Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

TƏHLÜKƏSİZ ABORTLAR ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

Bakı
2014

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 20 fevral 2014-cü il tarixli
05 saylı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

TƏHLÜKƏSİZ ABORTLAR ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

Bakı - 2014

57.1
T 38

T 38 Təhlükəsiz abortlar üzrə klinik protokol, 2014. – 40 səh.

Redaktor:

C.Məmmədov	Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru, t.f.d.

Tərtibçilər:

F.Əliyeva	Səhiyyə Nazirliyinin baş mama-ginekoloqu, Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun direktoru, dosent, t.f.d., RS/AP üzrə Milli Koordinator, tərtibçilər qrupunun rəhbəri
L.Məmmədova	Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun elmi katibi
G.Rzayeva	Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun Ambulator-diaqnostika şöbəsinin müdiri
O.Akçurina	Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun Ambulator-diaqnostika şöbəsinin mama-ginekoloqu
S.Sevdiməliyeva	Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun Ekstrakorporal mayalanma şöbəsinin müdiri
Ş.İsmayılova	Səhiyyə Nazirliyinin İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin müdiri

Rəyçilər:

E.Əliyeva	Azərbaycan Tibb Universitetinin I Mamalıq və ginekologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.
H.Bağırova	Azərbaycan Tibb Universitetinin II Mamalıq və ginekologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.
L.Rzaquliyeva	Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mamalıq və ginekologiya kafedrasının müdiri, dosent, t.e.d.

Bu klinik protokol beynəlxalq ekspertlər - Gynuiti layihəsinin baş məsləhətçisi Tamara Sereteli və Gynuiti layihəsinin baş elmi işçisi Erika Çonqun iştirakı ilə işlənib hazırlanmışdır.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistematik icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyələrin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistematik icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistematik icmalı, yaxud Sistematik səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistematik səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++ və ya +) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud Ekspertlərin rəyi. Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

İxtisarların siyahısı

AT	arterial təzyiq
BKİ	bədən kütləsi indeksi
β-XQ	β xorionik qonadotropin
CYYİ	cinsi yolla yoluxan infeksiyalar
HBV	hepatit B virusu
HCV	hepatit C virusu
XBT-10	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış
İİV	insanın immunçatışmazlığı virusu
KÇOİX	kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəlikləri
KOK	kombinə olunmuş oral kontraseptivlər
MA	medikamentoz abort
Rh	rezus faktor
RV	Vasserman reaksiyası
UDV	uşaqlıq daxili vasitə
USM	ultrasəs müayinəsi
ÜST	Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı
VA	vakuum-aspirasiya

Protokol mama-ginekoloqlar və mamalar üçün nəzərdə tutulub.

***Pasiyent qrupu*:** hamilə qadınlar.

Protokol sübutlu təbabətə əsaslanan müasir metodik tövsiyələrin verilməsi ilə təhlükəsiz abort prinsiplərini tətbiq etmək məqsədini daşıyır.

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatına (ÜST) görə **abort** – hamiləliyin 22-ci həftəsinə qədər və ya dölün çəkisi 500 qrama qədər olduğu müddətdə hamiləliyin pozulmasıdır (özbaşına qovulma və ya embrionun/dölün xaric edilməsi).

İxtisaslı tibb işçisi tərəfindən adekvat avadanlıqdan, sanitar-gigiyenik standartlara riayət etməklə, düzgün metodikadan istifadə etməklə icra olunan abort **təhlükəsiz abort** hesab olunur.

Demoqrafiya və Sağlamlıq Sorğusunun (2011) göstəricilərinə əsasən Azərbaycanda qadınların 9,9% sorğudan əvvəlki üç il ərzində ən azı bir dəfə abort ediblər. Bu qadınların 65,9% bir abort, 31,1% iki-üç abort və 2,9% dörd və daha çox abort ediblər. 30-34 yaş arası olan qadınlara düşən abortların orta sayı 2,4, 35-39 yaş arası olan qadınlara düşən abortların orta sayı 2,8, 40-49 yaş arası olan qadınlara düşən abortların orta sayı 2,9-dur. Dövlət Statistika Komitəsinin məlumatına görə illər üzrə abortların sayında artım qeyd olunur (*Cədvəl 1*).

***Cədvəl 1*. İllər üzrə abortların sayı**

İllər	Abortların sayı
2009	24562
2010	26801
2011	27790
2012	31000

Son 9 il ərzində abortların sayı 11 min artıb. Bu əməliyyat üçün daha çox 25-29 yaşlar arasında qadınlar müraciət edirlər.

Hamiləliyin 9-cu həftəsinə qədər süni pozulması qadının istəyinə görə, həmçinin tibbi və sosial göstərişlərə görə ambulator şəraitdə icra olunur. Hamiləliyin 9-12-ci həftəsində qadının istəyinə görə,

həmçinin tibbi və sosial göstərişlərə görə stasionarda icra olunur. Hamiləliyin 12-ci həftəsindən sonra abortun icra edilməsi haqda qərarı konsilium verir.

Hamiləliyin süni pozulması metodunun seçimi (cərrahi və ya medikamentoz) qadının arzusundan, metodun hamiləliyin müddəti üçün uyğunluğundan, müvafiq avadanlığın və xüsusi hazırlıq keçmiş personalın olmasından asılıdır.

Qadın hamiləliyini pozmaq məqsədilə müraciət etdiyi halda onun:

- ▶ hamiləliyi və hamiləliyin müddəti aşağıdakı metodlardan biri və ya bir neçəsi ilə müəyyən olunur:
  - ✓ axırıncı aybaşının birinci gününə əsasən **(C)**
  - ✓ ultrasəs müayinəsi (USM) ilə **(B)**
  - ✓ β xorionik qonadotropinin (β-XQ) səviyyəsinin təyini ilə
  - ✓ sidik testi vasitəsi ilə **(C)**
  - ✓ ginekoloji müayinəyə əsasən
- ▶ abortdan sonra mümkün fəsadların meydana çıxması üzrə risk faktorlarının müəyyən edilməsi məqsədilə ümumi və somatik status qiymətləndirilir
- ▶ məsləhətvermə xidməti göstərilir

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

O03 Spontan abort

[dördüncü işarələr verilən yuxarıdakı yarımrubrikaya bax]

Daxil edilib: düşük

O04 Tibbi abort

[dördüncü işarələr verilən yuxarıdakı yarımrubrikaya bax]

Daxil edilib: hamiləliyin pozulması:

- leqal
- tibbi göstərişlə

Terapevtik abort

O05 Abortun digər növləri

[dördüncü işarələr verilən yuxarıdakı yarımrubrikaya bax]

O06 Dəqiqləşdirilməmiş abort

[dördüncü işarələr verilən yuxarıdakı yarımrubrikaya bax]

Daxil edilib: ƏGO induksiya olunmuş abort

O07 Abort cəhdinin uğursuzluğu

O07.0 Çanaq orqanlarının və cinsiyyət yollarının infeksiyası ilə ağırlaşan uğursuz tibbi abort
O08.0 yarımrubrikasında təsnif olunan hallarla

O07.1 Uzunmüddətli və ya güclü qanaxma ilə ağırlaşan uğursuz tibbi abort
O08.1 yarımrubrikasında təsnif olunan hallarla

O07.2 Emboliya ilə ağırlaşan uğursuz tibbi abort
O08.2 yarımrubrikasında təsnif olunan hallarla

O07.3 Digər və dəqiqləşdirilməmiş ağırlaşmalarla gedən uğursuz tibbi abort
O08.3–O08.9 yarımrubrikalarında təsnif olunan hallarla

O07.4 Ağırlaşmasız uğursuz tibbi abort
ƏGO uğursuz tibbi abort

O07.5 Çanaq orqanlarının və cinsiyyət yollarının infeksiyası ilə ağırlaşan digər və dəqiqləşdirilməmiş uğursuz abort cəhdləri
O08.0 yarımrubrikalarında təsnif olunan hallarla

O07.6 Uzunmüddətli və ya güclü qanaxma ilə ağırlaşan digər və dəqiqləşdirilməmiş uğursuz abort cəhdləri
O08.1 yarımrubrikalarında təsnif olunan hallarla

O07.7 Emboliya ilə ağırlaşan digər və dəqiqləşdirilməmiş uğursuz abort cəhdləri
O08.2 yarımrubrikasında təsnif olunan hallarla

O07.8 Digər və dəqiqləşdirilməmiş ağırlaşmalarla gedən digər və dəqiqləşdirilməmiş uğursuz abort cəhdləri
O08.3–O08.9 yarımrubrikalarında təsnif olunan hallarla

O07.9 Ağırlaşmasız digər və dəqiqləşdirilməmiş uğursuz abort cəhdləri
ƏGO uğursuz abort cəhdi

KLİNİK TƏSNİFAT

Təhlükəsiz abortların iki növü mövcuddur:

- **Medikamentoz** – hamiləliyin süni pozulması məqsədilə farmakoloji vasitələrin istifadəsi (ÜST-2003)
- **Cərrahi** – hamiləliyin süni pozulması məqsədilə transservikal prosedurların tətbiqi (elektrik və əl ilə vakuum-aspirasiya)

