

Клинические рекомендации

## **Искусственное прерывание беременности**

МКБ-10: O04, O06, O07, O35

Год утверждения (частота пересмотра): **2021**

ID:

URL

Возрастная группа: **Взрослые / дети**

Профессиональные ассоциации:

- **ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)**

## Оглавление

Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	4
1.Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) .....	5
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	5
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	5
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	5
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	6
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	6
2.Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики .....	7
2.1 Жалобы и анамнез .....	7
2.2 Физикальное обследование .....	8
2.3 Лабораторные диагностические исследования .....	9
2.4 Инструментальные диагностические исследования .....	11
2.5 Иные диагностические исследования.....	12
3.Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения' .....	13
3.1. Немедикаментозные методы лечения.....	13
3.2. Медикаментозные методы лечения .....	13
3.3 Хирургические методы лечения .....	18
3. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов .....	21
4.Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	21

5. Организация оказания медицинской помощи.....	22
6.Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	23
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	23
Список литературы.....	25
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	32
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	37
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	38
Приложение Б. Алгоритмы действия врача.....	36
Приложение В. Информация для пациента .....	43
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях .....	46

## Список сокращений

КТР	копчико-теменной размер
УЗИ	ультразвуковое исследование
$\beta$ –ХГЧ	$\beta$ – субъединица хорионического гонадотропина человека
ШМ	шейка матки

## Термины и определения

**Беременность клиническая** - беременность, диагностированная путем визуализации при ультразвуковом исследовании (УЗИ) одного или более плодных яиц/плодов, или наличия достоверных клинических признаков беременности. Термин применяется в отношении как маточной, так и экстраматочной беременности.

**Искусственное прерывание беременности** - искусственный (медицинский) аборт, фетоцид с последующими индуцированными родами (элиминация плода/плодов).

**Искусственный аборт (медицинский аборт)** - прерывание беременности до 22-х недель: до 11<sup>6</sup> недель беременности - по желанию женщины или медицинским показаниям, с 12<sup>0</sup> по 21<sup>6</sup> недель - по социальным или медицинским показаниям.

**Фетоцид** - медицинская процедура, приводящая к остановке сердечной деятельности одного или нескольких плодов, являющаяся первым этапом прерывания беременности после 22<sup>0</sup> недель по медицинским показаниям (элиминация плода/плодов).

# **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

## **1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Искусственное прерывание беременности – искусственный (медицинский) аборт, фетоцид с последующими индуцированными родами.

Искусственный аборт (медицинский аборт) - прерывание беременности до 22-х недель: до 11<sup>6</sup> недель - по желанию женщины или медицинским показаниям, с 12<sup>0</sup> по 21<sup>6</sup> недель - по социальным или медицинским показаниям.

Фетоцид - медицинская процедура, приводящая к остановке сердечной деятельности одного или нескольких плодов, являющаяся первым этапом прерывания беременности после 22<sup>0</sup> недель по медицинским показаниям (элиминация плода/плодов).

## **1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Искусственное прерывание беременности проводится до 11<sup>6</sup> недель беременности по желанию женщины или медицинским показаниям, с 12<sup>0</sup> по 21<sup>6</sup> недель беременности по социальным или медицинским показаниям, после 22<sup>0</sup> недель беременности – только по медицинским показаниям. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации [1]. Социальные показания для искусственного аборта определяются Правительством Российской Федерации [2].

## **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

По данным Росстата (форма №13 федерального государственного статистического наблюдения) в 2020 г. в РФ число прерываний беременности до 12 недель составило 416 818 случаев, из которых число искусственных абортов составило 216 887 случаев (52%), из которых 2862 (1,3%) - по медицинским показаниям, 83861 (38,7%) - медикаментозным методом. Число прерываний беременности в 12-22 недели составило 30 874 случая, из которых число искусственных абортов по медицинским показаниям составило 10193 (33%), из которых 6211 (61%) - медикаментозным методом. По данным Росстата (форма №32 федерального государственного статистического наблюдения) в 2020 г. в РФ число

прерванных беременностей после 22-х недель по причине выявленных хромосомных аномалий или пороков развития составило 4276 случаев.

#### **1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

O04 (O04.0-O04.1, O04.3-O04.6, O04.8-O04.9) Медицинский аборт

O06 (O06.0 – O06.1, O06.3 – O06.6, O06.8-O06.9) Аборт неуточненный

O07 (O07.0-O07.1, O07.3-O07.6, O07.8-O07.9) Неудачная попытка аборта

O35 (O35.0 – O35.9) Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода

#### **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Классификация искусственного прерывания беременности по сроку беременности [2], [3]:

- до 11<sup>6</sup> недель беременности;
- с 12<sup>0</sup> по 21<sup>6</sup> недель беременности;
- с 22<sup>0</sup> недель беременности.

Классификация искусственного прерывания беременности по методу:

- медикаментозное прерывание беременности;
- хирургическое прерывание беременности.

