

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**  
на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № 10. від 10 січня 2017 року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ  
З ЛІКАРЯМИ КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО  
УДОСКОНАЛЕННЯ  
«Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	<b>«Проведення мануальної вакуум-аспірації в умовах ЖК»</b>  (код курсу 13.2)
Курс	ТУ «Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

### **I. Мета заняття**

Впровадження концепції безпечного аборт є пріоритетною у всьому світі, що суттєво впливає на зниження рівня материнської смертності та ускладнень. Використання нових науково обґрунтованих технологій переривання небажаної вагітності, до- та після-абортне консультування, профілактика інфекційних ускладнень дають можливість забезпечити жінку і зберегти її репродуктивне здоров'я. Згідно з ключовими міжнародними документами та положеннями аборт не є методом планування сім'ї, але в разі прийняття жінкою рішення щодо переривання вагітності у термін, дозволений законодавством, послуги мають бути надані з використанням безпечних методик та дотриманням репродуктивних прав жінки.

### **II. Об'єм повторної інформації**

1. Анатомія жіночої статеві системи
2. Регуляція менструального циклу..
3. Методи визначення наявності вагітності і термінів.

### **III. Об'єм нової інформації**

1. Поняття терміну аборт
2. Консультування пацієнтів.
3. Показання для проведення вакуумної аспірації.
4. Протипоказання для проведення вакуумної аспірації.
5. Методика проведення вакуумної аспірації.

### **IV. План проведення заняття**

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

### **V. Умови для проведення заняття**

1. Учбова кімната.
2. Жіноча консультація.
3. Гінекологічне відділення

### **Методичні і ілюстративні матеріали**

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 31.12.2010 № 1177 "Про затвердження клінічного протоколу "Комплексна допомога під час небажаної вагітності"
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Компендиум.

### **VI. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними**

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної		+	
2.	Оцінити результати УЗД .		+	
3.	Визначити терміни проведення вакуумної аспірації		+	
4.	Вміти визначити чи відбувся аборт		+	

## **VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ**

Перевірка базових знань за темою ( опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

### ***Питання***

1. Поняття терміну аборт
2. Консультування пацієнтів.
3. Показання для проведення вакуумної аспірації.
4. Протипоказання для проведення вакуумної аспірації.
5. Методика проведення вакуумної аспірації.

### ***Завдання для самостійної роботи по темі заняття***

1. Зібрати і оцінити анамнез вагітної
2. Оцінити результати лабораторних досліджень.
3. Оцінити результати .
4. Визначити терміни проведення вакуумної аспірації.
5. Визначити чи відбувся аборт

### ***Ситуаційні задачі***

1. Жінка в 4 тижні вагітності скаржиться на спрагу, свербіння шкіри, порушення зору, поліурію. В анамнезі I тип цукрового діабету. В аналізі крові цукор 9 ммоль/л натщесерце, після навантаження глюкозою 12 ммоль/л. Огляд окуліста: проліферативна ретинопатія. Що необхідно запропонувати жінці?

2. В гінекологічне відділення поступила хвора зі скаргами на ниючий біль внизу живота, затримку менструації до 7 тиж. Об'єктивно: загальний стан задовільний, температура тіла 36,6°C, пульс 76 уд за 1 хв, ритмічний, АТ 120/80 мм рт.ст. При піхвовому дослідженні: шийка матки сформована, зовнішній зів закритий, тіло матки збільшене відповідно 7-8 тиж вагітності, в гіпертонусі, чутлива при пальпації. Діагноз, тактика?

3. Жінка 30 років звернулась к лікарю з сильною кровотечею з вагіни та біллю внизу живота. Остання мен-струація 8 тиж. тому. Вміст ХГТ у сироватці крові нижче нормативних показників для передбаченого строку вагітності. При УЗД в порожнині матки плідне яйце. Який діагноз є най вірогіднішим?

4. Першовагітна зі строком 21 тиждень, скаржиться на біль внизу живота, мажучі кров'яні виділення з полових шляхів. При огляді тонус матки підвищений, рухи плоду відчуває. Бімануально: Шийка матки сформована зовнішній зів закритий. Виділення сукровичні, скудні. Матка збільшена згідно строку вагітності. Який діагноз можна поставити жінці?

### **VIII Методичні матеріали до практичного заняття**

Штучне переривання вагітності у I триместрі (у терміні до 12 тижнів) здійснюється за поінформованим бажанням жінки (ст. 281 Цивільного кодексу України).

Штучне переривання вагітності у пацієнтки віком до 14 років або у недієздатної особи здійснюється за заявою її законних представників (ст. 284 Цивільного кодексу України).