Hamiləliyin müddətindən asılı olaraq erkən və gec abortlar ayırd edilir (*Əlavə 1*):

- hamiləliyin 12-ci həftəsinə qədər (I trimestrdə) aparıldıqda – **erkən abortlar**
- hamiləliyin 12-22 həftələri arasında (II trimestrdə) aparıldıqda – **gec abortlar**

Abortun edilməsi üçün göstərişlər

Tibbi:

Ana tərəfindən:

- ürəyin revmatik xəstəliyi və anadangəlmə ağır ürək qüsurları və ürək çatışmazlığı
- leykemiya
- onkoloji bədxassəli xəstəliklər (xüsusilə kiçik çanaq nahiyəsində kimyəvi terapiya kursuna ehtiyac olanda)
- vərəmin aktiv forması
- sifilis
- İİV
- ağır psixi xəstəliklər, şizofreniya
- sinir sistemi xəstəlikləri (epilepsiya, katalepsiya və narkolepsiya)
- hamiləliyin 16-cı həftəsinə qədər baş verən məxmərək **(B)**[*]
- endokrin sistemin ağır xəstəlikləri (diabet, prolaktinoma, hiperparatrieoz və bir sıra başqa xəstəliklər)
- həyati vacib orqanların ağır xəstəlikləri (qaraciyər, böyrək)
- həyati vacib orqanın cərrahi yolla götürülməsindən sonrakı vəziyyətlər (ağciyər və ya onun payları, böyrək və s.)
- gözlərin ağır xəstəlikləri
- orqanizmin fizioloji yetişməzliyi (16 yaş və daha erkən) və reproduktiv sistemin funksiyalarının enməsi zaman (45 yaş və daha çox)

Hamiləliyin erkən dövrlərində keçirilmiş kəskin infeksion xəstəliklər hallarında onun pozulması haqda qərarı həkimlər komissiyası fərdi qaydada qəbul edir.

Hazırkı siyahıda göstərilməyən, lakin hamiləliyin davam etdirilməsində və doğuşda qadının sağlamlığına və həyatına ciddi təhlükə yaradan xəstəliklər olduqda, hamiləliyin pozulması məsələsi fərdi məsləhətlə qərarlaşdırılır.

---

[*] bax: "Hamiləlik və infeksiyalar üzrə klinik protokol". Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi, Bakı, 2012. - 72 səh.

Döl tərəfindən:

- inkişafdan qalmış hamiləlik
- ağır bətndaxili inkişaf qüsurları
- xromosom anomaliyaları

Sosial:

- ərin 2-ci qrup əlil olması
- hamiləlik dövründə ərin ölməsi
- valideynlik hüququndan məhrum edilmə və ya məhdudlaşdırılma barədə məhkəmə qərarının alınması
- qadının və ya ərinin azadlıqdan məhrum edilmə yerlərində olması
- nikahdan kənar hamiləlik
- hamiləlik dövründə nikahın pozulması
- hamiləliyin zorlamaya məruz qalma nəticəsində baş verməsi
- çoxuşaqlılıq (5 və ya daha artıq uşaq)
- ailədə əlil uşağın olması
- qadının qaçqın və ya məcburi köçkün statusunda olması
- müəyyənləşdirilmiş qərarlar arasında qadının və yaxud onun ərinin işsiz hesab edilməsi
- mənzilin olmaması, yataqxanada, şəxsi evdə, kirayədə yaşama

Qadına abortdan əvvəl məsləhətvermə

Abort üçün müraciət edən hər bir qadına onun razılığı ilə şəxsi vəziyyətinə və mədəniyyət xüsusiyyətlərinə müvafiq olaraq diqqətlə və xoşməramlı tərzdə məsləhətvermə aparılmalıdır **(C)**. Könüllü məsləhətvermə səmimi və məxfi şəraitdə aparılmalıdır **(C)**.

Məlumatların məxfiliyinin təmin edilməsi üçün hamiləliyin pozulması üzrə xidmət göstərən bütün tibb işçiləri ehtiyat tədbirləri görməlidirlər **(D)**. Məsləhətvermə zamanı qadına müxtəlif alternativ variantlar barədə məlumat verilməlidir. Keyfiyyətli məsləhətvermə özündə məlumatın çatdırılmasını və müzakirə edilməsini birləşdirir **(C)**:

- istənilən məlumat hörmətlə, anlaşılan tərzdə verilməli, xüsusi terminlərdən mümkün qədər az istifadə edilməlidir
- qadına aydın tərzdə, korrekt şəkildə işlənmiş, oxumaq üçün özü ilə apara bilən məlumat materialları təqdim olunmalıdır (*Əlavə 2*)
- mümkün ağrısızlaşdırma metodları barədə məlumat verilməli, qadına optimal ağrısızlaşdırma metodunu seçməkdə kömək edilməlidir **(D)**

- hamiləliyi pozulan bütün qadınlara kontrasepsiya barədə məlumat verilməlidir **(D)**

Hamiləliyin süni pozulmasının dövlət və ya özəl tibb müəssisəsində aparılmasından asılı olmayaraq hamiləliyini pozmaq qərarı verən hər bir qadın bu haqda məlumatlı razılığını imzalamalıdır. Qadın aşağıda göstərilənlər haqda məlumatlandırılmalıdır:

- medikamentoz abortdan sonra 5%-dən az hallarda cərrahi müdaxilə tələb oluna bilməsi **(D)**
- abortun süd vəzisinin xərçəngi riskinin artması ilə əlaqəli olmaması **(A)**
- induksiya olunmuş abortun nə sonsuzluq, nə də sonrakı hamiləliklərdə uşaqlıqdankənar hamiləlik **(B)**, cift gəlişi kimi fəsadların riskini artırmaması **(C)**
- medikamentoz abort məqsədilə dərman preparatlarının qəbulu sxemi
- abort gedişində baş verəcəklər (aybaşıyabənzər ağrılar, qanaxma) **(C)**
- ağrı və ağrının intensivliyi müzakirə edilməli və ağrıkəsici vasitələrin qəbulu təklif olunmalıdır (qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar)
- mümkün yanaşı təsirləri və fəsadları barədə (ağrı, qanaxma, ürəkbulanma, diareya, qusma, natamam abort, inkişaf edən hamiləlik və s.)
- mizoprostol qəbulundan sonra iki saat ərzində hər saatda ikidən artıq bez istifadəsinə ehtiyac olarsa, tibb müəssisəsinə dərhal müraciət edilmə
- lazımi məsləhətləri almaq üçün əlaqə telefon nömrəsi
- 10-14 gündən sonra təkrar gəlişin vacibliyi
- kontrasepsiyadan, o cümlədən prezervativlərdən istifadənin vacibliyinə xüsusi diqqət yetirilməlidir

Qadını maraqlandıran sualların verilməsi və onun öz emosiyaları ilə bölüşməsi üçün kifayət qədər vaxt ayrılmalıdır.

Hamiləliyin 9-cu həftəsinə qədər mifepriston/mizoprostol preparatları ilə medikamentoz abort sxemi tətbiq olunduqda bəzi hallarda (2-3%) abort mifepriston qəbulundan sonra (mizoprostol qəbul olunana qədər) baş verir. Bu halda da sxem üzrə mizoprostol qəbul olunmalıdır. Digər hallarda (qadınların təxminən 90%-də) mizoprostol qəbulundan 4-6 saat sonra tam abort baş verir.

I. Hamiləliyin birinci trimestrində medikamentoz abort

Antiprogesteron və prostaqlandin kombinasiyasının tətbiqi ilə aparılan medikamentoz abort hamiləliyin süni pozulmasının təhlükəsiz üsullarından biridir.

Mifepriston və mizoprostolun tətbiqi ilə aparılan medikamentoz abort hamiləliyin 9-cu həftəsinə qədər olan dövrdə effektiv və təhlükəsiz abort metodudur (A). Müvafiq məsləhətvermə və sonrakı müşahidə bu metodun etibarlılığını və məqbulluğunu yüksəldir.

Metodun effektivliyi medikamentoz abort aparıldıqda hamiləliyin əlavə cərrahi müdaxilə icra edilmədən pozulması ilə müəyyənləşdirilir. Hamiləliyin birinci trimestrinin erkən dövründə mifepriston-mizoprostol tətbiqinin effektivliyi çox yüksək olub, 95-98% təşkil edir **(B)**.

Medikamentoz abortun klinik effektivliyi preparatın qəbulundan 10-14 gün sonra qiymətləndirilir. Hamiləliyin başa çatmasının daha erkən dövrdə qiymətləndirmək cəhdi cərrahi müdaxilələrin tezliyinin artmasına gətirir, belə ki, bəzi hallarda abort bir neçə həftə ərzində başa çatır.

9-12 həftələr arasında medikamentoz abort daha effektiv olması üçün prosedur stasionar şəraitində aparılır və qadın bir neçə doza mizoprostol qəbul edir.

Metodun təhlükəsizliyi. Hamiləliyin erkən dövrlərində mifepriston-mizoprostol tətbiqi ilə pozulması tamamilə təhlükəsizdir. Preparatlardan heç birinin qadınların sağlamlığına və fertillik funksiyasına zərərli təsiri yoxdur. Abort aparıldıqdan sonra artıq növbəti menustrual sikldə hamiləlik baş verə bilər.

