

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Планування сім'ї – це види діяльності, які допомагають окремим особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини у залежності від віку батьків та інших факторів, визначити кількість дітей в сім'ї.

Перед початком використання будь-якого контрацептивного методу здійснюються заходи щодо виключення вагітності.

Принципи вибору контрацепції:

1. Надання вичерпної інформації щодо методів та засобів контрацепції.
2. Поінформоване бажання жінки застосовувати метод контрацепції.
3. Вибір контрацептиву відповідно до стану здоров'я жінки.
4. Вибір контрацептиву відповідно до віку жінки.
5. Вибір контрацептиву з урахуванням можливостей жінки.

КОМБІНОВАНІ ОРАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ (КОК)

Класифікація

Сучасні КОК можна розділити на 2 групи: комбіновані та однокомпонентні (міні-пілі). У свою чергу, серед комбінованих КОК розрізняють одно-, дво- і трифазні. На сьогоднішній день немає доказів щодо переваг трифазних КОК.

ТИПИ

- Монофазні:** 21 активна таблетка містить однакову кількість естрогену та прогестину (Е/П).
- Двофазні:** 21 активна таблетка містить 2 різні комбінації Е/П (наприклад, 10/11).
- Трифазні:** 21 активна таблетка містить 3 різні комбінації Е/П (наприклад, 6/5/10).

Існують 2 види упаковок таблеток. В одних упаковках по 28 таблеток: 21 активна таблетка, яка містить гормони і 7 таблеток іншого кольору, які не містять гормонів. В упаковках іншого виду – тільки 21 активна таблетка.

Механізм дії

- Пригнічують овуляцію
- Ущільнюють цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів
- Змінюють ендометрій, зменшуючи ймовірність імплантації
- Зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фалопієві труби)

Початок прийому: в перші 5 днів менструального циклу, в будь-який день менструального циклу, якщо нема вагітності (якщо прийом почати після 5 дня, рекомендується допоміжний метод протягом 7 днів).

Правила прийому: по одній таблетці щоденно в один і той самий час. Почати наступну упаковку без перерви, якщо в упаковці 28 таблеток. Якщо в

упаковці 21 таблетка, то зробити перерву на 7 днів перед початком нової упаковки.

КОНТРАЦЕПТИВИ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДУ (КПР)

- ПТП = протизаплідні таблетки прогестогенового ряду
- ПКК = прогестогенові ін'єкційні контрацептиви

ПРОТИЗАПЛІДНІ ТАБЛЕТКИ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДУ (ПТП) – таблетки, що містять тільки гестогенний компонент (лінестренол).

Механізм дії

- Ущільнюють цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів
- Змінюють ендометрій, зменшуючи ймовірність імплантації
- Зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фалопієві труби)
- Пригнічують овуляцію

Переваги:

- єдиний надійний гормональний контрацептивний засіб для жінок, що годують груддю;
- придатні до використання при станах та захворюваннях, коли не можна рекомендувати КОК (протипоказані естрогени): паління, вік понад 40 років, серцево-судинні захворювання.

Правила прийому: по одній таблетці кожний день. Якщо жінка не годує грудьми, необхідно приймати таблетки в один і той же час: в цьому випадку затримка у прийомі чергової таблетки всього на декілька годин підвищує ризик небажаної вагітності.

ПРОГЕСТОГЕНОВІ ІН'ЄКЦІЙНІ КОНТРАЦЕПТИВИ (ПКК)

ТИПИ

Депо-Провера: 150 мг депо-медроксипрогестерон ацетату (ДМПА), ін'єкційовані **кожні 3 місяці**. Ін'єкція може бути зроблена до 2- 4 тижнів (28 днів) **раніше** або до 2-4 тижнів (28 днів) **пізніше** визначеного строку.

Нористерат: 200 мг норетистерон енантату (НЕТ-ЕН), ін'єкційовані **кожні 2 місяці**. Ін'єкція може бути зроблена до 2 тижнів (14 днів) **раніше** або до 2 тижнів (14 днів) **пізніше** визначеного строку.

Механізм дії

- Ущільнюють цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів
- Змінюють ендометрій, зменшуючи ймовірність імплантації
- Зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фалопієві труби)

- Пригнічують овуляцію ((інгібуючий вплив на гіпоталамо-гіпофізарну систему)

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ПІК

- Протягом 7 днів від початку менструації. При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції.

