

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

23 декабря 2024 г. № 176

Об утверждении клинического протокола

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить клинический протокол «Оказание медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности» (прилагается).

2. Внести в клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии», утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 февраля 2018 г. № 17, следующие изменения:

в приложении 2 к этому клиническому протоколу:

из таблицы 1:

позиции

«Группа № 9.3. Средства для медикаментозного прерывания беременности (до 21 6/7 недель беременности)			
1	Мифепристон	Таблетки 200 мг внутрь. Внутрь 200–600 мг однократно.	
2	Мизопростол	Таблетки 200 мкг внутрь. Курсовая доза – 600–800 мкг.	Через 24–36 часов после приема мифепристона.»

исключить;

в приложении 4 к этому клиническому протоколу:

из таблицы 5:

позиции

«004 Медицинский аборт
Средства для медикаментозного прерывания беременности (до 21 6/7 недель беременности) (Группа № 9.3). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) до 72 часов при резус-отрицательной принадлежности женщины.»

исключить.

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство
по чрезвычайным ситуациям
Республики Беларусь

Национальная академия наук
Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
23.12.2024 № 176

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ **«Оказание медицинской помощи женщинам при искусственном** **прерывании беременности»**

ГЛАВА 1 **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях женщинам при искусственном прерывании беременности (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ–10) – О04 Медицинский аборт, О06 Аборт неуточненный, О07 Неудачная попытка аборта).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

вакуум-аспирация – метод искусственного прерывания беременности путем удаления плодного яйца с помощью специального вакуумного отсоса;

малое кесарево сечение – хирургическое вмешательство по извлечению плода и последа из полости матки через разрез ее стенки в сроке беременности до 21 недели 6 дней;

медикаментозный аборт – прерывание беременности путем применения лекарственных препаратов (далее – ЛП).

4. Выделяются следующие методы искусственного прерывания беременности:

4.1. искусственное прерывание беременности в сроке до 12 недель беременности:

медикаментозный аборт;

хирургические методы: вакуум-аспирация; искусственное прерывание беременности с удалением плодного яйца методом выскабливания слизистой оболочки полости матки;

4.2. искусственное прерывание беременности в сроке с 12 недель 0 дней по 21 неделю 6 дней:

медикаментозный аборт;

хирургический метод: малое кесарево сечение.

5. Решение о проведении искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям со стороны матери и (или) со стороны плода принимается врачебно-консультационной комиссией организации здравоохранения с участием врача-специалиста по профилю заболевания матери и (или) плода. Врачебно-консультационная комиссия организации здравоохранения выдает заключение по форме, установленной Министерством здравоохранения.

6. Фармакотерапия назначается в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента, тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии и клинико-фармакологической характеристики ЛП. При этом необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям и в режиме дозирования в соответствии с общей характеристикой ЛП и инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям, не указанным в инструкции по медицинскому применению (листке-вкладыше), дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

По решению врачебного консилиума объем лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

7. После искусственного прерывания беременности при наличии обильных кровяных выделений из влагалища назначается метилэргометрин (раствор для внутривенного (далее – в/в) или внутримышечного (далее – в/м) введения 0,2 мг в 1 мл) в/м или в/в медленно по 1 мл (0,2 мг) или окситоцин (раствор для в/м или в/в введения 5 МЕ в 1 мл) в/в струйно медленно (в течение 5 минут) в разведении по 1 мл (5 МЕ) или в/м 1–2 мл (5–10 МЕ), или в/в капельно 10 ЕД в 500 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл со скоростью 20–40 капель в минуту.

8. Непосредственно после проведения искусственного прерывания беременности (но не ранее чем через 4 часа) во II триместре беременности с целью подавления (предотвращения) лактации назначается бромкриптин (таблетки 2,5 мг) внутрь 1 таблетка в день прерывания беременности, затем по 1 таблетке 2 раза в сутки на протяжении 14 дней или каберголин (таблетки 500 мкг) внутрь 2 таблетки однократно.