#### **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Не применимо.

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики <sup>1</sup>**

### **Критерии диагноза**

Диагноз устанавливается при обращении пациентки для искусственного прерывания беременности по желанию пациентки или при наличии медицинских показаний до 11<sup>6</sup> недель беременности, при наличии социальных или медицинских показаний в срок с 12<sup>0</sup> по 21<sup>6</sup> недель беременности, или при наличии медицинских показаний с 22<sup>0</sup> недель беременности. Основанием для искусственного прерывания беременности по социальному показанию является документ, подтверждающий наличие социального показания для искусственного прерывания беременности. Для подтверждения наличия медицинских показаний формируется врачебная комиссия с привлечением врачей специалистов медицинских организаций акушерского профиля 3-го уровня (в том числе - дистанционно) в составе врача-акушера-гинеколога, врача-специалиста по профилю основного заболевания (состояния) беременной женщины, являющегося медицинским показанием для искусственного прерывания беременности и руководителя медицинской организации [3]. Основанием для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при врожденных синдромах и/или аномалиях развития плода является заключение перинатального консилиума.

### **2.1 Жалобы и анамнез**

- Рекомендована оценка жалоб и анамнеза пациентки с целью исключения противопоказаний к искусственному прерыванию беременности [4].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарий:** Противопоказаниями для искусственного прерывания беременности являются: подозрение на внематочную беременность, острые воспалительные и инфекционные заболевания, непереносимость мифепристона и/или мизопростола\*\* и противопоказания к применению мифепристона и/или мизопростола\*\* согласно инструкциям к лекарственным препаратам в случае медикаментозного прерывания беременности. При наличии противопоказаний вопрос решается индивидуально консилиумом врачей с учетом срока беременности и места прерывания беременности.

---

<sup>1</sup> Относится ко всем пациенткам, обратившимся с целью искусственного прерывания беременности, если не указано иное

\*\* - относится к лекарственным препаратам, входящим в список ЖНВЛП

## **2.2 Физикальное обследование**

- Рекомендован визуальный осмотр терапевтический, термометрия общая, измерение частоты сердцебиения, измерение частоты дыхания, измерение артериального давления на периферических артериях дважды: при обращении пациентки по поводу искусственного прерывания беременности с целью оценки общего состояния и исключения противопоказаний к искусственному прерыванию беременности, и после искусственного прерывания беременности (через 14 дней) с целью оценки общего состояния и исключения осложнений искусственного прерывания беременности [3], [4], [5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

- Рекомендовано определить срок беременности по дате последней менструации и данным УЗИ матки и придатков или УЗИ плода с целью определения способа искусственного прерывания беременности [4], [5], [6], [7].<sup>2</sup>

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).**

**Комментарий:** Для определения срока беременности в 1-м триместре беременности следует использовать показатель копчико-теменного размера (КТР) плода. Для определения срока беременности на более позднем сроке (при КТР>84 мм) следует использовать показатель окружности головки плода.

- Рекомендовано бимануальное влагалищное исследование и осмотр шейки матки (ШМ) в зеркалах дважды: при обращении пациентки по поводу искусственного прерывания беременности с целью дифференциальной диагностики с внематочной беременностью, определения размеров матки и ее соответствия сроку беременности, состояния и болезненности придатков, сводов влагалища, наличия и характера выделений из влагалища, и после искусственного прерывания беременности (через 14 дней) с целью исключения осложнений искусственного прерывания беременности [4], [5], [8].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарий:** Перед медикаментозным прерыванием беременности на большом сроке также проводится оценка зрелости ШМ (Приложение Г).

---

<sup>2</sup> Клинические рекомендации «Нормальная беременность» [https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)



### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

- Рекомендовано определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) при отсутствии данного исследования с целью проведения при необходимости профилактики резус-изоиммунизации и готовности к гемотрансфузии [4], [5], [8], [9], [10].<sup>3</sup>

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).**

- Рекомендовано определение анти(RhD)антител резус-отрицательным пациенткам, беременным от партнера с резус-положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови, при отсутствии данного исследования во время настоящей беременности с целью проведения профилактики резус-изоиммунизации [10], [11], [12].<sup>4</sup>

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).**

- Рекомендован общий (клинический) анализ крови и исследование уровня тромбоцитов в крови с целью исключения инфекционно-воспалительных заболеваний, анемии, тромбоцитопении [4], [5], [8].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

- Рекомендована коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) перед хирургическим прерыванием беременности или медикаментозным прерыванием беременности в срок  $\geq 12^0$  недель с целью исключения нарушений системы гемостаза [5], [8], [13].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

**Комментарий:** Исследование коагулограммы включает: активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, международное нормализованное отношение и тромбиновое время.

---

<sup>3</sup> Клинические рекомендации: «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода»: [https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

<sup>4</sup> Клинические рекомендации: «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода»: [https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

- Рекомендовано микроскопическое исследование вагинального мазка с целью исключения инфекционно-воспалительного и дисбиотического состояний [4], [5], [8].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарий:** При выявлении признаков инфекционно-воспалительного и дисбиотического состояний следует рекомендовать молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*), и назначить противомикробную терапию, не откладывая искусственное прерывание беременности на время лечения.