- У будь-який день менструального циклу, якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна. Якщо введення ПІК проводиться після 7 днів від початку менструації, то рекомендується утримуватись від статевих відносин або використовувати додатковий метод контрацепції протягом наступних 7 днів.

- Після пологів:

- через 6 місяців, якщо жінка використовує МЛА;

- через 6 тижнів, якщо вона годує груддю, але не використовує МЛА;

- через 3 і більше тижнів, якщо не годує груддю.

- Після абортів (відразу або протягом 7 днів).

ПОВТОРНЕ ВВЕДЕННЯ

Повторні ін'єкції ДМПА рекомендується робити через кожні 3 місяці.

Повторні ін'єкції НЕТ-ЕН рекомендується робити через кожні 2 місяці.

ГОРМОНАЛЬНІ ПЛАСТИРИ

Евра: 6 мг норелгестроміну та 0,6 мг етинілестріадіолу; кожний пластир протягом 24 годин вивільняє 150 мкг норелгестроміну та 20 мкг етинілестріадіолу (обидві дози наближуються до добового ритму вивільнення гормонів).

Контрацепцію за допомогою гормонального пластирю розпочинають у перший день менструації. Приклеюють до шкіри один пластир і носять його весь тиждень (7 днів). День приклеювання першого пластиру (1-й день/день початку) визначає наступні дні заміни. День заміни буде приходиться на цей самий день кожного тижня (8-й і 15-й дні циклу). На 22-й день циклу пластир знімається і з 22-го по 28-й день циклу жінка його не використовує. Наступний день вважається першим днем нового контрацептивного циклу.

КОМБІНОВАНІ ВАГІНАЛЬНІ КІЛЬЦЯ

Гнучке та еластичне кільце, яке при введенні в піхву діє шляхом вивільнення етинілестріадіолу та прогестерону (етоногестрелу) з 54-мм севіленового кільця. Гормони починають виділятися із кільця, що знаходиться у піхві під дією температури тіла. Через слизову оболонку піхви вони попадають у кров. Контрацептивний ефект комбінованого вагінального кільця настає за рахунок пригнічення овуляції.

НоваРинг – 15 мкг етинілестрадіолу/120 мкг етоногестрелу

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ВАГІНАЛЬНОГО КІЛЬЦЯ

Жінка повинна ввести кільце між 1 днем і 5 днем менструального циклу, але не пізніше 5 дня циклу, навіть якщо менструальна кровотеча ще не закінчилась. Протягом перших 7 днів використання кільця рекомендується додатково застосовувати бар'єрні методи контрацепції, такі як презерватив. В наступних циклах немає необхідності у використанні будь-якого додаткового методу контрацепції.

РЕЖИМ ВИКОРИСТАННЯ

Одне кільце розраховане на один цикл. Протягом трьох тижнів кільце знаходиться у піхві, потім воно видаляється і робиться 7-ми денна перерва. Після 7-ми денної перерви вводиться наступне кільце. При випадінні кільця необхідно його промити проточною водою та ввести його в піхву знову.

МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ (МЛА) – контрацептивний метод, який базується на годуванні груддю. Використовується як тимчасовий метод контрацепції.

Критерії використання МЛА:

- минуло не більше 6 місяців після пологів;
- у жінки аменорея;
- жінка годує виключно груддю:
 - годує дитину за вимогою;
 - щонайменше 6 разів на день (включаючи нічне годування) і дитині не дають іншої їжі крім материнського молока;
 - інтервал між годуваннями повинен складати не більше 4 годин вдень та 6 годин вночі;

Якщо жінка не хоче покладатися лише на МЛА, необхідно використовувати інші методи: презервативи, сперміциди, ПТП, ДМПА, ВМК.

ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ

- ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ, ЯКІ МІСТЯТЬ У СОБІ МІДЬ (Nova T, Multiload, Copper T)
- ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ, ЯКІ МІСТЯТЬ ПРОГЕСТИН
- ВНУТРІШНЬОМАТКОВА СИСТЕМА З ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛОМ (Мірена)

Механізм дії

- Впливають на здатність сперматозоїдів проходити через порожнину матки (мідні)
- Впливають на репродуктивний процес, перед тим як яйцеклітина досягає порожнину матки (мідні)
- Ущільнюють цервікальний слиз (прогестинові)
- Змінюють стан ендометрію (прогестинові)

- Якщо менструальний цикл регулярний – введення ВМС можливе протягом 7 днів після початку менструації в будь-який зручний для жінки час (не тільки в період менструації). При цьому будь-який додатковий метод контрацепції не застосовується.