9. Медицинская профилактика резус(D)-иммунизации после искусственного прерывания беременности проводится резус(D)-отрицательным несенсибилизированным (без анти-D антител) женщинам при резус(D)-положительной принадлежности крови биологического отца ребенка путем внутримышечного введения человеческого анти-D иммуноглобулина в дозе 750 МЕ (не менее 625 МЕ) в сроке с 5 до 12 недель и в дозе 1500 МЕ (не менее 1250 МЕ) в сроке после 12 недель.

ГЛАВА 2

ПРЕДАБОРТНОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

10. Преабортное психологическое консультирование (далее – ППК) проводится в организациях здравоохранения в отношении женщины, обратившейся за проведением искусственного прерывания беременности, а также в отношении членов семьи, которых женщина вправе определить. Основной целью проведения ППК является предоставление информации для принятия женщиной осознанного решения о сохранении беременности и рождении ребенка.

11. ППК не проводится в случаях искусственного прерывания беременности:
по медицинским показаниям;

по социальным показаниям для искусственного прерывания беременности согласно перечню, установленному постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 октября 2008 г. № 1580 «Об установлении перечня социальных показаний для искусственного прерывания беременности и признании утратившим силу постановления Совета Министров Республики Беларусь от 5 июля 2002 г. № 902».

12. После установления факта и срока беременности, оценки возможности сохранения беременности врач – акушер-гинеколог информирует женщину, обратившуюся за проведением искусственного прерывания беременности, о необходимости проведения ППК и ее праве определить членов семьи, в отношении которых может проводиться ППК.

13. ППК может проводиться психологом, врачом-психотерапевтом, врачом – акушером-гинекологом, прошедшими переподготовку на уровне высшего образования по специальностям, предусмотренным установленными в соответствии с законодательством квалификационными требованиями, предъявляемыми к психологам, врачам-психотерапевтам.

14. Для принятия окончательного решения об искусственном прерывании беременности или о сохранении беременности женщине предоставляется не менее 72 часов после проведения ППК.

15. При повторном визите женщины специалистами (психологом организации здравоохранения, врачом-психотерапевтом, врачом – акушером-гинекологом) проводится заключительная консультация с предоставлением информации о наличии информационных ресурсов, юридической, социальной, медицинской помощи, о мерах государственной поддержки семьи, о возможности постабортного психологического консультирования при необходимости. После проведения заключительной консультации женщине выдается заключение о проведении ППК.

ГЛАВА 3

ПОРЯДОК ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ МЕТОДОМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА В СРОКЕ ДО 12 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

16. Медикаментозный аборт проводится врачом – акушером-гинекологом в сроке до 8 недель 6 дней беременности в амбулаторных условиях, в сроке до 11 недель 6 дней беременности в стационарных условиях (при замершей беременности, по медицинским и социальным показаниям).

Этапы выполнения медикаментозного аборта включают 4 визита женщины к врачу – акушеру-гинекологу.

Для медикаментозного аборта применяются следующие ЛП:

мифепристон (таблетки 200 мг) для приема внутрь;

мизопропростол (таблетки 200 мкг) для приема внутрь;

комбинированный ЛП: (1 таблетка мифепристона 200 мг и 4 таблетки вагинальные мизопростола по 200 мкг).

17. Во время первого визита женщине назначаются следующие диагностические исследования перед искусственным прерыванием беременности методом медикаментозного аборта:

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов малого таза;

флюорография органов грудной клетки;

микроскопическое исследование мазков на флору из уретры, цервикального канала и влагалища;

исследование крови на сифилитическую инфекцию, вирус иммунодефицита человека (далее – ВИЧ-инфекция);

определение группы крови по системе АВ0, резус(D)-фактора (далее – Rh(D));

общий анализ крови (далее – ОАК);

общий анализ мочи;

биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, глюкоза, мочевины, аспаратаминотрансфераза (далее – АсАТ), аланинаминотрансфераза (далее – АлАТ));

коагулограмма (активированное частичное тромбиновое время (далее – АЧТВ), протромбиновое время (далее – ПВ), международное нормализованное отношение (далее – МНО), фибриноген;

медицинский осмотр врачом-терапевтом или врачом общей практики (далее – ВОП).

18. Во время второго визита после оценки врачом – акушером-гинекологом результатов диагностических исследований женщина в присутствии врача – акушера-гинеколога принимает внутрь мифепристон однократно в дозе 200 мг, в том числе в случае использования комбинированного ЛП.