- При искусственном прерывании беременности  $\geq 22$  недель, а также при прерывании беременности до 22 недель по медицинским показаниям, рекомендовано кариотипирование плода (цитогенетическое или молекулярное кариотипирование) с целью верификации хромосомных/генных заболеваний у плода [8].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

- После хирургического искусственного прерывания беременности на любом сроке и медикаментозного прерывания беременности  $\geq 12^0$  недель рекомендовано морфологическое исследование тканей хориона/плаценты/плода с целью подтверждения факта беременности, исключения трофобластической болезни, подтверждения наличия аномалий плода при прерывании беременности по медицинским показаниям со стороны плода [14], [15].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

- После искусственного аборта рекомендовано исследование уровня хорионического гонадотропина человека (свободная  $\beta$ -субъединица) ( $\beta$ -ХГЧ) в сыворотке крови при клинической картине неполного аборта не ранее чем через 14 дней после искусственного аборта с целью подтверждения факта полного прерывания беременности [4], [5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарий:** Диагноз продолжающейся беременности устанавливается на основании значения  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови или результатах мочевого

полуколичественного теста на определение ХГЧ [16], [17]. Считается, что определение  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови или с помощью полуколичественного теста в моче при оценке результативности медикаментозного аборта является более надежным методом по сравнению с УЗИ матки и придатков и позволяет избежать необоснованных инструментальных вмешательств [18].

#### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

- Рекомендовано УЗИ матки и придатков (до 9<sup>6</sup> недель беременности) или УЗИ плода (с 10<sup>0</sup> недель беременности) с целью диагностики беременности, ее локализации, определения соответствия плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличия сердцебиения эмбриона/плода, наличия и состояния рубца на матке, расположения хориона/плаценты (предлежания плаценты, прикрепления в области рубца при его наличии) [4], [5], [8].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

- После 12<sup>0</sup> недель беременности или до 12<sup>0</sup> недель при наличии показаний рекомендована регистрация электрокардиограммы с целью исключения сердечно-сосудистых заболеваний [8].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

- При искусственном прерывании беременности  $\geq 22$  недель с целью кариотипирования плода и введения лекарственных средств для обезболивания и остановки сердечной деятельности плода рекомендован кордоцентез [8].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

- Рекомендовано УЗИ матки и придатков через 14 дней после искусственного прерывания беременности с целью исключения осложнений прерывания беременности [4], [5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарий:** Диагноз продолжающейся беременности устанавливается на основании наличия плодного яйца и/или сердцебиения эмбриона/плода. Оценка эндометрия (М-эхо более 15 мм, наличие эхо-позитивных и эхо-негативных включений) при отсутствии клинических признаков неполного аборта (кровотечения, требующего хирургического вмешательства, и/или признаков инфекции) имеет ограниченное значение и не является основанием для выбора хирургической тактики [19], [20], [21], [22].

### **2.5 Иные диагностические исследования**

- Рекомендован осмотр врачом-терапевтом перед хирургическим прерыванием беременности или медикаментозным прерыванием беременности в срок  $\geq 12^0$  недель с целью исключения противопоказаний для искусственного прерывания беременности [8].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

- Рекомендован осмотр врачом-акушером-гинекологом через 14 дней после искусственного прерывания беременности с целью подтверждения прерывания беременности, исключения осложнений искусственного прерывания беременности, дополнительного консультирования по вопросам контрацепции [3].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения<sup>5,6</sup>**

#### **3.1. Немедикаментозные методы лечения**

- При искусственном прерывании беременности в срок  $\geq 12^0$  недель рекомендовано с целью немедикаментозной подготовки ШМ использовать гигроскопический расширитель цервикального канала DILAPAN-S или комплект палочек из ламинарии стерильный в течение 12 часов после приема #мифепристона или перед прерыванием беременности хирургическим способом [8], [23], [24], [25], [26].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).**

#### **3.2. Медикаментозные методы лечения**

- При медикаментозном искусственном аборте в 1-м триместре беременности при длительности аменореи  $< 42$  дней с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить мифепристон однократно внутрь, а затем (через 36-48 часов) - мизопростол\*\* однократно внутрь в соответствии с инструкцией к лекарственному препарату [4], [5], [26], [27], [28].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

- **Комментарий:** Доказано, что 200 мг мифепристона так же эффективно как 600 мг, поэтому целесообразно назначение 200 мг мифепристона [26], [27], [28]. Если нет ответа на первую дозу (400 мкг) мизопростола\*\*, может вводиться еще одна повторная доза #мизопростола\*\* 400 мкг перорально или сублингвально через 3-4 часа после первой дозы [4], [29], [30], [31], [32]. ВОЗ рекомендует применение #мизопростола\*\* 800 мкг вагинально (буккально, сублингвагиально) при любом сроке беременности до  $12^0$  недель [18].