- Введення ВМС можливе у будь-який час менструального циклу, якщо є можливість точно встановити, що жінка невагітна. Якщо введення здійснюється після 7 днів після початку менструації, жінці рекомендується утримуватись від статевих стосунків або користуватись додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів.

- Після пологів рекомендується введення ВМС після 4-х і більше тижнів.

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Ситуації, які виникають і при яких рекомендується невідкладна контрацепція:

- незахищений статевий контакт;
- порушення цілісності, зісковзування презерватива;
- сексуальне насильство;
- статевий контакт у фертильні дні при використанні природних методів ПС (також при помилковому підрахунку фертильних днів);
- якщо пацієнтка турбується про можливу вагітність (невдача при використанні інших методів, жінка забула випити таблетки або пропустила термін наступної ін'єкції ДМПА та ін.)

Для невідкладної контрацепції можна використовувати однофазні низькодозовані КОК, чисто прогестинові таблетки, а також ВМК, які містять в собі мідь. Чисто прогестинові таблетки, які містять левоноргестрел, дають таку ж саму ефективність, як і КОК, проте останні мають меншу кількість побічних ефектів.

Низькодозовані КОК, які містять 30 мкг етинілестрадіола в якості естрогена та 150 мкг левоноргестрела або 150 мкг дезогестрела, або 75 мкг гестодена у якості гестагена.

Режим вживання: першу дозу (4 таблетки) слід прийняти якомога раніше, проте не пізніше 72 годин після незахищеного статевого контакту, прийняти другу дозу (4 таблетки) через 12 годин після першої дози.

Прогестогенові таблетки

-750 мкг левоноргестрела (постінор)

-1,5 мг левоноргестрела (ескапел)

Режим вживання: 1 таблетку слід прийняти якомога раніше, проте не пізніше 72 годин після незахищеного статевого контакту і прийняти ще 1 таблетку через 12 годин або 2 таблетки одночасно не пізніше 72 годин.

ВМК, які мають у своєму складі мідь, можуть бути застосовані для невідкладної контрацепції протягом 5 днів після незахищеного статевого контакту лише при відсутності протипоказань.

Якщо застосування невідкладної контрацепції не запобігло настанню вагітності, пацієнтці пояснюється, що це не справляє шкідливого впливу на

розвиток плода. Однак рішення про виношування вагітності залишається за жінкою.

БАР'ЄРНІ МЕТОДИ ТА СПЕРМІЦИДИ

«Чоловічі» методи:

- **Презерватив** – єдиний метод, який в достатній мірі захищає від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСС). Відноситься до бар'єрних методів контрацепції. Може використовуватись як допоміжний метод при застосуванні інших контрацептивів для захисту від ПСС.

«Жіночі» методи:

- **Жіночий презерватив.**

- **Діафрагма** – відноситься до бар'єрних методів контрацепції. Цей вид запобігання вагітності менш ефективний, ніж використання презерватива, що пояснюється більш високою вірогідністю помилок при використанні діафрагми. У той же час поєднання застосування діафрагми зі сперміцидами значною мірою підвищує ефективність цього методу і ступінь захисту від ПСС.

- **Сперміциди** – хімічні поверхнево-активні речовини, які інактивують сперматозоїди у піхві до попадання у верхні відділи статевого тракту та в певній мірі захищають від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСС).

Особливо виражена сперміцидна та бактеріцидна дія у хлориду бензалконію.

Час контрацептивного захисту сучасних сперміцидів та їх ефективність триває в межах від 15 хвилин до 1-8 годин від початку застосування і залежить від форми використання (таблетки, крем, піна тощо). Протягом 2-х годин до та після статевого акту інтимний туалет необхідно проводити без застосування звичайного мила (через ризик руйнування діючої речовини).

Сперміциди застосовуються і з презервативами, що забезпечує більший контрацептивний ефект та захист від ПСС.

ПРИРОДНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Можуть мати місце, якщо жінка може визначити початок та кінець фертильного періоду у своєму менструальному циклі. Фертильний період – це час, коли у жінки може наступити вагітність.

Ефективність природних методів середня (9-20 вагітностей на 100 жінок протягом першого року користування).

Календарний метод ґрунтується на розрахунку фертильних діб.

Метод базальної температури ґрунтується на вимірюванні базальної температури.

Метод цервікального слизу можна використовувати, якщо в статевих органах немає запальних процесів.

