяжению мышцы шейки матки. NB! Попытка фиксированного введения расширителей может привести к разрывам и перфорации шейки и тела матки.
- каждый расширитель удерживают тремя пальцами с тем, чтобы с большой осторожностью пройти внутренний зев и прекратить движение расширителя сразу же после преодоления сопротивления зева. Если возникает трудность при введении расширителя последующего номера, возвращаются к предыдущему, захватывают пулевыми щипцами заднюю губу шейки матки и удерживают расширитель в шейке матки в течение некоторого времени.

The image shows several handwritten signatures and stamps. From left to right: a purple signature, a blue signature, a blue stamp with the word 'АВРАМ' (AVRAM), a blue signature, and a blue stamp with a signature.



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

### **Неудачный аборт и продолжающаяся беременность:**

Женщины должны быть проинформированы, что хирургические и медицинские методы прерывания беременности несут небольшой риск неудачного прерывания беременности (меньше 1 на 100), что потребует другой процедуры.

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.

**В послеоперационном периоде:** следить за температурой тела, частотой пульса, выделениями из половых органов, после выписки из стационара - наблюдение в женской консультации, пациенткам с высоким инфекционным риском - пери- или постоперационная антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений.

После аборта сразу же должна быть консультация врача по поводу подбора средств контрацепции. Рекомендуется оральные контрацептивы на 3 месяца, содержащие диеногест для профилактики эндометриоза после аборта. Если женщина выбрала метод контрацепции, который может быть предоставлен как часть процедуры аборта или во время процедуры (например, введение ВМС после завершения ручной вакуумной аспирации), следует обеспечить, чтобы это было сделано. ВМС могут быть введены во время абортов как в первом, так и во втором триместрах.

Необходимо рекомендовать приём душа, а не ванны, купания в бассейнах и открытых водоемах в течение первых 14 дней. Соблюдение полового покоя в течение 21 дня для профилактики возможного заноса инфекции в матку, которая после аборта представляет собой раневую поверхность. Половую жизнь следует рекомендовать после первой менструации после аборта.

Необходимо срочно обратиться к гинекологу в случае подъёма. При повышении температуры, появлении болей над лоном или в нижних отделах живота, кровянистых выделений из половых путей или если менструация пришла раньше или не пришла в ожидаемый срок необходимо рекомендовать срочно обратиться к врачу.

Ирина —    

## 2.4 Индикаторы эффективности процедуры:

- отсутствие повышения температуры тела;
- отсутствие остатков плодного яйца и признаков эндометрита.

## 3. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

### 3.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Иманкулова Балкенже Жаркемовна – кандидат медицинских наук, врач акушер - гинеколог высшей категории отделения женских болезней, Корпоративный фонд “University Medical Center ” Национальный научный центр материнства и детства.
- 2) Исаков Серик Саятович – кандидат медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии постдипломного образования АО «Медицинский университет Астана».
- 3) Сармулдаева Чапен Акановна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по аудиту ГКП на ПХВ «Центр перинатологии и детской кардиохирургии», г. Алматы.
- 4) Коркан Ануар Иванович – профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом неонатологии РГП на ПХВ «Казахский медицинский университет непрерывного образования».
- 5) Манабаева Гульшат Кабдрахмановна – кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет» г. Семей
- 6) Калиева Шолпан Сабатаевна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой клинической фармакологии и доказательной медицины РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет».

### 3.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

**3.3 Рецензент:** Кудайбергенов Талгат Капаевич – заместитель директора по науке «Институт репродуктивной медицины» г. Алматы. доктор медицинских наук, профессор.

**3.4 Указание условий пересмотра протокола:** Пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

### 3.5 Список использованной литературы:

- 1) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности» от 30 октября 2009 года № 626. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 20 ноября 2009 года № 5864.
- 2) National Abortion Federation Clinical Policy Guidelines can be accessed at [www.prochoice.org](http://www.prochoice.org). 2016.