---

<sup>5</sup> Относится ко всем пациенткам, обратившимся с целью искусственного прерывания беременности, если не указано иное

<sup>6</sup> Ведение родового процесса при прерывании беременности в срок  $\geq 22$  недель следует осуществлять согласно клиническим рекомендациям «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)» за исключением: не проводится оценка состояния плода и ведение партограммы, проводится обязательная анальгезия, пациентки с ВИЧ-инфекцией и генитальным герпесом родоразрешаются также, как и пациентки без ВИЧ-инфекции и генитального герпеса, не выполняются рекомендации, относящиеся к новорожденному [https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

- При медикаментозном искусственном аборте в 1-м триместре (до 12<sup>0</sup> недель) при длительности аменореи  $\geq 42$  дней с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить #мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 24-48 часов) - #мизопростол\*\* 800 мкг вагинально, сублингвально или буккально [4], [5], [14], [18], [33], [34], [35], [36], [37].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

**Комментарий:** В срок беременности 43-63 дня если нет ответа на первую дозу #мизопростола\*\*, может вводиться еще одна повторная доза #мизопростола\*\* 400 мкг вагинально или сублингвально через 3-4 часа после первой дозы [4], [29], [30], [31], [32]. В срок беременности 64-84 дня если нет ответа на первую дозу #мизопростола\*\*, может вводиться повторная доза #мизопростола\*\* 400 мкг вагинально или сублингвально каждые 3 часа после первой дозы до 4-х доз [5]. Вагинальный способ введения мизопростола более эффективен, чем пероральный, и имеет меньше побочных эффектов, чем сублингвальный или буккальный [38].

- При медикаментозном искусственном аборте в срок 12<sup>0</sup>-21<sup>6</sup> недель с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить #мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 24-48 часов) #мизопростол\*\* 400 мкг вагинально, сублингвально или буккально каждые 3 часа до прерывания беременности [8], [18], [39], [40], [41], [42], [43], [44].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

**Комментарий:** Возможно проведение повторного курса #мифепристона однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 12 часов) #мизопростола\*\* 400 мкг вагинально или сублингвально, если в течение 24 часов после приема #мизопростола\*\* 400 мкг вагинально аборт не произошел [8]. При наличии кесарева сечения в анамнезе дозу #мизопростола\*\* следует уменьшить в 2 раза [45].

- При медикаментозном искусственном прерывании беременности в срок 22<sup>0</sup>-27<sup>6</sup> недель с целью родовозбуждения после остановки сердечной деятельности плода рекомендовано назначить #мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 24 часа) #мизопростол\*\* 400 мкг вагинально или сублингвально, затем в случае отсутствия родовой деятельности через 4-6 часов - #мизопростол\*\* повторно 400 мкг вагинально или сублингвально каждые 4-6 часов до прерывания беременности [8], [41], [44], [46].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

- При медикаментозном искусственном прерывании беременности в срок  $\geq 28$  недель с целью родовозбуждения после остановки сердечной деятельности плода и оценки степени зрелости ШМ по шкале Бишоп рекомендовано назначить #мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 24 часа) #мизопропростол\*\* по 25 мкг вагинально каждые 6 часов или по 25 мкг внутрь каждые 2 часа (максимально – 4 дозы) до достижения 2-х схваток за 10 минут [8], [47], [48].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

**Комментарий:** При отсутствии регулярной родовой деятельности в течение 24 часов после назначения #мизопростола\*\* возможно повторение выше указанной схемы [8]. При наличии «зрелой» ШМ по шкале Бишоп альтернативой указанной схеме является амниотомия с последующим назначением окситоцина\*\* [8].

- При искусственном прерывании беременности в срок  $\geq 22$  недель до назначения #мифепристона при проведении кордоцентеза рекомендовано в целях обезболивания плода введение в вену пуповины #фентанила\*\* в дозе 10 мкг/кг расчетной массы плода, и в целях остановки сердечной деятельности плода введение в вену пуповины #лидокаина\*\* в дозе 100 мг/кг расчетной массы плода через 3 минуты после введения #фентанила\*\* [8], [49], [50].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарий:** Альтернативными методами для остановки сердечной деятельности плода является введение 2 г 10% раствора #калия хлорида\*\* в системную циркуляцию плода путем кордоцентеза или кардиоцентеза [50] или введение 1 мг #дигоксина\*\* интраторакально или интраамниально [51], [52]. Интраамниальное введение #дигоксина\*\* менее эффективно, чем другие методы. Контрольное УЗИ плода проводится через 30–60 минут, чтобы убедиться в отсутствие сердечных сокращений плода. Асистолию следует документировать не менее 2-х минут. Оба альтернативных метода имеют недостатки. #Калия хлорид\*\* может попасть в кровоток и вызвать аритмию у пациентки. Кардиоцентез и торакоцентез могут быть связаны с техническими сложностями из-за плотности костных структур грудной клетки плода [8].

- При искусственном прерывании беременности в срок  $\geq 22$  недель рекомендовано с целью сокращения интервала времени до родоразрешения сочетать родовозбуждение путем амниотомии с немедленной внутривенной инфузией окситоцина\*\* [8], [53], [54].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).**

- Во 2-м -3-м триместре беременности в день прерывания беременности (но не ранее, чем через 4 часа) рекомендовано назначить бромкриптин\*\* или каберголин согласно инструкции к препарату с целью подавления/предотвращения лактации [36].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

- При наличии обильных кровяных выделений из влагалища рекомендовано назначить транексамовую кислоту по схеме согласно инструкции к препарату с целью остановки кровотечения [5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

- При искусственном хирургическом прерывании беременности и при искусственном медикаментозном прерывании беременности у пациенток группы высокого риска инфекционно-воспалительных осложнений рекомендована антибиотикопрофилактика препаратами широкого спектра действия с целью профилактики инфекционно-воспалительного процесса [3], [4], [30], [55], [56], [57], [58].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

**Комментарий:** Для пациенток, у которых не выявлено хламидийной инфекции, рекомендовано назначить метронидазол\*\* 1 г перорально до или во время прерывания беременности.