9-12 həftələr arasında aparılan medikamentoz abort zamanı erkən dövrlərlərlə müqayisədə qanaxma riski daha yüksəkdir. Həmçinin qadınlar daha çox ağrıkəsici dərmanlardan istifadə edirlər.

Bəzi hallarda mifepriston-mizoprostol qəbulundan sonra hamiləlik inkişaf etməkdə davam edir. Mifepristonun inkişaf qüsurlarına səbəb olmasını sübut edən faktlar yoxdur. Lakin medikamentoz abortdan sonra hamiləlik inkişaf etdiyi halda cərrahi abortun icra olunması məqsədəuyğundur.

Metoda əlçatanlıq. Medikamentoz abort qadınların təhlükəsiz abort texnologiyalarından istifadə etmək imkanlarını genişləndirir və vakuum-aspirasiya aparılmayan tibb müəssisələrində də istifadə oluna bilər.

Medikamentoz aborta əks-göstərişlər:

- tətbiq olunan preparatların hər hansı birinə qarşı (mifepriston, mizoprostol və ya digər prostaqlandin) allergiya
- təsdiq olunmuş və ya ehtimal olunan uşaqlıqdankənar hamiləlik
- laxtalanma sistemində pozuntu və ya antikoaqulyantın uzunmüddətli qəbulu
- porfiriyanın irsi forması
- uşaqlıq boşluğunda UDV (medikamentoz abortdan əvvəl UDV xaric edilməlidir)
- steroidlərdən asılılıq
- xronik böyrəküstü vəz çatışmazlığı

Ehtiyatlı davranış tələb edən vəziyyətlər

- *anemiyanın ağır forması:* anemiya medikamentoz abortun aparılması üçün əks-göstəriş deyil, lakin ağır formalı anemiyası olan qadınlara diaqnoz təsdiqlənən vaxtdan anemiyanın müalicəsi başlanmalıdır
- *döşlə əmizdirmə:* medikamentoz abort məqsədilə istifadə olunan mifepriston və ya prostaqlandinlərin körpəyə zərərli təsiri barədə məlumat yoxdur. Bununla belə mizoprostol qəbulundan sonra 4-6 saat ərzində körpəni ana südü ilə qidalandırmamaq tövsiyə olunur
- *təxirəsalınmaz yardımın mümkünlüyü:* medikamentoz abort zamanı ağır fəsadların çox nadir hallarda meydana çıxmasına baxmayaraq, qadının təxirəsalınmaz yardım almaq imkanı olmalıdır.

Xüsusi klinik vəziyyətlər

Mifepriston və mizoprostol tətbiqi ilə medikamentoz abort aşağıdakı klinik vəziyyətlərdə istifadə oluna bilər:

- bronxial astma
- cinsi yolla yoluxan infeksiyalar (CYYİ)
- insanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) (+)

- piylənmə
- çoxdöllü hamiləlik

Medikamentoz abortun aparılması üçün tibb müəssisəsinə gəlişlər

Birinci gəlişin məqsədi tibbi müayinə, məsləhətvermə xidməti və mifepriston qəbuludur. Qadın tibb müəssisəsinə arzu olunmayan hamiləliklə əlaqəli olaraq müraciət etdikdə, cərrahi və medikamentoz abort metodları barədə məlumat alır. Effektiv məsləhətvermə xidməti aldıqdan sonra qadın abort metodunu seçir. Tibb müəssisəsində anket doldurulur. Əgər qadın medikamentoz abortu seçirsə mifepriston daxilə qəbul edir (hestasiya yaşı 9-cu həftəsinədək hamiləliyi olan qadınlara ilk gəlişdə qadına mifepriston və mizoprostol qəbulunu evdə və ya tibb müəssisəsində qəbul edəcəyini seçmək təklif olunur).

İkinci gəliş təxminən iki həftədən sonra təyin olunur və bunun məqsədi abortun baş verməsinə əmin olmaqdır. Abortun ilk əlamətləri (ağrı və qanaxma) və yanaşı təsirlər gözlənilən olduqda qadınlar tərəfindən asan keçirilir. Bu gəlişdə müayinə zamanı hamiləliyin pozulması, lakin abortun tam baş vermədiyi müəyyən olunarsa, ya mizoprostolun əlavə dozası təyin olunur, ya da gözləmə taktikası seçilir. İstənilən halda qadına tibb müəssisəsinə təkrar gəliş təyin olunur. Cərrahi müdaxilə qadının tələbi ilə tətbiq oluna bilər.

Əlavə gəlişlər təxirəsalınmaz vəziyyət yarandıqda və ya qadının öz təşəbbüsü ilə edilə bilər.

Beləliklə, tibb müəssisəsinə gəlişlərin sayı konkret vəziyyətdən asılı olaraq 2, 3 və daha artıq ola bilər.

Medikamentoz abort məqsədilə istifadə olunan dərman vasitələri

Mifepriston antiprogestin birləşməsidir

- progesteron reseptorları səviyyəsində təsir göstərərək progesteronun təsirini blokada edir
- prostaqlandinlərin təsir effektini endogen gücləndirir
- desidual qişanın deskvamasiyasına gətirir
- uşaqlıq boynunun yumşalmasına və genişlənməsinə gətirir
- uşaqlığın yığılma aktivliyini və uşaqlıq əzələsinin prostaqlandinlərə (məsələn, mizoprostola) həssaslığını artırır

Mizoprostol prostaqlandin E 1 analoqudur

- uşaqlığın saya əzələlərinin yığılmalarına gətirir və uşaqlığı boşaldır
- uşaqlıq boynunu yumşaldaraq onun genişlənməsinə gətirir və uşaqlıq boşluğundan mayalanma məhsullarının xaric olunmasını asanlaşdırır

9-cu həftəsinə qədər olan müddətdə hamiləliyin medikamentoz pozulması üçün tövsiyə olunan sxem:

- birinci gün: mifepriston 200 mq per os
- ikinci gün: mifepriston qəbulundan 24-48 saat sonra bukkal və ya sublinqval mizoprostol 800 mkq. Qadın hər yanağının arxasına 2 həb (və ya dil altına 4 həb) mizoprostol qoyaraq 30 dəqiqə ərzində sorulmasını gözləyir, 30 dəqiqədən sonra həblərin qalan fraqmentlərini su ilə içərək udur (*Cədvəl 3*)
- qadının seçiminə uyğun olaraq dərman vasitələri (mizoprostol və mifepriston) evdə və ya tibb müəssisəsində qəbul olunur

***Cədvəl 3*. Medikamentoz abort sxemi**

Amenoreya	Mifepriston	Mizoprostol
Axırıncı aybaşının birinci günü ≤63 gün	200 mq per os **(C)**	(24-48 saatdan sonra) 800 mkq bukkal və ya sublinqval **(C)**

Mifepriston qəbulundan sonra qanlı ifrazatın olması mizoprostolun qəbulundan imtina etmək üçün əsas deyil.

10-14 gün sonra USM aparılması məqsədilə abort aparılan tibb müəssisəsinə təkrar gəliş tövsiyə olunur:

- tam abort qeyd olunduğu halda qadının nəzarətdə saxlanmasına ehtiyac yoxdur
- natamam abort qeyd olunduğu halda qadına iki variant təklif olunur:
  - ✓ gözləmə taktikası: 1 həftədən sonra təkrar müraciət etmək məsləhət görülür (400 mq mizoprostol təyini ilə və ya mizoprostol təyin etmədən) **(C)**
  - ✓ təxirə salınmadan cərrahi müdaxilə

İnkişaf edən hamiləlik qeyd olunduğu halda təxirə salınmadan cərrahi müdaxilə təklif olunur.

Əlavə təsirlərin aradan qaldırılması və ağırlaşmaların müalicəsi

Tipik "əlavə təsirlər" ağrı (uşaqlığın spastik yığılması ilə əlaqədar) və vaginal qanaxmadır. Bunlar gözləniləndir, əslində "əlavə təsir" deyil, hamiləliyin pozulması prosesi ilə əlaqədardır. Qadın tibb müəssisəsini tərk etməzdən öncə ona ya ağrıkəsici dərman vasitəsi, ya da bu preparatı almaq üçün resept təqdim olunur.

Qadına xəbərdarlıq vermək lazımdır ki o, güclü qanaxma və ya davamlı yüksək hərarət olduğu halda tibbi yardım üçün müraciət etməlidir (medikamentoz abortu aparan və ya təxirəsalınmaz tibbi yardım göstərən digər tibb müəssisəsinə).

Ağrı

Ağrıdan şikayət, ağrının hiss edilməsi və ağrısızlaşdırmaya ehtiyac qadının mədəni və fərdi xüsusiyyətlərindən asılıdır. Ağrı döl hissələri uşaqlıqdan qovulduqdan sonra keçir, ancaq nadir hallarda qalaraq, döl hissələrinin tam qovulmaması və cərrahi müdaxilənin aparılmasına ehtiyac olduğunu göstərir. Qadını sakitləşdirmək və ağrını aradan qaldırmaq üçün qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərman vasitələri (məsələn, ibuprofen) tövsiyə olunur **(B)**.