- 3) National Abortion Federation Clinical Policy Guidelines can be accessed at [www.prochoice.org](http://www.prochoice.org). 2017.
- 4) Dina Abbas, Erica Chong, Elizabeth G. Raymond. Health Projects. Outpatient medical abortion is safe and effective through 70 days gestation, USA June 2015.
- 5) Elizabeth G, Raymonda, Caitlin Shannonb, Mark A., Weaver C., Beverly Winikoff // First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review a a Gynuity Health Projects, Contraception 87 (2013) 26–37, 2012.
- 6) Clinical standart on organization and delivery of medical aid in medical abortion (for obsterticians gynecologists) Yerevan, 2015. 67p
- 7) Medical Management of First-Trimester Abortion. Practice Bulletin. Number 143, march 2014
- 8) Medical Management of - Second Trimester Abortion. Practice Bulletin.m Number 135, JuNe 2013 ReaffiRmed 2015
- 9) Ingrida Platais, Tamar Tsereteli, Galina Grebennikova, Tatyana Lotarevich Beverly Winikoff // Prospective study of home use of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 weeks of pregnancy in Kazakhstan, International Journal of Gynecology & Obstetrics, Volume 134, Issue 3, pages 268–271, September 2016.
- 10) Best practice in comprehensive abortion care 2015 The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best Practice Paper No. 2. June 2015.
- 11) Best practice in comprehensive abortion care 2016 The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Best Practice Paper No. 3. March 2016.
- 12) Клиническое Руководство номер 7, основанное на доказательстве «Медицинская помощь женщинам желающим сделать искусственный аборт» ноябрь 2011 года, под руководством проф. Анна Гласиер, члена совета ККАГ университеты Лондона и Эдинбурга, номинант ККАГ (Королевский колледж акушеров и гинекологов).
- 13) Клиническое руководство по ведению женщин при искусственном прерывании беременности (краткая версия), утвержденное на заседании Экспертного Совета МЗ РК (протокол № 21 от 14 декабря 2012г.).
- 14) Cochrane Database Syst Rev. 2012 Mar 14;(3):CD005217. doi: 1002/14651858.CD005217.pub2.Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. Low N(1), Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N.
- 15) Clinical practice handbook for safe abortion. 1.Abortion, Induced – methods. 2.Abortion, Induced – standards. 3.Practice guideline. I.World Health 2014.







## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОЦЕДУРУ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Вы совершенно самостоятельно приняли решение прервать данную беременность.
2. При любом варианте Вашего решения мы будем обсуждать все возможные пути решения Вашей проблемы.
3. Вся информация, которую Вы нам предоставите, будет строго конфиденциальна.
4. Перед проведением медицинского аборта Вы получите информацию обо всех существующих рисках данной процедуры, после чего самостоятельно примите решение - проводить процедуру или нет.
5. При поступлении в клинику Вам дадут точную информацию о состоянии Вашего здоровья и беременности, о способах ее прерывания:
  1. медикаментозный
  2. метод МВА (шприцевой)
  3. метод кюретажа
  - Медикаментозный аборт проводится путем приема препаратов мифепристон и мизопростол.
  - Метод МВА предусматривает наиболее мягкое атравматичное расширение цервикального канала мягкой канюлей. После чего, путем создания вакуума в полости матки, плодное яйцо будет удалено шприцем. Процедура наименее атравматична из всех известных методов удаления плодного яйца, достаточно безболезненная.
  - Метод кюретажа осуществляется с помощью металлической кюретки и расширителей шейки матки.
6. Методы обезболивания:
  - Внутривенный наркоз (общий наркоз)
  - Местная инфильтративная анестезия, которая предусматривает хорошее обезболивание и Вы будете чувствовать себя комфортно. Неприятные ощущения, которые Вы будете чувствовать в течение процедуры длятся не более 2-3 минут.
  - Во время процедуры Вам будут сообщать обо всех манипуляциях и возможных осложнениях.
  - Через два часа после процедуры Вы сможете идти домой, если будете чувствовать себя хорошо.
  - В течение восстановительного периода возможны тянущие незначительные боли внизу живота, незначительные кровянистые выделения до 21 дня.
7. Овуляция может наступить через 11 дней после аборта, поэтому Вам необходимо предохраняться от нежелательной беременности.

### **Возможные осложнения**

При проведении данной процедуры очень редки операционные и послеоперационные осложнения, но они возможны:

- существует риск перфорации матки;



- Риск развития урогенитальной инфекции (он повышается при наличии у Вас мазка с любыми признаками кольпита, который может сопровождаться болями внизу живота, повышением температуры тела и обильными гнойными выделениями);
- риск скопления крови( гематометра) в полости матки, что потребует повтора процедуры аспирации или выскабливания.

**Вы должны немедленно обратиться к врачу при:**

- повышение температуры тела более 37,2С;
- сильных болях внизу живота;
- наличии обильных выделений кровянистого или другого характера с неприятным запахом;
- при наличии любых выделений из половых путей, которые Вы считаете темнее, чем обычно.

Вам были предоставлены устная и письменная информация о всех видах существующей контрацепции.

**Прочитайте еще раз внимательно данный документ и подпишите его.**

Ирина —    