Для пациенток, не обследованных на хламидийную инфекцию, рекомендовано назначить азитромицин\*\* 1 г перорально в сочетании с метронидазолом\*\* 1 г перорально до или в день прерывания беременности.

Альтернативная схема: доксициклин\*\* 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, начиная со дня прерывания беременности в сочетании с 1 г метронидазола\*\* перорально однократно до или во время прерывания беременности.



- Пациенткам с резус (D) отрицательной принадлежностью крови, беременным от партнера с резус (D) положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови, при отсутствии резус(D)-изоиммунизации рекомендовано назначить иммуноглобулин человека антирезус Rho[D]\*\* в течение 72 часов после искусственного прерывания беременности [12][12][12][12][11], [12].<sup>7</sup>

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

- Пациенткам с медикаментозным искусственным абортом при наличии болевого синдрома с целью его купирования рекомендовано назначить нестероидные противовоспалительные препараты [5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

- При неэффективности медикаментозного искусственного аборта (неполный аборт) рекомендован #мизопростол\*\* 400 мкг сублингвально или 600 мг внутрь с целью опорожнения полости матки при отсутствии показаний (кровотечение, требующее восполнения компонентами крови) для немедленной инструментальной ревизии полости матки (с целью гемостаза и/или при наличии признаков инфекции) [18], [59].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарий:** Эффективность лечения неполного аборта мизопростолом составляет 89-99%. Мизопростол и вакуум-аспирация содержимого полости матки сопоставимы по безопасности и эффективности при лечении неполного аборта [60].

- При желании пациентки остановить аборт после приема первой таблетки мифепристона рекомендовано назначение препаратов #прогестерона\*\* [61], [62], [63], [64].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 4).**

**Комментарий:** Рекомендуемые схемы: #прогестерон внутримышечно 200 мг/день или #прогестерон\*\* вагинально или перорально 400 мг/день. Длительность назначения

---

<sup>7</sup> Клинические рекомендации «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода»: [https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

определяется жизнеспособностью эмбриона/плода по данным УЗИ и течением беременности.

### **3.3 Хирургические методы лечения**

- При невозможности выполнения медикаментозного искусственного аборта до 11<sup>6</sup> недель беременности (при наличии противопоказаний) рекомендована вакуум-аспирация содержимого полости матки с целью ее опорожнения [30], [65].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

**Комментарий:** Кюретаж признан устаревшим методом хирургического аборта, сопряжен с большим числом осложнений и не рекомендован для искусственного прерывания беременности до 11<sup>6</sup> недель [26], [33], [34], [66], [67].

- При невозможности выполнения медикаментозного искусственного аборта в срок 12<sup>0</sup>-21<sup>6</sup> недель беременности (при наличии противопоказаний) рекомендована дилатация ШМ и эвакуация содержимого полости матки с помощью абортных щипцов (плодоразрушающая операция) с целью опорожнения полости матки [8], [68], [69], [70].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарий:** Данное вмешательство желательно выполнять под ультразвуковым контролем.

- При искусственном прерывании беременности в срок  $\geq 22$  недель рекомендована амниотомия с целью индукции родов при достижении полной зрелости шейки матки (8 баллов и более по шкале Бишоп) для сокращения интервала времени до родоразрешения [8], [71].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

**Комментарий:** Амниотомия при зрелой шейке матки не увеличивает риск КС, но укорачивает интервал времени до родоразрешения в среднем на 5 часов [72].

- При искусственном прерывании беременности в срок  $\geq 22$  недель рекомендовано кесарево сечение при отсутствии условий или наличии противопоказаний для прерывания беременности через родовые пути [8].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарий:** Противопоказаниями для прерывания беременности через родовые пути являются: предлежание плаценты, вращение плаценты, тяжелая преэклампсия и отсутствие условий для прерывания беременности через родовые пути, грубые пороки развития мочеполовой системы с невозможностью прерывания беременности через родовые пути, кровотечение (отслойка нормально расположенной плаценты, разрыв матки), противопоказания к приему лекарственных препаратов для прерывания беременности.

- При неэффективности медикаментозного искусственного аборта (неполный аборт) рекомендована вакуум-аспирация содержимого полости матки с целью ее опорожнения [4], [5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарий:** УЗИ матки и придатков можно использовать в качестве дополнения к клиническому обследованию для диагностики неполного аборта, но оно не является основанием для хирургического опорожнения матки. Оценка эндометрия (М-эхо более 15 мм, наличие эхо-позитивных и эхо-негативных включений) при отсутствии клинических признаков неполного аборта (кровотечения, требующего хирургического вмешательства, и/или признаков инфекции) имеет ограниченное значение [19], [20], [21], [22].