Qanlı ifrazat

Uğurla nəticələnmiş medikamentoz abort zamanı vaginal qanaxma qeyd olunur. Vaginal qanaxma adi aybaşı ilə müqayisədə daha gur və uzunmüddətli ola bilər, lakin, adətən, hemoqlobinin səviyyəsinə bir qayda olaraq təsir göstərmir. Ən güclü qanaxma prostaqlandin qəbulundan 3-6 saat sonra qeyd olunur. Qanaxma, adətən, 1 həftə davam edir, bəzi qadınlarda 3-4 həftəyədək davam edə bilər. Gigiyenik bezləri saymaqla qanaxmanın həcmini daha dəqiq qiymətləndirmək mümkündür.

Qadına, iki saat ərzində hər saatda ikidən artıq böyük gigiyenik bez istifadə etdiyi halda, həkimə müraciət etmək tövsiyə olunmalıdır!

Klinik əhəmiyyət kəsb edən anemiyaya gətirən güclü və ya uzunmüddətli qanaxma çox nadir hallarda qeyd olunur.

Hemodinamik pozulmalara gətirən qanaxma qeyd olunduqda venadaxili maye infuziyası tələb oluna bilər. Təxminən 1% halda qanaxmanı dayandırmaq məqsədilə cərrahi müdaxilə tələb oluna bilər. Qanköçürməyə ehtiyac daha az hallarda qeyd olunur (0,1-0,2%) və o, dəqiq tibbi göstərişlərə əsasən aparılır.

Hipertermiya

Bəzi hallarda mizoprostol hərarətin yüksəlməsinə səbəb ola bilər. Yüksək hərarət, adətən, 2 saatdan çox davam etmir. Tibbi abort zamanı uşaqlığın/kiçik çanaq üzvlərinin iltihabı nadir hallarda qeyd olunur. Hipertermiya bir neçə gün davam edərsə və ya prostaqlandin qəbulundan bir neçə gün sonra meydana çıxarsa, bu infeksion prosesin olmasına dəlalət edə bilər.

Hipertermiya zamanı addımlar:

- hərarətsalıcı vasitə vermək və qadını sakitləşdirmək
- yüksək hərarət 4 saatdan artıq davam edərsə və ya mizoprostolun qəbulundan 1 gün keçdikdən sonra meydana çıxarsa, tibb müəssisəsinə zəng etməyin və ya tibbi yardım üçün müraciət etməyin (medikamentoz abort aparılmış tibb müəssisəsinə və ya təxirəsalınmaz tibbi yardım göstərən digər tibb müəssisəsinə) vacib olması barədə qadına məlumat vermək lazımdır

Mədə-bağırsaq traktı tərəfindən mümkün olan simptomatika

Medikamentoz abort zamanı təxminən 50% halda ürəkbulanma və hər 3 qadından birində qusma müşahidə olunur. Bu simptomlar həm hamiləliklə, həm də abort məqsədilə istifadə olunan preparatların qəbulu ilə əlaqədar ola bilər. Ürəkbulanma və qusma mifepriston qəbulundan sonra meydana çıxa və ya daha nəzərə çarpan ola bilər və bir qayda olaraq mizoprostol qəbulundan bir neçə saat sonra keçir.

Qısamüddətli diareya mifepriston qəbulundan sonra hər 4 qadından birində qeyd olunur. Diareya əlamətləri tez keçdiyindən müalicə az hallarda tələb olunur. Mizoprostol qəbulundan sonra da bəzi hallarda diareya qeyd olunur (təxminən hər 4 qadından birində). Diareya, adətən, özbaşına keçir. Müdaxilə tələb olunarsa, simptomatik müalicənin təyin olunması məqsədəuyğundur.

Yoluxucu ağırlaşmalar

Medikamentoz abortdan sonra ciddi yoluxucu ağırlaşmalar (venadaxili antibiotik təyini və hospitalizasiya tələb edən) nadir hallarda qeyd olunur. Əksər hallarda medikamentoz abortdan sonra meydana çıxan infeksion ağırlaşmalar ciddi olmur və ambulator şəraitdə peroral antibiotik qəbulundan sonra aradan qalxır. Medikamentoz abort zamanı antibiotiklərin rutin təyini tövsiyə olunmur **(C)**.

II. Hamiləliyin birinci trimestrində cərrahi abort (vakuum-aspirasiya)

Cərrahi abort – manual və elektrik vakuum-aspirasiya metodları ilə aparılan təhlükəsiz və effektiv prosedurdur **(A)**. Vakuum-aspirasiya axırıncı aybaşının birinci günündən hesablanmaqla hamiləliyin 12-ci həftəsinə qədər tətbiq oluna bilər (ambulator şəraitdə hamiləliyin 9-cu həftəsinə qədər). Vakuum-aspirasiyanın effektivliyi 99,5%-dən yüksəkdir.

Manual vakuum-aspirasiya

Manual vakuum-aspirasiyanın icrası üçün bir və ya iki qapaqlı 60 ml-lik şpris istifadə olunur. Qapaqların köməyi ilə vakuum yaradılır (minimum 55 mm c.s.). Şprisə uşaqlığın ölçülərindən asılı olaraq 5-12 mm diametrli elastik plastik kanyula birləşdirilir (*Cədvəl 4*). Şprisin işlənməsi qaydası *Əlavə 4*-də verilib.

***Cədvəl 4*. Vakuum-aspirasiya üçün istifadə edilən kanyulaların ölçülərinin uşaqlığın ölçülərinə uyğunluğu**

Uşaqlığın təxmini ölçüləri (hamiləliyin müddətinə uyğun - axırıncı aybaşının birinci günündən hesablanmaqla)	Kanyulaların ölçüləri
5-6 həftə	5-6 mm
7-8 həftə	7 mm
9-10 həftə	7-10 mm
10-12 həftə	9-12 mm

Cərrahi abortun aparılması üçün yuxarıda medikamentoz abort üçün nəzərdə tutulanlardan başqa aşağıdakı **əlavə müayinələr** aparılmalıdır:

Laborator müayinə:

1. hemoqlobinin **(D)** və hematokritin təyini
2. qan qrupu və Rh-faktorun təyini
3. qanın HBV, HCV, RV, İİV-ə müayinəsi
4. uşaqlıq yolundan və uretradan yaxmanın mikroskopik müayinəsi

Cinsiyyət üzvlərinin infeksiyası olan qadınlarda abortdan sonra KÇOİX inkişaf edə bilər **(A)**.

İnfeksiyaların profilaktikası və müalicəsi KÇOİX-nin tezliyini azaldır **(A)**.

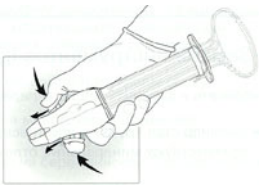
Hazırlıq

Proseduru başlamazdan qabaq qadın tərəfindən məlumatlı razılıq vərəqəsinin imzalandığına və tibbi avadanlığın işlək vəziyyətdə olduğuna əmin olmaq lazımdır.

MVA Plus aspirator və EasyGrip İPAS kanyulasından istifadə etməklə əl vakuum-aspirasiyasının (VA) yerinə yetirilməsi üzrə addımlar:

Addım 1: alətlərin hazırlanması:

- ▶ porşen tamamilə silindrin daxilinə yerləşdirilir
- ▶ muftanın ştoporu yerinə qoyulur, cəftəsi olan silindrin dəliklərində qapaqların düyməcikləri aşağı və önə, blokada olana qədər basılır (*Şəkil 1*)
- ▶ porşen dəstəklərin xaricdə cəftəsi bağlanana və silindrin əsasında olana qədər arxaya çəkilir (*Şəkil 2*)



Şəkil 1.

Şəkil 2.

(Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors. http://hetv.org/resources/reproductive-health/impac/Procedures/Manual_vacuum_P65_P68.html)

Addım 2: qadının hazırlanması:

- qadının sidik kisəsi boş olmalıdır
- uşaqlığın ölçülərini və vəziyyətini müəyyən etmək məqsədilə bimanual müayinə aparılır
- güzgü daxil edilir və güzgü vasitəsilə müayinə aparılır

Addım 3: uşaqlıq boynunun antiseptiklə işlənməsi:

- "toxunmamaq" prinsipinə riayət edilməlidir: uşaqlıq boşluğuna daxil edilən heç bir alət, uşaqlıq boynundan keçənədək qeyri-steril səthlə təmasda olmamalıdır
- uşaqlıq boynunun daxili səthini təmizləmək məqsədilə antiseptik məhlul hopdurulmuş tamponlardan istifadə edilir
- təmizləmə uşaqlıq boynunun daxilindən başlayıb spiralvari hərəkətlərlə davam etdirilərək başa çatdırılır. Eyni sahəni antiseptiklə təkrar işləməyə ehtiyac yoxdur
- uşaqlıq boynu antiseptiklə tam örtülənə qədər hərəkət davam etdirilir

Addım 4: paraservikal blokadanın icra edilməsi (*Əlavə 3*):