После приема ЛП женщина находится не менее 2 часов в организации здравоохранения, где осуществляется медицинское наблюдение с оценкой общего состояния (определение артериального давления (далее – АД), частоты сердечных сокращений (далее – ЧСС), измерение температуры тела) женщины с кратностью 1 раз в 60 минут.

19. Во время третьего визита через 36–48 часов после приема мифепристона женщина в присутствии врача – акушера-гинеколога принимает внутрь мизопростол в дозе 200 мкг.

После приема ЛП женщина находится не менее 2 часов в организации здравоохранения, где осуществляется медицинское наблюдение с оценкой общего состояния (определение АД, ЧСС, измерение температуры тела) женщины.

В случае применения комбинированного ЛП через 36–48 часов после приема мифепристона врач – акушер-гинеколог интравагинально вводит 4 таблетки мизопростала (общая доза 800 мкг). Женщине необходимо оставаться в горизонтальном положении не менее 30 минут.

После интравагинального введения ЛП женщина находится не менее 4 часов в организации здравоохранения, где осуществляется медицинское наблюдение с оценкой общего состояния (определение АД, ЧСС, измерение температуры тела) женщины с кратностью 1 раз в 60 минут.

20. Четвертый визит осуществляется не ранее 14 суток с момента приема мифепристона.

Во время четвертого визита врачом – акушером-гинекологом выполняются:

оценка общего состояния (определение АД, ЧСС, измерение температуры тела) женщины;

оценка гинекологического статуса (характер выделений из половых путей, состояние внутренних половых органов) женщины;

выполняется УЗИ органов малого таза для подтверждения отсутствия плодного яйца или его элементов в полости матки.

21. В случае неполного аборта или прогрессирования беременности женщина направляется в больничную организацию, где в стационарных условиях выполняется удаление плодного яйца методом выскабливания слизистой оболочки полости матки либо повторно назначаются ЛП.

После выполнения медикаментозного аборта женщине даются рекомендации о медицинской реабилитации и методе контрацепции.

ГЛАВА 4

ПОРЯДОК ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ МЕТОДОМ ВАКУУМ-АСПИРАЦИИ

22. Вакуум-аспирация проводится врачом – акушером-гинекологом в организациях здравоохранения до 6 недель 6 дней беременности в амбулаторных или стационарных условиях.

Перед проведением вакуум-аспирации врач – акушер-гинеколог предоставляет женщине информацию о возможных осложнениях и о ходе проведения вакуум-аспирации.

23. Диагностическими исследованиями перед искусственным прерыванием беременности методом вакуум-аспирации являются:

УЗИ органов малого таза;

флюорография органов грудной клетки;

электрокардиография (далее – ЭКГ);

микроскопическое исследование мазков на флору из уретры, цервикального канала и влагалища;

исследование крови на сифилитическую инфекцию, ВИЧ-инфекцию;

определение антител IgM, IgG к поверхностному антигену вируса гепатита В (далее – HBs), антител к вирусу гепатита С (далее – HCV);
определение группы крови по системе АВ0 и Rh(D);
ОАК;
общий анализ мочи;
биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, глюкоза, мочеви́на, АсАТ, АлАТ);

коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, фибриноген);

медицинский осмотр врачом-терапевтом или ВОП.

24. Перед проведением вакуум-аспирации осуществляется:

медицинский осмотр женщины врачом – акушером-гинекологом, по медицинским показаниям – врачом – анестезиологом-реаниматологом;

опорожнение женщиной мочевого пузыря.

Выбор метода обезболивания вакуум-аспирации, осуществляется врачом – акушером-гинекологом, при необходимости – врачом – анестезиологом-реаниматологом.

25. Вакуум-аспирация включает выполнение врачом – акушером-гинекологом следующих последовательных действий:

в асептических условиях после гинекологической обработки наружных половых органов шейка матки обнажается в зеркалах, обрабатывается раствором антисептика, фиксируется пулевыми щипцами за переднюю губу;

проводится зондирование полости матки для определения проходимости цервикального канала и длины полости матки;

в матку вводится канюля, прикрепленная к вакуумному аспиратору, проводится аспирация содержимого полости матки;

после завершения вакуум-аспирации снимаются пулевые щипцы, проводится повторная обработка влагалища раствором антисептика, извлекаются влагалищные зеркала.