- Обезболивание операции вакуум-аспирации содержимого полости матки рекомендовано с использованием методов анестезии по выбору врача-анестезиолога-реаниматолога и/или врача-акушера-гинеколога [73–77].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

**Комментарии:** В качестве препаратов для общей анестезии рекомендуется использовать пропофол (не более 2,5 мг/кг), тиопентал натрия, фентанил и кетамин. При общей анестезии рекомендуется обеспечивать оксигенацию путем использования лицевой или ларингеальной маски, или путем эндотрахеальной анестезии. Стратификация риска и мероприятия по профилактике аспирации должны основываться на сроке беременности: до 16 недель риск осложнений не отличается от такового вне беременности. При проведении спинальной анестезии применяются спинальные иглы малого диаметра 25-27G. Рекомендуемая дозировка местных анестетиков составляет для бупивакаина - 5-10 мг

(изобарический или гипербарический раствор), для левобупивакаина - 5-7,5 мг, для лидокаина - 20-40 мг. Для местной анестезии используется лидокаина\*\* гель [35]. Местная анестезия сопряжена с минимальным числом осложнений [35]. При этом с целью оптимального обезболивания предпочтительной является внутривенная анестезия.

- При развитии регулярной сократительной деятельности матки при искусственном прерывании беременности в срок  $\geq 12^0$  недель с целью анальгезии рекомендованы медикаментозные методы обезбоживания [78, 79].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

**Комментарии:** Для обезбоживания могут использоваться разные медикаментозные методы, включая нейроаксиальную анальгезию. Среди всех методов обезбоживания эпидуральная анальгезия обладает целым рядом преимуществ. При нейроаксиальной анальгезии в акушерстве применяют современные местные анестетики (ропивакаин\*\*, бупивакаин\*\*, лидокаин\*\*, левобупивакаин\*\*). Кроме эпидуральной, спинальной и спинально-эпидуральной возможно применение паравертебральной поясничной симпатической блокады. К системным методам обезбоживания относят применение опиоидов. Также возможно использование ингаляционных методов обезбоживания, хотя они являются менее эффективными. Методы анальгезии в родах – см. приложение А3 клинических рекомендаций «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)».<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Клинические рекомендации «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)» [https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

#### **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

Не применимо.

#### **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

- Рекомендованы методы планирования семьи и контрацепция для профилактики нежелательной беременности [18], [80].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

**Комментарий:** При настойчивом желании пациентки прервать беременность вопросы контрацепции обсуждаются до проведения искусственного прерывания беременности и назначаются сразу после ее прерывания [81], [82]. При искусственном прерывании беременности хирургическим методом контрацепция назначается сразу после прерывания беременности. При искусственном прерывании беременности медикаментозным методом гормональная контрацепция назначается после приема 1-й таблетки [18], [81], [83].

- Рекомендована консультация психолога (медицинского психолога, специалиста по социальной работе) с целью проведения доабортного консультирования [3].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарий:** Во время консультирования проводится работа по профилактике аборта.

## 6. Организация оказания медицинской помощи

Искусственное прерывание беременности может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода на основе информированного добровольного согласия пациентки. Медикаментозное прерывание беременности может быть выполнено на любом сроке беременности.

Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится:

1) не ранее 48 часов с момента обращения в медицинскую организацию для искусственного аборта:

а) в 4-6<sup>б</sup> недель беременности;

б) в 10-11<sup>4</sup> недель беременности, но не позднее окончания 12-й недели беременности;

2) не ранее 7 дней с момента обращения в медицинскую организацию для искусственного аборта в 7 – 9<sup>б</sup> недель беременности [2], [3].

Прерывание беременности до 12 недель беременности медикаментозным методом проводится в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара с обязательным наблюдением пациентки не менее 1,5 - 3 часов после приема препаратов (не менее 1,5 часов после приема мифепристона и не менее 3 часов после приема мизопростола\*\*) **в условиях дневного стационара.**

Прерывание беременности до 12 недель хирургическим методом проводится в условиях дневных и круглосуточных стационаров медицинских организаций. Продолжительность наблюдения пациентки в условиях дневного стационара определяется лечащим врачом с учетом состояния пациентки и составляет 3-4 часа.

Показания для госпитализации в стационар:

- Искусственный аборт до 12 недель беременности при наличии клинически значимых признаков истончения рубца на матке, миоме матки больших размеров, аномалиях развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний (гинекологическое отделение).

- Искусственный аборт в 12-21<sup>б</sup> недель беременности (гинекологическое отделение многопрофильной больницы или акушерский стационар).

- Искусственное прерывание беременности в срок  $\geq 22$  недель (гинекологическое отделение многопрофильной больницы или акушерский стационар).

**7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

Не применимо.