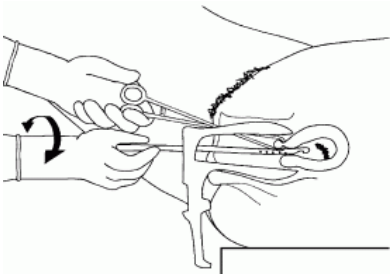
- manual vakuum-aspirasiyanın icrası üçün uşaqlıq boynunun mexaniki genişlənməsi tələb olunduqda paraservikal blokada tövsiyə olunur
- əvvəlcə gülləvari maşalar qoyulur
- intoksikasiyadan qaçmaq məqsədilə paraservikal blokada preparatın mümkün qədər aşağı dozasından istifadə edilməklə aparılmalıdır (lidokain 200 mq)

Addım 5: uşaqlıq boynunun genişləndirilməsi:

- əgər uşaqlıq boynu kifayət qədər genişlənməyibsə, mexaniki genişləndiricilərdən və ya böyük ölçülü kanyuladan istifadə edilir
- uşaqlıq boynu o ölçüyə qədər genişləndirilməlidir ki, kanyula sıx (kip) keçə bilsin

Addım 6: kanyulanın daxil edilməsi:

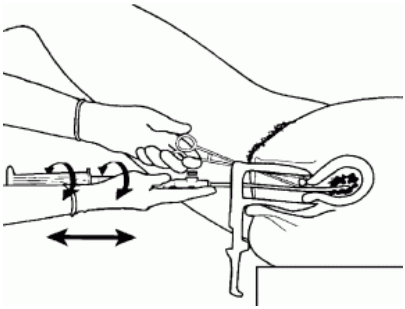
- ▶ gülləvari maşanı tutaraq, kanyula uşaqlıq boynundan uşaqlığın dibinə toxunana qədər daxil edilir, sonra bir qədər geriyə çəkilir (*Şəkil 3*)
- ▶ kanyulanı güc tətbiq etməklə daxil etmək olmaz



Şəkil 3. Kanyulanın daxil edilməsi
(Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors. http://hetv.org/resources/reproductive-health/impac/Procedures/Manual_vacuum_P65_P68.html)

Addım 7: uşaqlıq boşluğu möhtəviyyatının sorulması:

- ▶ hazırlanmış aspirator kanyulaya birləşdirilir
- ▶ düyməcik basılaraq, vakuum xaric edilir
- ▶ hər istiqamətdə yüngül və yavaşca 180° fırladılmaqla, daxilə-xaricə hərəkətlərdən istifadə edilməklə uşaqlığın daxilində olan möhtəviyyat xaric edilir (*Şəkil 4*)
- ▶ möhtəviyyat xaric edildikdən sonra barmaq düyməciklərdən çəkilir, kanyula aralanır və ya çıxarılır



Şəkil 4. Uşaqlıq boşluğu möhtəviyyatının sorulması
(Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors. http://hetv.org/resources/reproductive-health/impac/Procedures/Manual_vacuum_P65_P68.html)

Uşaqlığın boş olduğunu göstərən əlamətlər:

- kanyulanın arxasında toxuma olmayan qırmızı və ya çəhrayı köpük görünür
- kanyula boşalmış uşaqlığın səthinə toxunanda, quma toxunma hissiyyatı yaranır
- uşaqlıq yığılır və kanyullyanı sıxır
- qadın spazmların, ağrıların olmasından şikayət edir ki, bu da uşaqlığın yığılmasının əlamətidir

Addım 8: toxumaların yoxlanılması:

- aspiratorun daxilində olan toxumalar konteynerə boşaldılır
- toxumalar mayalanma məhsullarının, tam boşalmanın və xorionadenomanın olub-olmamasına görə müayinə edilir
- əgər bu müayinə kifayət etmirsə, material düz bir səth üzərinə qoyulur, su və ya sirkə əlavə edilir və işıq mənbəyi arxada yerləşdirilmə şərti ilə ona işıqda baxılır

Addım 9: eyni vaxtda icra oluna bilən işlərin yerinə yetirilməsi:

- prosedur sona çatdıqdan sonra kontrasepsiya üzrə tədbirlər yerinə yetirilir, məsələn UDV daxil edilir

Addım 10: alətlərin işlənməsi:

- prosedur sona çatdıqdan sonra təxirə salınmadan bütün alətlər antiseptik məhlullarla işlənməli və ya tullanmalıdır (aspirator və kanyulalar) (*Əlavə 4*)

İmkan olduğu təqdirdə hamiləliyin pozulması zamanı ultrasəs müayinəsindən istifadə etmək tövsiyə olunur.

Abortdan sonra məsləhətvermə

Aşağıda qeyd olunan məlumatlar qadına çatdırılmalıdır:

- medikamentlərin təyini (ehtiyac olarsa)
- bir neçə həftə ərzində cüzi və ya yaxmaşəkilli qanlı ifrazatın qeyd oluna biləcəyi
- normada aybaşının 4-8 həftədən sonra başlanması
- ürəkbulanma və qusmanın 24 saata qədər davam edə biləcəyi

- bir neçə gün ərzində spazmların qeyd oluna biləcəyi (analgetiklər qəbul etmək olar)
- qadın güclü qanaxma, ağrı, hərarət, zəiflik və digər narahat edən əlamətlər olduqda müraciət ediləcək yeri bilməlidir
- tam sağalana qədər cinsi münasibətdə olmamalıdır

Əmin olmaq lazımdır ki, qadın təxirəsalınmadan tibb müəssisəsinə müraciət etməyi tələb edən əlamətlər barədə məlumatlıdır:

- iki həftədən çox davam edən qanaxma və ya qanlı ifrazatın intensivliyi adi aybaşı ilə müqayisədə çox olduqda
- intensivliyi artan dözülməz ağrı olduqda
- gəyirib qaytarma və qusma olduqda
- 24 saatdan artıq davam edən yüksək hərarət, üşütmə olduqda
- xoşagəlməz qoxulu və ya irinli vaginal ifrazat olduqda

NATAMAM ABORTUN MÜALİCƏSİ

Natamam abort abortun fəsadlarından biridir. Daha çox medikamentoz abortlar zamanı baş verir. Əsas simptomlar uşaqlıq yolundan qanaxma və qarında ağrıdır, həmçinin qoşulmuş infeksiyanın klinik təzahürləri aşkarlana bilər. Cərrahi abort zamanı uşaqlıq daxilindən xaric olunan toxumaların görünüşü hamiləliyin təxmin edilən müddətinə uyğun deyilsə natamam abort haqqında düşünmək lazımdır.

Natamam abortun müalicə metodları bunlardır: gözləmə taktikası, vakuum-aspirasiya və medikamentoz metod. Gözləmə taktikasının məğzi həkim müdaxiləsi olmadan döl hissələrinin uşaqlıqdan özbaşına qovulmasının gözlənilməsidir. Gözləmə taktikasının effektivliyi cərrahi və medikamentoz metodlarla müqayisədə aşağıdır. Cərrahi müalicə metodları – elektrik vakuum-aspirasiya və manual vakuum-aspirasiyadır. Vakuum-aspirasiya və manual vakuum-aspirasiyanın effektivliyi yüksəkdir (91,5-100%), lakin az da olsa infeksiya, uşaqlıq boynunun cırılması, uşaqlığın perforasiyası kimi ciddi ağırlaşmaların riski mövcuddur.

Qadın natamam abortun müalicəsi məqsədilə mizoprostol qəbulunu seçirsə, bir qayda olaraq tibb müəssisəsinə gəlməlidir. Birinci gəliş zamanı natamam abortun olması müəyyənləşdirilir,

qadına preparatın qəbulundan sonra gözlənilən hallar barədə məlumat verilir və mizoprostol təyin olunur. Əsassız cərrahi müdaxiləyə yol verməmək üçün təkrar gəliş mizoprostol qəbulundan ən azı 7 gün sonraya təyin olunur. Qanaxmanın dayandırılması və infeksiyanın qarşısının alınması kimi tibbi göstərişlər olmadığı halda cərrahi müdaxilənin 7 gündən tez aparılması məsləhət görülmür. Qadın bilməlidir ki, müalicənin istənilən mərhələsində, ehtiyac olarsa, tibbi yardım üçün müraciət edə bilər.

Natamam abortun mizoprostolla müalicəsi (*Cədvəl 5*)

Metodun istifadəsi üçün meyarlar:

- uşaqlıq boynu açıqdır
- hazırkı hamiləlikdə vaginal qanaxma qeyd olunub və ya hal-hazırda qeyd olunur
- uşaqlığın ölçüləri 12 həftəliyə qədər hamiləliyə uyğundur (axırıncı aybaşının birinci günündən hesablanmaqla)

Aşağıdakı hallarda metodun istifadəsi əks-göstərişdir:

- anamnezdə mizoprostola və ya digər prostaqlandinlərə allergiya qeyd olunduqda
- uşaqlıqdankənar hamiləliyə şübhə olduqda
- kiçik çanaq orqanlarının infeksiya əlamətləri və/və ya sepsis olduqda
- hemodinamik pozuntular/kollaps olduqda

***Cədvəl 5*. Natamam abortun mizoprostolla tövsiyə olunan müalicə sxemləri**

Mizoprostol dozası	Qəbul yolu
600 mkq	per os
400 mkq	sublinqval

- mizoprostol qəbulu zamanı infeksiya riskinin yüksəlməsi sübut olunmamışdır
- mizoprostol uşaqlıqdankənar hamiləliyin və onun fəsadlarının inkişafına gətirmir, eyni zamanda müalicəvi təsir də göstərmir
- qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı keçirmiş qadınlara mizoprostol təyin etməməyə əsas yoxdur

Medikamentoz və cərrahi abortun üstünlükləri və çatışmazlıqları *Cədvəl 2*-də göstərilib.