Штучне переривання вагітності у пацієнтки, яка досягла 14 років, здійснюється за її згодою (ст. 284 Цивільного кодексу України).

У зв'язку з процедурою (операцією) штучного переривання вагітності на бажання жінки листок непрацездатності видається на 3 дні з урахуванням дня операції. У разі виникнення ускладнень під час процедури (операції) чи у післяабортному періоді листок непрацездатності видається на весь період тимчасової непрацездатності.

У випадках переривання вагітності з інших причин листок непрацездатності видається для госпіталізації жінки на весь період непрацездатності

Штучне переривання вагітності у II триместрі здійснюється відповідно до Переліку підстав, за наявності яких можливе штучне переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 №144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України»

#### **Принципи спілкування:**

Відношення до пацієнтки має бути доброзичливим, уважним, підтримуючим незалежно від репродуктивного вибору, віку, соціального та матеріального статусу.

Спілкування має базуватись на повазі до жінки та її репродуктивного вибору.

Недопустимим є засуджуюче та принижуюче гідність ставлення до пацієнтки.

Первинне консультування обов'язково проводиться при першому зверненні пацієнтки з приводу небажаної вагітності.

Необхідно враховувати вразливість незаможних дівчат-підлітків та ВІЛ-позитивних жінок. Слід пам'ятати, що для консультування дівчат-підлітків можливо залучення психолога.

#### **Передабортне консультування**

##### **Уточнення наступних питань:**

Чи планує жінка зберегти вагітність, віддати дитину на усиновлення чи зробити штучне переривання?

Чи отримає підтримку, якщо вирішить зберегти вагітність чи зробить штучне переривання?

Чи не примушують жінку до штучного переривання вагітності?

Чи знає вона юридичні (правові) аспекти штучного переривання вагітності та про необхідність підписати форму інформованої згоди?

Які причини підштовхнули її на штучне переривання вагітності, включаючи соціально-культурні та економічні обставини?

Уточнення цих причин не обов'язкове та проводиться лише в тому випадку, коли розмова йде в цьому напрямку.

Більшість жінок не хочуть відповідати на подібні запитання і їх думку потрібно враховувати.

##### **Алгоритм проведення бесіди:**

У процесі консультування важливо пояснити, наскільки безпечніше і ефективніше робити переривання вагітності при малому строку.

Усі жінки з позитивною реакцією на ВІЛ-інфекцію повинні бути поінформовані про небезпеку передачі інфекції новонародженим дітям і наявність профілактики вертикальної трансмісії та здатність народити здорову дитину для того, щоб у них була потреба прийняти інформоване рішення щодо збереження або переривання вагітності.

Слід пам'ятати, що дієздатна особа для звернення по медичну допомогу не потребує отримання згоди (дозволу) від будь-якої третьої сторони, зокрема від чоловіка або партнера.

Під час консультування необхідно надати інформацію щодо методів планування сім'ї, які жінка може використовувати після операції (процедури) переривання вагітності.

Необхідно враховувати, що згода жінки скористатися тим або іншим методом контрацепції в жодному разі не повинна бути попередньою умовою для виконання переривання вагітності на її прохання.

Після проведеного консультування для ухвалення інформованого рішення у жінки не повинно залишитись будь-яких сумнівів або запитань щодо отриманої інформації.

### **Консультування щодо методу переривання вагітності, знеболювання та антибіотикопрофілактики:**

Консультування щодо вибору методики переривання вагітності, знеболювання та антибіотикопрофілактики при застосуванні хірургічних методів проводиться лікарем акушером-гінекологом, який здійснює процедуру (операцію) переривання вагітності.

Під час консультування пацієнтці повинна бути надана наступна інформація з врахуванням строку вагітності та стану здоров'я, зокрема:

- всі доступні методики, позитивні і негативні сторони кожної з них;
  - види знеболювання;
  - тривалість процедури (операції);
  - технології виконання процедури (операції);
  - можливі ризики і ускладнення;
  - схеми антибіотикопрофілактики;
  - особливості перебігу післяабортного періоду;
  - відновлення менструальної функції;
  - можливості та строки наступної вагітності;
- строк наступного (контрольного) візиту до лікаря.

Жінкам, які звернулись з приводу переривання небажаної вагітності, повідомляють про можливість використання медикаментів та певних методик знеболювання під час процедури (операції) та в післяабортному періоді.

Пацієнтка має право вибору методики знеболювання та прийняття самостійного рішення після одержання повної, достовірної та чіткої інформації щодо методик місцевої анестезії або внутрішньовенного наркозу (в разі необхідності консультація лікаря-анестезіолога), ризиків та можливих ускладнень, пов'язаних із знеболюванням. Цей вибір підтверджується письмово в інформаційній згоді.