26. При проведении вакуум-аспирации в амбулаторных условиях женщина находится не менее 2 часов в организации здравоохранения, где осуществляется медицинское наблюдение с оценкой общего состояния (определение АД, ЧСС, измерение температуры тела) женщины с кратностью 1 раз в 60 минут.

При проведении вакуум-аспирации в стационарных условиях срок пребывания женщины в больничной организации определяется лечащим врачом-специалистом.

После проведения вакуум-аспирации женщине даются рекомендации о медицинской реабилитации и методе контрацепции.

ГЛАВА 5

ПОРЯДОК ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С УДАЛЕНИЕМ ПЛОДНОГО ЯЙЦА МЕТОДОМ ВЫСКАБЛИВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ МАТКИ

27. Искусственное прерывание беременности с удалением плодного яйца методом выскабливания слизистой оболочки полости матки проводится врачом – акушером-гинекологом в сроке до 11 недель 6 дней беременности в стационарных условиях.

28. Диагностическими исследованиями перед выполнением искусственного прерывания беременности с удалением плодного яйца методом выскабливания слизистой оболочки полости матки являются:

УЗИ органов малого таза;

флюорография органов грудной клетки;

ЭКГ;

микроскопическое исследование мазков на флору из уретры, цервикального канала и влагалища;

исследование крови на сифилитическую инфекцию, ВИЧ-инфекцию;

определение антител IgM, IgG к HBs, антител к HCV;

определение группы крови по системе АВ0 и Rh(D);

ОАК;

общий анализ мочи;

биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, глюкоза, мочеви́на, АсАТ, АлАТ);

коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, фибриноген);

медицинский осмотр врачом-терапевтом или ВОП.

29. Перед выполнением искусственного прерывания беременности с удалением плодного яйца методом выскабливания слизистой оболочки полости матки осуществляется:

медицинский осмотр врачом – анестезиологом-реаниматологом;

опорожнение женщиной мочевого пузыря;

введение в/в (комбинированного) наркоза в соответствии с клиническим протоколом «Анестезиологическое обеспечение хирургических вмешательств», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 апреля 2023 г. № 57.

30. Искусственное прерывание беременности с удалением плодного яйца методом выскабливания слизистой оболочки полости матки включает выполнение врачом – акушером-гинекологом следующих последовательных действий:

в асептических условиях шейка матки обнажается в зеркалах, фиксируется пулевыми щипцами за переднюю губу;

проводится зондирование полости матки для определения проходимости цервикального канала и длины полости матки;

проводится расширение цервикального канала расширителями Гегара;

в полость матки вводится абортанг или вакуум-экскохлеатор, разрушается и удаляется плодное яйцо;

проводится выскабливание слизистой оболочки полости матки кюретками;

после завершения процедуры снимаются пулевые щипцы, проводится обработка влагалища раствором антисептика, извлекаются влагалищные зеркала.

Полученный материал направляется на патогистологическое исследование при выявлении у плода заболеваний, являющихся медицинскими показаниями для искусственного прерывания беременности со стороны плода согласно приложению к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 2014 г. № 88 «Об установлении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и отдельного структурного элемента постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 ноября 2007 г. № 105».

ГЛАВА 6

ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ МЕТОДОМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА В СРОКЕ С 12 НЕДЕЛЬ 0 ДНЕЙ ПО 21 НЕДЕЛЮ 6 ДНЕЙ

31. Искусственное прерывание беременности методом медикаментозного аборта выполняется по социальным и медицинским показаниям в сроке беременности с 12 недель 0 дней по 21 недели 6 дней в стационарных условиях после получения согласия женщины и иных лиц в соответствии с законодательством о здравоохранении.

32. Диагностическими исследованиями перед искусственным прерыванием беременности методом медикаментозного аборта в сроке с 12 недель 0 дней по 21 неделю 6 дней являются:

УЗИ органов малого таза;

флюорография органов грудной клетки;

ЭКГ;

микроскопическое исследование мазков на флору из уретры, цервикального канала и влагалища;

исследование крови на сифилитическую инфекцию, ВИЧ-инфекцию;

определение антител IgM, IgG к HBs, антител к HCV;

определение группы крови по системе AB0, Rh(D);

ОАК;

общий анализ мочи;

биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, глюкоза, мочеви́на, АсАТ, АлАТ);

коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, фибриноген);

медицинский осмотр врачом-терапевтом или ВОП.