Cədvəl 2. **Medikamentoz və cərrahi abortun üstünlükləri və çatışmazlıqları**

Medikamentoz abort	**Cərrahi abort**
Üstünlüklər	
▶ cərrahi prosedurdan və anesteziyadan yayınmaq olar ▶ daha "təbii", aybaşı kimi keçir ▶ bəzi qadınlar tərəfindən emosional cəhətdən daha asan keçirilir ▶ qadın tərəfindən nəzarət olunur, məxfilik təmin olunur, ev şəraitində aparıla bilər ▶ hamiləliyin çox erkən dövründə, ürək-qan-damar xəstəlikləri riski ilə müşayiət olunan, artıq dərəcədə piylənmə (BKİ >30), fibromalar, uşaqlığın inkişaf anomaliyaları olan, uşaqlıq boynunda əməliyyat keçirilmiş qadınlarda aparıla bilər ▶ uşaqlıq boynunun zədələnməsi riski yoxdur ▶ İİV, hepatit B və C və s. ötürülməsi təhlükəsi istisna olunur ▶ müəyyən klinik situasiyalarda hamiləliyin pozulmasının təhlükəsiz, yeganə məqbul metodudur: ✓ uşaqlığın inkişaf anomaliyaları olan qadınlarda ✓ qadın anesteziyasız abortun aparılmasını qəbul etmədiyi halda	▶ daha tez başa çatır ▶ tam aborta nail olunma ehtimalı daha yüksək olur ▶ bəzi qadınlar tərəfindən emosional cəhətdən daha asan keçirilir ▶ tibb müəssisəsində həyata keçirilir ▶ bəzi qadınlar üçün nisbətən az ağrılıdır
Çatışmazlıqlar	
▶ qanaxma, qarının aşağı nahiyəsində tutma şəkilli ağrılar, ürəkbulanma, diareya və digər yanaşı təsirlərin olması ▶ gözləmə, əminlik hissinin olmaması ▶ tibb müəssisəsinə gəlişlərin sayının nisbətən çox olması ▶ qiymət ▶ ancaq hamiləliyin 12-ci həftəsinədək aparıla bilər	▶ invaziv prosedurdur ▶ uşaqlıq cisminin və uşaqlıq boynunun zədələnmə riski ▶ infeksiyalaşma riski ▶ məxfiliyin, müstəqilliyin az qorunması imkanı

III. Hamiləliyin 9-cu həftəsindən sonra süni pozulması

Hamiləliyin 9-22-ci həftəsində medikamentoz abort

Hamiləliyin 9-12-ci həftəsində (63-84 gün) – 200 mq mifepriston per os qəbul olunur. Mifepriston qəbulundan 36-48 saat sonra 800 mkq mizoprostol uşaqlıq yoluna daxil edilir. Mizoprostol əlavə olaraq 3 saat fasilə ilə uşaqlıq yoluna və ya dil altına 400 mkq təyin olunur (4 dəfədən artıq olmamaq şərti ilə).

Hamiləliyin 12-ci həftəsindən sonra (84 gündən çox) – 200 mq mifepriston per os qəbul olunur. 36-48 saat sonra mizoprostol qəbuluna başlanır və bir neçə dəfə mizoprostol qəbulu təkrar olunur. Mifepriston qəbulundan sonra mizoprostolun ilk dozasının uşaqlıq yoluna 800 mkq yeridilə və ya 400 mkq daxilə qəbul oluna bilər. Mizoprostolun əlavə dozaları 400 mkq-dan çox olmamalı və 3 saat fasilə ilə uşaqlıq yoluna və ya dil altına təyin olunmalıdır (4 dəfədən artıq olmamaq şərti ilə).

Abort baş vermədikdə 12 saat fasilə vermək və mizoprostol qəbulunu davam etdirmək lazımdır (400 mkq – 4 doza). Abort başa çatmadığı halda cərrahi üsulla döl yumurtasının elementləri xaric edilməlidir.

Mifepriston preparatı olmadığı halda medikamentoz abort

Hamiləliyin 12-ci həftəsinə qədər (84 günə qədər) – 800 mkq mizoprostol uşaqlıq yoluna və ya dil altına. Bu doza 3 dəfə təkrar oluna bilər (fasilə 3 saatdan az və 12 saatdan çox olmamaq şərtilə).

Hamiləliyin 12-ci həftəsindən sonra (84 gündən çox) – 400 mkq mizoprostol uşaqlıq yoluna və ya dil altına (3 saat fasilə ilə dozanı təkrar qəbul etmək, 5 dəfədən artıq olmamaq şərti ilə).

Hamiləliyin 22-ci həftəsinədək cərrahi abort

Mexaniki genişləndiricilərdən və ya farmakoloji preparatlardan istifadə etməklə uşaqlıq boynunun hazırlanması və uşaqlıq divarlarının metal küretlərin köməyi ilə qaşınması ilə icra olunan abort vakuum-aspirasiya ilə müqayisədə daha təhlükəli və ağrılıdır. Fəsadların səviyyəsi də vakuum-aspirasiya ilə müqayisədə 2-3 dəfə yüksəkdir. Bu səbəbdən küretaj vakuum-aspirasiya ilə əvəz olunmalıdır!

Vakuum-aspirasiya tətbiq olunduqda uşaqlıq kanyula və lazım olduqda küt maşa vasitəsilə boşaldılmalıdır.

Vakuum-aspirasiya zamanı ehtimal olunan ağırlaşmalar *Əlavə 5*-də göstərilir.

Vakuum-aspirasiya 14 həftə hestasiya müddətinə qədər uyğun cərrahi abort metodudur **(B)**.

Elektrik və əl vakuum-aspirasiyası effektivdir və qadınlar, həm də həkimlər tərəfindən yaxşı qəbul edilir **(A)**.

Hestasiya müddəti 7 həftədən aşağı olduğu hallarda vakuum aspirasiyanı tətbiq edərək abortun tam olduğuna əmin olmaq üçün müvafiq tədbirlər görmək, o cümlədən aspirasiya olunan materialı nəzərdən keçirmək lazımdır **(B)**.

Vakuum-aspirasiya 14-16 həftə hestasiya müddətində də aparıla bilər. Bu hallarda abortun tamamlanması üçün böyük hissələrin xaric edilməsi məqsədilə maşanın istifadəsindən çəkinib böyük ölçülü kanyula və borulardan istifadə etmək məqsədəuyğundur **(A)**.

Vakuum-aspirasiya tətbiq olunduqda uşaqlıq kanyula və lazım olduqda küt maşa vasitəsilə boşaldılmalıdır. Prosedurun tamamlanması üçün iti küretaj istifadə edilməməlidir (D).

Vakuum-aspirasiyada ultrasəs müayinəsi məsləhət görülür, lakin fəsadsız keçən hallarda rutin olaraq tələb olunmur **(C)**.

Genişləndirmə və evakuasiya

Genişləndirmə və evakuasiya (GE) 14 həftədən artıq hestasiya olan hallarda müvafiq cərrahi abort metodudur **(A)**.

GE aparıldıqda cərrahi ağırlaşmalar riskini azaltmaq məqsədilə prosedur US nəzarəti ilə aparılmalıdır **(B)**.

Uşaqlıq boynu kanalının cərrahi aborta hazırlanması

Bütün hallarda servikal kanalın hazırlığı nəzərdə tutulmalıdır **(B)**.

Hamiləliyin 14-cü həftəsindən sonra servikal kanalın hazırlanması məqsədilə aşağıda qeyd edilən preparatların istifadəsi məsləhət görülür.

Mizoprostol 400 mkq cərrahi abortdan 3 saat əvvəl uşaqlıq yoluna və ya 2-3 saat əvvəl dil altına qoyulur **(B)**. Mizoprostolu uşaqlıq yoluna qadının özü və ya həkim yeridir **(B)**.

Hamiləliyin 14-cü həftəsindən sonra cərrahi abortlar zamanı osmotik genişləndiricilərdən (laminariyalardan) istifadə etmək daha məqsədəuyğundur **(B)**.

Vakuum-aspirasiya zamanı qanaxmanın profilaktikası məqsədilə oksitosin və ya erqometrin* tərkibli preparatların istifadəsi tövsiyə olunmur **(A)**.

Vakuum-aspirasiya

Vakuum-aspirasiya 14-cü həftəyə qədər hamiləlikdə uyğun cərrahi abort metodudur **(B)**.

Rh-immunoqlobin

Anti-D immunoqlobulin izoimmunizasiyası olmayan (qanında rezus faktora qarşı anticismlər olmayan) rezus-mənfi qadınlara 72 saat ərzində yeridilməlidir (abortun növündən asılı olmayaraq). İmmunoqlobulinin yeridilməsi tibbi sənəddə qeyd edilməlidir **(B)**.