Жінка визначає **фертильну фазу**, спостерігаючи за слизовими виділеннями із піхви. В той час, коли виділення прозорого тягучого слизу, жінка може бути фертильною. Останній день прозорого тягучого слизу називається “днем пік”; це означає, що овуляція вже близька або тільки що відбулася. Після закінчення менструальної кровотечі у більшості жінок спостерігається відсутність виділень з піхви протягом декількох днів – “сухі дні”. Для спостереження за слизом та визначення методу слід утримуватись від статевих контактів щонайменше під час 1 циклу. Спостереження за слизом ведеться протягом дня, оскільки слиз може змінюватись, ведеться запис спостережень, для цього використовуються умовні позначки: кровотеча – червоний колір, сухі дні – літера “С”, фертильні дні – літера “Ф”, непрозорий не фертильний слиз – літера “Н”. При появі слизу або відчуття вологості у піхві – утримуються від статевих контактів. Останній день прозорого тягучого слизу – “пік” фертильного періоду, тому утримуються від статевих контактів ще протягом 3-х днів.

Симптомотермальний метод.

Цей метод є комбінацією методів цервікального слизу та базальної температури.

ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Мають обмежене застосування. Недоліком цього методу є оперативне втручання та незворотній ефект.

- Добровільна хірургічна стерилізація жінок шляхом трубної оклюзії лапароскопічним доступом або за допомогою мінілапаротомії.
- Добровільна хірургічна стерилізація чоловіків шляхом блокування сім'явиносного протоку (vas deferens) – вазектомія.

ШТУЧНЕ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У РІЗНІ ТЕРМІНИ

Проблема регулювання народжуваності, питання свідомого батьківства та планування сім'ї є надзвичайно актуальними. За даними ВООЗ щорічно у світі понад 35 млн. жінок (близько 8 %) переривають вагітність.

Штучне переривання вагітності наносить непоправну шкоду здоров'ю жінки, репродуктивному здоров'ю обох членів подружжя. Навіть відсутність на перший погляд відчутних ускладнень відразу після аборт, буде даватись в знаки тривалий час і може стати причиною невиношування вагітності (самовільних викиднів та передчасних пологів) та інших ускладнень вагітності і пологів, а також безпліддя. Отже, питання оптимального вибору методу штучного переривання вагітності набувають першочергового значення.

Абортом (від abortus - гинути, зганяти) є будь-яке переривання вагітності протягом перших 22 тижнів. Розрізняють *переривання вагітності в ранні* (до 12 тижнів) і *в пізні терміни* (від 12 до 22 тижнів).

Залежно від методів та причин переривання вагітності розрізняють **штучний** (abortus artificialis) та **мимовільний** (abortus spontaneus) **аборти**.

Переривання вагітності поза лікувальним закладом - **кримінальний аборт**.

I. Медичний (штучний) аборт – навмисне переривання вагітності, викликане впливом безпосередньо на плідне яйце, матку, організм вагітної.

Штучний аборт виконується у денних стаціонарах жіночих консультацій та гінекологічних відділеннях закладів охорони здоров'я лікарем акушером-гінекологом.

Штучне переривання вагітності, термін якої не перевищує 12 тижнів, у пацієнтки, яка досягла 14 років, може здійснюватись за бажанням жінки. Проведення штучного переривання вагітності у пацієнтки віком до 14 років або у недієздатної особи здійснюється за заявою її законних представників.

Штучне переривання вагітності у терміні 12-22 тижні проводиться у виключних випадках *за наявності медичних показань, показань немедичного характеру* (вік вагітної менше ніж 15 років та більше 45 років, настання інвалідності під час цієї вагітності та ін.) за заявою вагітної або її законних представників (у разі неповнолітності, недієздатності особи та ін.), на підставі висновку Комісії з визначення показань до штучного переривання вагітності.

Медичні показання до штучного переривання вагітності виникають, коли вагітність та пологи загрожують здоров'ю і життю жінки, захворювання ЦНС, які супроводжуються психічними розладами, тяжкі захворювання серцево-судинної системи, печінки, нирок, злоякісні новоутворення, відкриті форми туберкульозу легень, тяжкі форми токсикозів, що не підлягають лікуванню, внутрішньоутробна загибель плоду, тяжкі форми спадкових захворювань, уроджені вади розвитку плода, що несумісні з життям, та ін.