**Критерии оценки качества медицинской помощи**

№	Критерии качества диагностики и лечения	Да/Нет
1.	Определен срок беременности по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования матки и придатков или ультразвукового исследования плода при обращении пациентки для искусственного прерывания беременности	Да/Нет
2.	Выполнено бимануальное влагалищное исследование и осмотр шейки матки в зеркалах при обращении пациентки для искусственного прерывания беременности	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (до 9 <sup>6</sup> недель беременности) или ультразвукового исследования плода (с 10 <sup>0</sup> недель беременности) при обращении пациентки для искусственного прерывания беременности	Да/Нет
4.	Выполнено определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) при обращении пациентки для искусственного прерывания беременности	Да/Нет
5.	Выполнено определение анти(RhD)антител резус-отрицательным пациенткам, беременным от партнера с резус-положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови	Да/Нет
6.	Выполнено микроскопическое исследование вагинального мазка при обращении пациентки для искусственного прерывания беременности	Да/Нет
7.	Проведена консультация психолога (медицинского психолога, специалиста по социальной работе) при обращении пациентки для искусственного прерывания беременности	Да/Нет
8.	Выполнено назначение мифепристона (#мифепристона) и мизопростола** (#мизопростола**) по схеме в зависимости от срока беременности при отсутствии противопоказаний к медикаментозному прерыванию беременности	Да/Нет
9.	Выполнена вакуум-аспирация содержимого полости матки при невозможности медикаментозного искусственного аборта до 11 <sup>6</sup> недель беременности	Да/Нет
10.	Выполнена анестезия при вакуум-аспирации содержимого полости матки или анальгезия при искусственном прерывании беременности в срок $\geq 12^0$ недель	Да/Нет
11.	Выполнена антибиотикопрофилактика при искусственном хирургическом прерывании беременности и при искусственном медикаментозном прерывании беременности у пациенток группы высокого риска инфекционно-воспалительных осложнений	Да/Нет
12.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D]** в течение 72 часов после искусственного прерывания беременности пациенткам с резус (D) отрицательной принадлежностью крови, беременным от партнера с резус (D) положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови, при отсутствии резус(D)-изоиммунизации	Да/Нет

№	Критерии качества диагностики и лечения	Да/Нет
13.	Проведено бимануальное влагалищное исследование и осмотр шейки матки в зеркалах при обращении пациентки через 14 дней после прерывания беременности	Да/Нет
14.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков или исследование уровня хорионического гонадотропина человека (свободная $\beta$ -субъединица) в сыворотке крови (или полуколичественное определение хорионического гонадотропина человека в моче) при обращении пациентки через 14 дней после прерывания беременности	Да/Нет



## Список литературы

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 №736 “Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности.”
2. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 27.12.2019) “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2020). (Текст : электронный // Официальный интернет-портал правовой информации. – Москва. – URL : [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/)).
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология.”
4. Медикаментозное прерывание беременности Клинические рекомендации (протокол лечения). Письмо Минздрава РФ от 14.10. 2015.
5. Савельева Г.М., Сухих Г.Т. С.В.Н. Акушерство. Национальное руководство. 2-е издание. 2018. 1735 р.
6. Savitz D.A., Terry J.W., Dole N., Thorp J.M., Siega-Riz A.M., Herring A.H. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187(6):1660–6.
7. Neufeld L.M., Haas J.D., Grajéda R., Martorell R. Last menstrual period provides the best estimate of gestation length for women in rural Guatemala. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2006; 20(4):290–8.
8. Письмо Минздрава России от 04/12/2018 №15-4/10/2-7839 “Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям при наличии аномалий развития плода.”
9. Judd W.J., Luban N.L., Ness P.M., Silberstein L.E., Stroup M., Widmann F.K. Prenatal and perinatal immunohematology: recommendations for serologic management of the fetus, newborn infant, and obstetric patient. *Transfusion.* 1990; 30(2):175–83.
10. McBain R.D., Crowther C.A., Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (9):CD000020.
11. White J., Qureshi H., Massey E., Needs M., Byrne G., Daniels G., et al. Guideline for blood grouping and red cell antibody testing in pregnancy. *Transfus Med.* 2016; 26(4):246–63.
12. ACOG Practice Bulletin No. 192: Management of Alloimmunization During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(3):e82–90.
13. Муратова А.Ю. Изменение показателей тромбоэластометрии и плазменного гемостаза у женщин в акушерской практике. *Кубанский научный медицинский вестник.* 2017; 24(5):54–8.

14. Queensland Clinical Guideline: Early Pregnancy Loss. 2017. 39p p.
15. Pinar M.H., Gibbins K., He M., Kostadinov S., Silver R. Early Pregnancy Losses: Review of Nomenclature, Histopathology, and Possible Etiologies. *Fetal Pediatr Pathol.* 2018; 37(3):191–209.
16. Iyengar K., Paul M., Iyengar S.D., Klingberg-Allvin M., Essén B., Bring J., et al. Self-assessment of the outcome of early medical abortion versus clinic follow-up in India: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet Glob Heal.* 2015; 3(9):e537–45.
17. Oppegaard K.S., Qvigstad E., Fiala C., Heikinheimo O., Benson L., Gemzell-Danielsson K. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2015; 385(9969):698–704.
18. Medical management of abortion. WHO, 2018, 72 p.
19. Acharya G., Haugen M., Bråthen A., Nilsen I., Maltau J.M. Role of routine ultrasonography in monitoring the outcome of medical abortion in a clinical setting. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83(4):390–4.
20. Hamel C.C., van Wessel S., Carnegie A., Coppus S.F.P.J., Snijders M.P.M.L., Clark J., et al. Diagnostic criteria for retained products of conception-A scoping review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021; .
21. Wong S.F., Lam M.H., Ho L.C. Transvaginal sonography in the detection of retained products of conception after first-trimester spontaneous abortion. *J Clin Ultrasound.* 2002; 30(7):428–32.
22. Reeves M.F., Fox M.C., Lohr P.A., Creinin M.D. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009; 34(1):104–9.
23. Jansen N.E., Pasker-De Jong P.C.M., Zondervan H.A. Mifepristone and misoprostol versus Dilapan and sulprostone for second trimester termination of pregnancy. *J Matern Neonatal Med.* 2008; 21(11):847–51.
24. Ramesh S., Roston A., Zimmerman L., Patel A., Lichtenberg E.S., Chor J. Misoprostol 1 to 3 h preprocedure vs. overnight osmotic dilators prior to early second-trimester surgical abortion. *Contraception.* 2015; 92(3):234–40.
25. Sagiv R., Mizrachi Y., Glickman H., Kerner R., Keidar R., Bar J., et al. Laminaria vs. vaginal misoprostol for cervical preparation before second-trimester surgical abortion: a randomized clinical trial. *Contraception.* 2015; 91(5):406–11.
26. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012. PMID: 23700650.