Abortdan sonra kontrasepsiya

Qadına abortdan sonra kontrasepsiya və kontrasepsiyadan istifadəyə başlama vaxtı barədə məlumat verilməlidir.

Fertillik

Medikamentoz abort qadının fertilliyinə təsir göstərmir. Abortdan sonra növbəti aybaşı dövründə qadın hamilə ola bilər.

---

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi

Əlavə 1

Hestasiya yaşının təyinində həftələrlə günlərin uyğunluğu cədvəli

Həftələr	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Günlər	0-6	7-13	14-20	21-24	28-34	35-41	42-48	49-55	56-62	63-69	70-76	77-83	84-90

Həftələr	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Günlər	91-97	98-104	105-111	112-118	119-125	126-132	133-139	140-149	147-153	154-160

Qadın üçün yaddaş

Medikamentoz abort nə deməkdir?

Medikamentoz abort iki növ həbdən istifadə etməklə hamiləliyin pozulması yoludur. Bu, cərrahi yolla aparılan aborta alternativ üsuldur. Medikamentoz abort tibbi müayinədən sonra və yalnız həkimin nəzarəti altında aparılmalıdır.

Medikamentoz abortun üstünlükləri hansılardır?

- üsul 95% effektivdir
- üsul ən az fəsadlıdır, anesteziya ilə keçirilən cərrahi abort ilə müqayisədə risk təhlükəsi çox aşağıdır
- infeksiyanın və ya ağırlaşmaların riski ən aşağıdır
- psixoloji cəhətlən bəzi qadınlar üçün daha məqbuldur, çünki daha təbiidir (menstruasiya kimi)
- anonimdir və istifadədə asandır

Medikamentoz abort zamanı nə kimi əlavə təsirlər ola bilər?

- qadınlarda qanaxma, ürəkbulanma və qıcolma kimi hallar baş verə bilər
- medikamentoz abort prosesi cərrahi abortdan daha çox vaxt aparır və tibb müəssisəsinə təkrar gəliş tələb edir

Medikamentoz abort baş tutmayan nadir hallarda abortu tamamlamaq üçün cərrahi metod istifadə edilir.

Əlavə təsirlər bir-neçə saatdan sonra tam olaraq keçir, yalnız qanaxma bir həftə və ya bir qədər çox çəkə bilər

Medikamentoz abortu hamiləliyin hansı müddətində etmək olar?

Medikamentoz abort 9-cu həftəyə qədər (≤63 günlük) hamiləlik müddəti ilə bətndaxili hamiləliyin pozulmasında effektivdir.

Medikamentoz aborta əks-göstərişlər:

- təsdiqlənmiş və ya şübhə altında olan uşaqlıqdankənar hamiləlik
- uşaqlıqdaxili vasitə (uşaqlıqdaxili vasitə çıxarıldıqdan sonra tətbiq oluna bilər)
- böyrəküstü vəzlərin xronik çatışmazlığı

- qadının paralel olaraq uzun müddətli kortikosteroid terapiyasını qəbul etməsi
- anamnezdə mifepriston və ya prostaqlandinlərə olan allergiya
- hemorragik pozulmalar və ya antikoaqulyant terapiyasının qəbul edilməsi

Medikamentoz abort zamanı nə vaxt həkimə müraciət etməli?

Medikamentoz abortu yerinə yetirməzdən əvvəl həkim baş verə biləcək ağırlaşmalar və lazımi tədbirlər haqqında qadına məlumat verməlidir. Qadın güclü qanaxması ilə əlaqədar ardıcıl olaraq 1 saat ərzində 2 ədəd maxipads istifadə etdikdə və yaxud onun 24 saatdan çox davam edən yüksək hərarəti olduqda həkimə məsləhət almaq üçün müraciət etməlidir.

Medikamentoz abortdan sonra sonsuzluq baş verə bilərmi?

Xeyr. Medikamentoz abortdan sonra hamilə qalmaq qabiliyyəti çox tez bərpa olunur (hətta növbəti aybaşı dövrünün başlanmasına qədər yenidən hamilə qalma halları qeyd olunur). Məhz ona görə medikamentoz abortdan sonra qadının hamiləliyin qarşısını alan metodlardan istifadəyə başlaması vacib sayılır. Kombinə olunmuş oral kontraseptivlər mizoprostolun qəbulu günündən başlayaraq istifadə oluna bilər **(A)**[*], baryer kontraseptiv vasitələrdən istifadəyə əks-göstəriş yoxdur. Uşaqlıqdaxili vasitələr abort tam bitəndən sonra infeksiya əlamətləri və qadının hamilə olmadığı halda qoyula bilər[*].

Medikamentoz abort müvəffəqiyyətsizliyə uğrayırmı?

Gynuity layihəsinin texniki dəstəyi ilə Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu və Ailə Planlanması Mərkəzi tərəfindən 2009-2012-ci illərdə Respublikamızın üç şəhərində (Bakı, Gəncə, Zaqatala) 860 qadına medikamentoz abort aparılmışdır. Nəticədə yalnız 2% qadına, baş vermiş fəsadları (natamam abort və ya qanaxma) aradan qaldırmaq üçün, cərrahi üsulla müdaxilə edilmişdir.

---

[*] bax "Reproduktiv sağlamlıq/ailə planlaşdırılması üzrə klinik protokol". Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi, Bakı, 2009. - 142 səh.

Paraservikal blokada

Cərrahi abort zamanı paraservikal blokada (pasiyentin rəsmi şəkildə imtina etdiyi hallar istisna olmaqla) aparılmalıdır. Bunun üçün lidokain istifadə edilir (liqnokain* və ya ksilokain*). Pasiyentin lidokainə allergiyası olmadığına əmin olmaq lazımdır. Hər biri 5 ml olmaqla 4 doza (cəmi 20 ml) 5%-li lidokain (pinefrinsiz) uşaqlıq boynunun selikli qişasına, xarici dəliyin ətrafına saat 2, 4, 8, 10 proyeksiyalarında yeridilir (qan damarına düşməmək üçün ehtiyatlı olmaq lazımdır).

Ümumi anesteziya: abortun ümumi anesteziya altında aparılması məsləhət görülmür, belə ki, narkoz prosedurun riskini artırır.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Şpris-aspirator MVA

Protokolda qeyd olunan işlənmə variantları şpris-aspiratorun ən optimal təkrar istifadəsi təcrübəsinə uyğundur.

Protokolda qeyd olunmayan kimyəvi maddələr aləti zədələyə bilər.

Kanyulalar birdəfəlik istifadə üçün nəzərdə tutulmuşdur və infeksiyalaşmış tullantı kimi atılmalıdır.

MVA şprisin yığılması və vakuumun yaradılması:

1. Şprisin bütün hissələri detergentli su ilə yuyulmaqla təmizlənməlidir. Möhkəmləndirici həlqəli qapaq çıxarılmalı və plunjer korpusdan çəkilməlidir. Yavaş-yavaş burmaqla klapan bloku çıxarılır (şprisin ikili klapanı olarsa, möhkəmləndirici həlqəni klapanın daxilindən də xaric etmək lazımdır) (*Şəkil 5*).

Şəkil 5.

(Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors. http://hetv.org/resources/reproductive-health/impac/Procedures/Manual_vacuum_P65_P68.html)

Möhkəmləndirici həlqələri xaric etmək məqsədilə iti əşyalardan istifadə etmək olmaz. Bütün hissələr yumşaq fırçadan istifadə etməklə təmizlənir. Şprisin hissələri təmiz su ilə yuyulur, təmiz dəsmalla silinir və ya havada qurudulur.

2. Manual vakuum-aspirasiya üçün şprisi sterilizə və ya dezinfeksiya etmək lazımdır.

   Şprisin sterilizasiyasını avtoklavda aparmaq olmaz.

   Aşağıdakı variantlar mövcuddur

   Şprisin hissələrinin təmizlənib, yuyulub qurudulduqdan sonra dezinfeksiya edilməsi. Bu məqsədlə şpris 2% qlutar aldehid məhlulunda (məsələn, Cidex) və ya 0,1%-li xlor

məhlulunda 20 dəqiqə ərzində saxlanılır. Sonra şprisi steril su ilə yuyub silmək və ya havada qurutmaq lazımdır.

Şprisin sterilizasiyası. 2% Qlutar aldehid məhlulunda (məsələn, Cidex) instruksiyaya riayət etməklə (və ya protokola uyğun digər məhlulda) 10 saat ərzində saxlamaq, sonra steril su ilə yumaq lazımdır

3. İstifadə etməzdən öncə şprisin həlqəsini yağlamaq və vakuumu saxlamaq qabiliyyətini yoxlamaq lazımdır.

   Plunjerdən kiçik möhkəmləndirici həlqə çıxarılır. Həlqənin üzərinə silikon, 1 damcı qliserin və ya maye sabun damcıladılır və həlqənin üzərinə yayılır. Şprisin klapanı ikilidirsə, möhkəmləndirici həlqəni yağlamaq lazım deyil. Sonra şpris yenidən yığılır. Bunun üçün plunjer dəstəklərindən tutmaqla korpusa daxil edilir. Plunjeri bir neçə dəfə önə-arxaya hərəkət etdirməklə korpus yağlanır.