Обсяг обстеження перед проведенням медичного аборту: загальний огляд, огляд шийки матки у дзеркалах, вагінальне дослідження, бімануальне дослідження, визначення групи крові, Rh-фактору, аналіз крові на RW, ВІЛ, HBsAg, мікроскопічний аналіз уrogenітальних виділень, цитологічне дослідження, кольпоскопія, ультразвукове дослідження та інші за показаннями.

Слід зазначити, що гострі та хронічні запальні захворювання жіночих статевих шляхів, гострі інфекційні захворювання (ангіна, грип, пневмонія та ін.), III-IV ступінь чистоти піхви є відносними протипоказаннями до проведення штучного аборту. В цих випадках штучний аборт доцільно проводити після відповідного курсу лікування.

Перед проведенням штучного переривання вагітності проводиться *передабортне консультування* вагітної щодо особливостей проведення переривання вагітності, можливих ускладнень, рекомендацій, пов'язаних з абортom та післяабортної контрацепції.

Після аборту жінка отримує *інформацію щодо попередження небажаної вагітності*.

II. Методи штучного переривання вагітності до 12 тижнів:

- операція вакуум-аспірації (при затримці менструації не більше 20 днів);
- операція вишкрібання (кюретажу) порожнини матки (при терміні вагітності до 12 тижнів);
- медикаментозний аборт (до 49 днів з першого дня останньої менструації).

Операція штучного переривання вагітності здійснюється з обов'язковим знеболенням, метод якого підбирається індивідуально.

Слід зазначити, що після 12 тижнів сформована плацента, розміри матки та плода достатньо великі, що обумовлює застосування інших методів переривання вагітності, які будуть наведені нижче.

Медикаментозне штучне переривання вагітності - проводиться за бажанням жінки у терміні вагітності до 49 днів з першого дня останньої менструації. Медикаментозний аборт здійснюється лікарем акушером-гінекологом виключно в умовах гінекологічного або денного стаціонару акредитованого закладу охорони здоров'я, у якого наявні можливості надання невідкладної медичної допомоги.

Протипоказаннями до медикаментозного аборт є: відсутність достовірних даних про наявність вагітності, підозра на позаматкову вагітність, термін вагітності більше 49 днів від першого дня останньої менструації, внутрішньоматкова спіраль, алергія до препаратів, які застосовуються при проведенні даного методу, наднирникова недостатність, тривала глюкокортикостероїдна терапія, ураження коронарних або мозкових судин, ниркова та печінкова недостатність, порфірія, порушення системи гемостазу, лейоміома матки, рубець на матці, грудне вигодовування, вік жінки старше 35 років, активне тютюнопаління (більше 10 цигарок на день), тяжка форма бронхіальної астми, серцево-судинні захворювання.

Медикаментозне переривання вагітності проводиться шляхом застосування препаратів *міфепристону*, який має антипрогестеронову дію, з обов'язковим наступним (через 36-48 годин) прийомом *мізопростолу* (простагландин Е). Через декілька годин (як правило, протягом 3-6 годин) після прийому мізопростолу починаються кров'яністі виділення у зв'язку із вигнанням плідного яйця. На 7-10 день необхідно провести огляд пацієнтки з обов'язковим ультразвуковим дослідженням для підтвердження відсутності плідного яйця в порожнині матки. У разі неповного видалення плідного яйця, кровомазання, що триває, проводиться діагностичне вишкрібання порожнини матки з послідуочим направленням отриманого матеріалу на гістологічне дослідження.

Штучне переривання вагітності методом вакуум-аспірації.

Вакуум аспірація проводиться *апаратним та мануальним (шприцевим) методом* при затримці менструації до 15-20 днів, при терміні вагітності не більше ніж 8 тижнів. Метод вакуумної аспірації є найбільш безпечним хірургічним методом переривання вагітності. Необхідно додати, що чим менше

термін вагітності, тим менш небезпечним є штучне переривання для здоров'я жінки.

Перед операцією виконують вагінальне дослідження для визначення розмірів та положення матки. Потім вагіну розкривають дзеркалами, обробляють спиртом та 5% спиртовим розчином йоду. Передню губу шийки матки захоплюють пульовими щипцями та виводять. Зондуванням визначають розміри порожнини матки та напрямок цервікального каналу, який потім розширюють розширювачами Гегара. У терміні вагітності до 5 тижнів операцію вакуум-екстракції можна проводити без розширення цервікального каналу. У терміні вагітності 6-8 тижнів здійснюється попередня дилатація шийки матки розширювачами Гегара до № 8. Після розширення каналу в порожнину матки вводять трубку вакуум-аспіратора, з'єднаної з вакуум-отсосом. Після чого включають електроотсос і створюють у матці від'ємний тиск до 0,8-1,0 атмосфери.