33. При искусственном прерывании беременности методом медикаментозного аборта применяются:

33.1. следующие ЛП:

мифепристон (таблетки 200 мг) для приема внутрь;

мизопростол (таблетки 200 мкг) для приема внутрь;

33.2. медицинские изделия для выполнения выскабливания слизистой оболочки полости матки и осмотра шейки матки и влагалища.

34. При искусственном прерывании беременности методом медикаментозного аборта:

женщина принимает мифепристон 200–600 мг однократно внутрь;

через 24–36 часов после приема мифепристона женщина принимает мизопростол 200 мкг внутрь. Каждые 3 часа после оценки характера сократительной деятельности матки продолжается прием мизопростола 200 мкг внутрь. Курсовая доза ЛП – 600–800 мкг.

35. После выкидыша проводится выскабливание слизистой оболочки полости матки с целью удаления остатков плацентарной ткани, осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах.

Плод и послед направляются по направлению врача – акушера-гинеколога на патогистологическое исследование при выявлении у плода заболеваний, являющихся медицинскими показаниями для искусственного прерывания беременности со стороны плода согласно приложению к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 2014 г. № 88 «Об установлении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и отдельного структурного элемента постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 ноября 2007 г. № 105».

ГЛАВА 7

ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ МЕТОДОМ МАЛОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

36. Искусственное прерывание беременности методом малого кесарева сечения выполняется по социальным и медицинским показаниям в сроке беременности до 21 недели 6 дней в стационарных условиях после получения согласия женщины и иных лиц в соответствии с законодательством о здравоохранении.

Медицинскими показаниями для проведения малого кесарева сечения являются:

наличие медицинских противопоказаний для применения медикаментозного аборта;

грубые пороки развития мочеполовой системы женщины;

маточное кровотечение вследствие отслойки хориона, приращение (врастание) плаценты (хориона);

отсутствие условий для иного способа искусственного прерывания беременности;

тяжелые или декомпенсированные формы соматических заболеваний.

37. Диагностическими исследованиями перед искусственным прерыванием беременности методом малого кесарева сечения являются:

УЗИ органов малого таза;

флюорография органов грудной клетки;

ЭКГ;

микроскопическое исследование мазков на флору из уретры, цервикального канала и влагалища;

исследование крови на сифилитическую инфекцию, ВИЧ-инфекцию;

определение антител IgM, IgG к HBs, антител к HCV;

определение группы крови по системе АВ0 и Rh(D);

ОАК;

общий анализ мочи;

биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, глюкоза, мочеви́на, АсАТ, АлАТ);

коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, фибриноген);

медицинский осмотр врача-терапевта или ВОП;

иные диагностические исследования по медицинским показаниям.

38. Перед выполнением малого кесарева сечения выполняется медицинский осмотр врачом – анестезиологом-реаниматологом.

39. Малое кесарево сечение включает выполнение врачом – акушером-гинекологом следующих последовательных действий:

разрез на матке осуществляется в нижнем отделе (сегменте) матки поперечным разрезом или иным способом;

извлекается плод и послед (элементы плодного яйца);

осуществляется выскабливание стенок слизистой оболочки полости матки;

разрез на матке ушивается непрерывным одно- или двурядным швом;

выполняется перитонизация и послойное восстановление передней брюшной стенки.

40. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики при малом кесаревом сечении за 60 минут до хирургического вмешательства назначается один из следующих ЛП:

цефазолин 2,0 г при массе тела <120 кг или 3,0 г при массе тела >120 кг в/в;

ампициллин сульбактам 3 г в/в;

амоксциллин клавулат 1,2 г в/в;

клиндамицин 900 мг в/в + гентамицин 5 мг/кг массы тела в/в;

ципрофлоксацин 400 мг в/в + клиндамицин 900 мг в/в.

41. При искусственном прерывании беременности методом малого кесарева сечения у женщин проводится медицинская профилактика тромбоэмболических осложнений.