Klapanı basmaqla və plunjeri onun dəstəkləri aralanana qədər çəkməklə vakuum yoxlanılır. Şprisi 2-3 dəqiqə ərzində bu vəziyyətdə saxlamaq, sonra klapanı azad etmək lazımdır. Bu zaman daxil olan havanın səsi eşidilir, bu şprisin vakuumu saxladığını göstərir (*Şəkil 6*).

Şəkil 6.

(Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors. http://hetv.org/resources/reproductive-health/impac/Procedures/Manual_vacuum_P65_P68.html)

Əgər havanın səsi eşidilmirsə, plunjeri çıxarmaq və möhkəmləndirici həlqədə yad cisimlərin, həlqədə və şprisin korpusunda çatların olub-olmamasını yoxlamaq lazımdır. Əgər bununla belə şpris vakuumu saxlamırsa, onu atmaq lazımdır.

İnfeksiyanın qarşısını almaq məqsədilə aşağıda qeyd olunanlara riayət edilməlidir:

- ✓ pasiyentlə hər təmasdan əvvəl və sonra əllər yuyulmalıdır
- ✓ hər pasiyentin qanı və ya orqanizminin istənilən mayesi infeksiya mənbəyi kimi qəbul edilməlidir
- ✓ pasiyentin qanı və ya orqanizminin digər mayesi ilə təmas ehtimalı olduğu halda şəxsi mühafizə vasitələrindən (əlcək, xalat, maska) istifadə etmək lazımdır
- ✓ dəri örtüklərinin zədələnməsindən qorunmaq lazımdır
- ✓ təmassız metodikadan istifadə edilməlidir: prosedur zamanı kanyulanın ucu və ya uşaqlıq boşluğuna daxil edilən istənilən alət qeyri-steril səthə, o cümlədən uşaqlıq yolunun divarlarına toxunmamalıdır.

Cərrahi abortun (manual vakuum-aspirasiya) erkən ağırlaşmaları və ağırlaşmaların aradan qaldırılması prinsipləri

Ağırlaşmalar	Əlamətlər	Ağırlaşmanın təsdiq edilməsi	Müalicə
Boşluğun tam boşaldılması halında uşaqlığın və ya uşaqlıq boynunun perforasiyasına şübhə	▶ Kanyulya uşaqlığın ehtimal olunan hüdudlarından kənara keçmişdir ▶ Kanyulya uşaqlıq boşluğunda olduğu halda vakuumun azalması qeyd olunur ▶ Bəzi hallarda güclü qanaxma, atipik ağrı qeyd olunur ▶ Bəzi hallarda şprisdə piy, bağırsaqlar və ya piylik müşahidə olunur	USM, histeroskopiyaya göndəriş vermək	▶ Vena daxilinə maye və antibiotiklər təyin edilməlidir. ▶ Əzələ daxilinə 0,2 mq erqometrin yeridilməlidir (qanaxma davam edərsə, 1 və ya maksimum 2 doza əlavə edilməlidir), omental və ya bağırsaq yırtığına şübhə olan hallar istisna olmaqla. ▶ 24 saat ərzində nəzarət edilir və ya pasiyent ixtisaslaşmış müəssisəyə göndərilir. ▶ İlk iki saat ərzində müntəzəm olaraq pasiyentdə həyat əlamətlərini və peritonun qıcıqlanma simptomlarını yoxlamaq lazımdır. ▶ Erqometrin və ya oksitosin təsiri altında vəziyyət pisləşirsə və ya qanaxma davam edirsə, pasiyent əməliyyata göndərilir.
Qarında ağrı	Uşaqlıq əzələsinin güclü yığılmaları	Kəskin hematometra	▶ Təxirə salınmadan uşaqlığın daxilində olan maye möhtəviyyatı və qan laxtaları aspirasiya edilir. ▶ Oksitosin təyin edilir və antibiotiklərlə müalicəyə başlanılır.

Qanaxma	İntensiv vaginal qanaxma	▶ Uşaqlıq boşluğunda döl yumurtasının elementlərinin ləngiməsi ▶ Uşaqlıq boynunun travması ▶ Nadir hallarda endometrial angioma müşahidə olunur (histerektomiya tələb oluna bilər)	▶ Döl yumurtasının elementlərinin ləngiməsi: uşaqlıq boşaldılmalıdır. ▶ Uşaqlıq boynunun travması: 5 dəqiqə ərzində kompressiya; qanaxma davam edərsə, tikiş qoyulmalı və ya pasiyent ixtisaslaşmış tibb müəssisəsinə göndərilməlidir.
Vaqo-damar reaksiyalar və ya bayılma	▶ Ümumi zəiflik, tərləmə, bradikardiya, tənəffüs hərəkətlərinin sayının azalması, ürəkbulanma, arterial təzyiqin düşməsi, halsızlıq	▶ Arterial təzyiq ölçülməli, nəbz sayılmalı, tənəffüsə nəzarət edilməlidir	▶ Prosedur dayandırılır və kanyulya xaric edilir. ▶ Pasiyenti böyrü üstə uzatmaq (qusuntu kütlələri və ya tüpürcəklə aspirasiyanın qarşısının alınması məqsədilə) lazımdır. ▶ Pasiyentin ayaq hissəsi yuxarı qaldırılır. ▶ Əgər pasiyentin vəziyyəti pisləşərsə, şok əleyhinə müalicə aparılmalıdır.
Venoz qaz emboliyası (nadir hallarda rast gəlinir)	▶ narahatlıq, dəri örtüklərinin avazıması, səthi tənəffüs ▶ Pasiyentlərin 10%-də hipotenziya, 30%-də hipoksemiya, 23%-də döş qəfəsi nahiyəsində ağrı qeyd olunur		▶ Venoz qaz emboliyası keçici vəziyyət olub, təhlükəsizdir. ▶ Təxirə salınmadan oksigen verilməli və venadaxili maye infuziyası təyin edilməlidir.

Ədəbiyyat

1. Demoqrafiya və Sağlamlıq Sorğusu, Azərbaycan, 2011. Yekun Hesabat. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi. - Bakı, 2013. - 327 səh.
2. Hamiləlik və infeksiyalar üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi. - Bakı, 2012. - 72 səh.
3. Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatı: 10-cu baxış.- I cild. - Cenevrə, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı. - 2002. - 470.
4. Reproduktiv sağlamlıq/ailə planlaşdırılması üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi. - Bakı, 2009. - 142 səh.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Medical management of abortion. Washington (DC) [Electronic resource]. - 2005 Oct. 12 p. (ACOG practice bulletin; no. 67). [79 references] - Availabe at: http://www.guideline.gov/content. aspx?id =8980 (06.09.2013).
6. Bibliographic Source(s) Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. [Electronic resource]. Intrauterine contraception. London (UK): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. - 2007. - [133 references] - Available at: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15599 (06.09.2013).
7. Guidelines for the Use of Mifepristone for Medical Abortion in New Zealand. [Electronic resource]. - Available at: http://www.abortion.gen.nz/docs/ASC_Technical_Committee_Report_24_Aug04.pdf (06.09.2013).
8. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors. Report. WHO, Genova. - 2000. - Available at: http://hetv.org/resources/reproductive-health/impac/Procedures/Manual_vacuum_P65_P68.html (06.09.2013).
9. Medical methods for first trimester abortion (Review) 19 Copyright. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. - 2010.
10. National Abortion Federation (NAF). Clinical policy guidelines. [Electronic resource]. Washington (DC): National Abortion Federation (NAF). - 2011. - 56. - Available at: http://www. guideline.gov/popups/printView.aspx?id=34050 (06.09.2013).

11. National Abortion Federation (NAF). Clinical policy guidelines. [Electronic resource]. Washington (DC): National Abortion Federation (NAF). - 2013. - 68. - Available at: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=46182 (06.09.2013).
12. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number, 7. November 2011 Published by the RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Registered Charity No. 213280. - November, 2011 - Available at: http://www.argentinosalerta.org/files/Abortion%20guideline_web_1.pdf (06.09.2013).
13. Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс] Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро Женева. - 2013. - 125. - Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/ 125370/WQ440r.pdf (06.09.2013).
14. Мизопростол для лечения неполного аборта: вводное руководство. [Электронный ресурс]. // Дженнифер Блум, Джиллиан Байнем [и другие].- Gynuity Health Projects 15 East 26th Street, 8th Floor New York, NY 10010 U.S.A. - Режим доступа: www.gynuity.org (06.09.2013).
15. Проведение медикаментозного аборта в условиях нехватки ресурсов: вводное руководство второе издание. [Электронный ресурс]. Gynuity Health Projects 15 East 26th Street, 8th Floor New York, NY 10010 U.S.A. - Режим доступа: www.gynuity.org (06.09.2013).
16. Руководства и протоколы по аборту в первом триместре беременности. [Электронный ресурс]. Хирургические и медикаментозные вмешательства. Издательство: Международная Федерация Планируемого Родительства Год: 2012 Страниц: 39 с. - Режим доступа: mirknig.com //1181582659-rukovodstva-i-protokoly-po-abortu (06.09.2013).