Важливо звернути увагу жінки на симптоми після процедури (операції), які вимагають звернення до лікаря, зокрема: значна кровотеча, підвищена температура тіла, біль внизу живота.

### **Післяабортне консультування:**

Післяабортне консультування слід проводити, коли жінка може адекватно сприймати інформацію. Час, коли жінка переживає сильний стрес і занепокоєння, коли проводиться медичне втручання або вона відчуває біль, не є ідеальним моментом для обговорення методів контрацепції.

Післяабортне консультування - це консультування жінки, пов'язане з штучним перериванням вагітності для надання інформації про фертильність і контрацепцію з метою запобігання наступній небажаній вагітності.

Головними моментами консультації є забезпечення психологічної підтримки жінки, уміння консультанта зацікавити пацієнтку та допомогти сприйняти інформацію щодо повторного візиту до спеціаліста з планування сім'ї, як необхідність.

Жінка повинна отримати точну і доступну інформацію, що дозволить їй вибрати найприйнятніший метод контрацепції з урахуванням індивідуальних потреб.

Під час консультування необхідно надати інформацію про засоби та методи, що існують, їх переваги та недоліки.

Медичний працівник повинен допомогти жінці обрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку та її партнера використовувати цей метод ефективно.

Необхідно звернути увагу на ключові моменти:

- Жінка може завагітніти знову, ще до появи чергової менструації. Фертильність може відновитися протягом 2 тижнів після аборт, в більшості жінок (75%) овуляція відбувається протягом 6 тижнів.
- З метою профілактики інфекції, жінці слід утримуватися від статевих контактів до повної зупинки кровотечі - тобто приблизно 3-5 днів.
- Жінка повинна бути поінформована, що їй обов'язково потрібно почати використовувати контрацепцію після поновлення сексуальної активності.
- Якщо жінка зробила аборт, на підставі контрацептивної невдачі, то варто обговорити з нею питання про те, що були допущені помилки у використанні самого методу і пояснити жінці причину контрацептивної невдачі, щоб у неї не формувалося стереотипно негативне ставлення до методів контрацепції, а також про те, як цим методом правильно користуватися, або як перейти на інший метод контрацепції.
- Жінка повинна бути поінформована про методи невідкладної контрацепції.
- Слід обговорити питання щодо профілактики ІПСШ, включаючи ВІЛ, а також звернути її увагу на використання бар'єрних засобів.

Варто пропагувати метод подвійного захисту або використання таких методів, які забезпечують запобігання не тільки вагітності, а й ІПСШ.

Консультант і пацієнтка повинні обговорити по кожному методу контрацепції наступну інформацію:

- механізм дії обраного методу;
- правила використання;
- ефективність методу;
- переваги і недоліки методу;
- неконтрацептивні властивості;
- зворотність методу;
- можливі побічні ефекти;
- стани, що потребують звернення до лікаря.

Після проведеного післяабортного консультування у жінки не повинно залишитись будь-яких сумнівів або запитань щодо отриманої інформації

### **Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики**

#### **Збір анамнезу та внесення відповідного запису до медичної документації:**

Скарги на ранні ознаки вагітності, такі як: набряк молочних залоз, зміна апетиту, нудота та блювання, втома та інші.

Дата останньої менструації та особливості менструальної функції.

Наслідки попередніх вагітностей (кількість попередніх вагітностей та їх перебіг; кількість, дата та особливості пологів та післяпологового періоду).

Спроби перервати поточну вагітність (якщо були спроби, деталі).

Перенесені в минулому хвороби, які можуть вплинути на виконання процедури переривання вагітності (порушення згортання крові, ІПСШ та інші).

Перенесені операції на органах репродуктивної системи (абдомінальні, вагінальні), що можуть викликати ускладнення процедури.

Використання засобів контрацепції в минулому та плани щодо подальшого їх використання.

Алергія на медикаменти.

Дані гінекологічного огляду.

Термін даної вагітності (від першого дня останньої менструації).  
Додаткове обстеження (Розділ А 2.3).  
Дата наступного візиту.

### **Діагностика / обстеження**

#### **Загальне обстеження:**

Зовнішній вигляд (колір шкірного покриву).

Вимірювання пульсу, артеріального тиску, температури тіла.

У разі необхідності (наявність важкої форми екстрагенітальної патології) пацієнтку необхідно направити до ЗОЗ вищого рівня для подальшого обстеження і вирішення питання про строки та варіанти штучного переривання вагітності, методи знеболювання, уточнення ризику можливих ускладнень і особливостей їх профілактики.

#### **Гінекологічне обстеження:**

Обстеження проводять в одноразових стерильних рукавичках.