У разі проведення мануальної вакуумної аспірації необхідний від'ємний тиск створюється за допомогою пластикового аспіратора об'ємом 60 мл, що утримується в руках (шприца), який приводиться до дії вручну.

Операція вишкрібання порожнини матки проводиться у гінекологічному відділенні акредитованого закладу охорони здоров'я лікарем акушером-гінекологом.

Перші етапи операції при цьому до розширення цервікального каналу такі ж, як при вакуум-аспірації. Після розширення цервікального каналу розширювачами Гегара до № 12, плідне яйце руйнують та видаляють з порожнини матки металевою кюреткою. При вагітності від 9 до 12 тижнів, крім кюретки, для видалення плідного яйця застосовують абортанг. Операція вважається закінченою, коли з порожнини матки видалені всі елементи плідного яйця, матка скоротилась, кровотеча відсутня.

Після проведення штучного переривання вагітності хірургічним методом необхідно одразу дослідити матеріал із порожнини матки для виключення вірогідності позаматкової вагітності. При необхідності матеріал направляється на гістологічне дослідження.

Після штучного абортів жінка знаходиться у стаціонарі під наглядом медичного персоналу. Необхідно спостерігати за загальним станом, температурою тіла, динамікою скорочення матки та виділеннями зі статевих шляхів. *Обов'язковим є проведення ультразвукового дослідження.* Тривалість перебування після операції штучного переривання вагітності визначається лікарем в залежності від стану пацієнтки. Не пізніше 48 годин після штучного переривання вагітності жінкам з резус-негативною приналежністю крові при відсутності імунізації внутрішньом'язово вводиться 1 доза анти-Rh імуноглобуліну. *На 7-10 день проводиться огляд пацієнтки та ультразвукове дослідження.*

III. Штучне переривання вагітності від 12 до 22 тижнів

Пізній медичний аборт виконується різними методами залежно від строку вагітності, загального стану здоров'я жінки, акушерського анамнезу.

Методи штучного переривання вагітності від 12 до 22 тижнів.

- штучне переривання вагітності з використанням препаратів міфепристону (перорально), мізопростолу (перорально та інтравагінально), препідил (простагландин Е) гелю (ендоцервікально);
- інтраамніальне введення динопросту (простагландин F2 α);
- інтрацервікальне введення гелю з динопростом (простагландин Е) з наступною індукцією скоротливої діяльності матки шляхом внутрішньовенного введення розчину динопросту;
- інтраамніальне введення гіпертонічного розчину NaCl.

Іноді, застосовують малий кесарський розтин, вагінальний кесарський розтин при вагітності 16-20 тижнів, якщо за медичними показаннями необхідно терміново перервати вагітність (важка форма гестозу, гіпертонічна хвороба, гостра серцево-судинна недостатність та ін.) при невідготовлених пологових шляхах.

Після штучного переривання обов'язково необхідно провести вишкрібання стінок порожнини матки.

Важливо знати, що штучне переривання вагітності має негативний вплив на здоров'я жінки, це пояснюється вимушеним втручанням у гормональний стан. Переривання вагітності є надзвичайним стресом для гормональної та нервової системи організму. Найбільш частим ускладненням абортів є гострі та хронічні запальні захворювання геніталій, що стають причиною гормональних дисфункцій, порушують репродуктивну функцію жінки (безпліддя, самовільні викидні, позаматкова вагітність). Хірургічне втручання під час абортів може супроводжуватись травмою шийки матки та матки. Все це підвищує ризик розвитку доброякісних і злоякісних пухлин у майбутньому. Отже, після абортів досить часто можуть виникати віддалені у часі ускладнення з серйозними наслідками, лікування яких може бути тривалим та дорогим і не завжди мати позитивний результат.

У жінок, які мають абортів в анамнезі, при наступній вагітності та пологах нерідко виникають такі ускладнення, як передлежання плаценти, патологічне прикріплення та прирощення плаценти, слабкість пологових сил, гіпотонічна кровотеча та ін.

Кожна вагітна повинна пам'ятати, що аборт може погіршувати психологічний клімат у сім'ї. Розлади функції репродуктивних органів, що виникають, негативно впливають на сексуальні відносини. А такі ускладнення як невиношування та безпліддя стають причиною соціального напруження у сім'ї та розлучень.