Зовнішній огляд геніталій. Огляд ділянки промежини на наявність ознак ПСШ (виразок, кондиллом, патологічних виділень).

Огляд в дзеркалах стінки піхви та шийки матки на наявність патологічних виділень або деформацій (у разі виявлення ознак ПСШ чи запального захворювання призначають лікування згідно з затвердженим Протоколом).

Оцінка ознак вагітності (м'яка ціанотична шийка, збільшена, розм'якшена матка).

Позиція матки (ante- або retroflesio, ante- або retroversio).

Відповідність розмірів матки терміну вагітності (якщо матка більша за очікувані розміри, можлива наявність багатоплідної вагітності, міхурового заносу або лейоміоми матки. Якщо матка менша за очікувані розміри, можна припустити, що вагітність відсутня, відбувся самовільний викидень або вагітність позаматкова).

Якщо пройшло більше ніж 6 тижнів від дати останньої менструації, є підозра на наявність вагітності, але матка не збільшена у розмірах: провести УЗД, визначити вміст ХГЛ в крові або направити жінку до ЗОЗ вищого рівня для уточнення діагнозу.

У випадку позаматкової вагітності - дії згідно з чинним Протоколом.

**Метод вакуумної аспірації (ВА)** є одним з безпечних хірургічних методів штучного переривання вагітності до 12 тижнів.

ВА впроваджується на заміну методу вишкрібання (кюретажу) стінок порожнини матки, який є травматичним та 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) та електрична (ЕВА).

Протипоказання для проведення:

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

\* Переривання вагітності проводиться після лікування.

При 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.

Мануальна вакуум-аспірація (МВА)

МВА передбачає використання портативного пластикового шприца-аспіратора з об'ємом 60 мл (або шприца), з одним або двома клапанами, що створюють вакуум 55 мм. рт. ст. до початку процедури.

До шприца-аспіратора приєднуються 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 в тижнях	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 бути під наглядом медичного персоналу не менш 2 годин.

*Переваги МВА:*

Атравматичність методу, що обумовлено використанням шприца-аспіратора та гнучких пластикових канюль.

Зменшення ризику перфорації стінки матки та пошкодження 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 у розширенні шийки матки розширювачами Гегара.

Можливість візуалізації та контролю видалених тканин (плідне яйце, хоріальна тканина), оскільки видалені тканини збираються в індивідуальний резервуар.

Зменшення ризику інфікування завдяки одноразовому використанню канюлі та безконтактній методиці проведення процедури (немає необхідності у виведенні 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 місцево знеболення), обережно ввести теплі стерильні дзеркала (Сімпса) та вивести шийку матки, яка повинна розташуватись між ложками дзеркал.

Обробити шийку матки тампоном з антисептиком.

Зафіксувати шийку матки пульовими щипцями у проекції 12 годин та обережно підтягнути її.

У випадку обрання пацієнткою місцевого знеболення провести парацервікальну блокаду (Розділ А.3.4.3. Знеболення та анестезія.)

Обережно, без докладання сили, ввести канюлю у 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 з крапель чистої крові.
- Необхідно завершити аспірацію та лише після цього вивести канюлю з порожнини матки.
- Категорично забороняється «перевірка» порожнини матки за допомогою кюретки.
- Видалені тканини плідного яйця обов'язково необхідно дослідити з метою підтвердження повної аспірації або наявності ознак міхурного заносу.
- У разі підозри на міхурний занос видалені тканини необхідно направити на гістологічне дослідження. При відсутності залишків плідного яйця зачаття слід впевнитись у відсутності помилок при проведенні самої процедури, а також виключити подвоєння матки, перфорацію та позаматкову вагітність.

Обов'язковим для МВА є візуальний огляд видалених тканин після кожної процедури.

Електрична вакуумна аспірація (ЕВА)

Виконання методики ЕВА не відрізняється від виконання МВА, але передбачає використання електричного вакуумного насоса при від'ємному тиску до 0,8 - 1,0 атмосфери.

Методика ЕВА виключає необхідність проведення рутинного кюретажу.

Обов'язковим для ЕВА є дослідження видалених тканин після кожної процедури

## **ІХ. Основна література для опрацювання**

1. Абрамченко В.В.: Руководство для врачей. – Спб.:ЭЛБИ – Спб., 2006.
2. Практическое акушерство с неотложными состояниями для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010 . – 730 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та Наказ неонатологічної допомоги в Україні».
4. МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
5. Акушерство / Учебный курс для врачей, разработанный группой международных экспертов под эгидой USAID /А. Vacci, N. Berdzuli, G. Gori et al. – Киев,2006. – 197с..
6. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (ведення вагітності у жінок з імунологічними конфліктами).
7. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.