27. Lièvre M., Sitruk-Ware R. Meta-analysis of 200 or 600 mg mifepristone in association with two prostaglandins for termination of early pregnancy. *Contraception*. 2009; 80(1):95–100.
28. von Hertzen H., Piaggio G., Wojdyla D., Marions L., My Huong N., Tang O., et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomised factorial controlled equivalence trial\*. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2009; 116(3):381–9.
29. Prine L.W., MacNaughton H. Office management of early pregnancy loss. *Am Fam Physician*. 2011; 84(1):75–82.
30. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol*. 2018; 132(5):e197–207.
31. Kim C., Barnard S., Neilson J.P., Hickey M., Vazquez J.C., Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane database Syst Rev*. 2017; 1:CD007223.
32. Zhang J., Gilles J.M., Barnhart K., Creinin M.D., Westhoff C., Frederick M.M., et al. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *N Engl J Med*. 2005; 353(8):761–9.
33. *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*. Geneva: World Health Organization; 2014. PMID: 24624482.
34. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 143: medical management of first-trimester abortion. *Obstet. Gynecol.* — 2014. — Vol. 123 (3). — P. 676–692.
35. Best practice in comprehensive abortion care. RCOG. Best Practice Paper No. 2. — June. 2015.
36. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland, Directorate of Strategy and Clinical Programmes Health Services Executive. Clinical practice guideline: The management of second trimester miscarriage. Guideline No. 29.
37. Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Белокриницкая И.А., Сухина В.В. Сравнительная оценка клинического течения медикаментозного аборта с 200 и 600 мг мифепристона: проспективное когортное исследование. *Акушерство и гинекология* 2014;3:81-86.
38. Kulier R., Kapp N., Gülmezoglu A.M., Hofmeyr G.J., Cheng L., Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; .
39. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2012.

40. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. London (England): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2011 Nov. 130 p. (Evidence-based Clinical Guideline; no. 7). <http://ww.>
41. Borgatta L., Kapp N. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*. 2011; 84(1):4–18.
42. Kapp N., Borgatta L., Stubblefield P., Vragovic O., Moreno N. Mifepristone in Second-Trimester Medical Abortion. *Obstet Gynecol*. 2007; 110(6):1304–10.
43. Ashok P.W., Templeton A., Wagaarachchi P.T., Flett G.M.M. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception*. 2004; 69(1):51–8.
44. Gemzell-Danielsson K., Lalitkumar S. Second Trimester Medical Abortion with Mifepristone–Misoprostol and Misoprostol Alone: A Review of Methods and Management. *Reprod Health Matters*. 2008; 16(sup31):162–72.
45. Kan K.N.E., Baranov B.I.I., Dikke D.G.B., Tyutyunnik T.V.. Medically induced abortion at 12 to 22 weeks gestation: Indications, methods, and results. *Акушерство и гинекология*. 2016; 4\_2016:11–5.
46. American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). Clinical Policy Guidelines (A Clinician’s Guide to Medical and Surgical Abortion), NAF’s textbook. Washington, 2013. <https://www.prochoice.org>.
47. Г.В. Благодарный, Оценка эффективности и безопасности методов родовозбуждения с применением простагландина Е1/Кандидатская диссертация. - 2017. - ФГБНУ НИИ АГиР имени Д. Отта.
48. Alfirevic Z., Keeney E., Dowswell T., Welton N.J., Dias S., Jones L. V., et al. Labour induction with prostaglandins: a systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2015; 350(feb05 10):h217–h217.
49. López-Cepero R., Lynch L., de la Vega A. Effectiveness and safety of lidocaine in the induction of fetal cardiac asystole for second trimester pregnancy termination. *Bol Asoc Med P R*. 2013; 105(1):14–7.
50. Senat M. V, Fischer C., Bernard J.P., Ville Y. The use of lidocaine for fetocide in late termination of pregnancy. *BJOG*. 2003; 110(3):296–300.
51. Dean G., Colarossi L., Lunde B., Jacobs A.R., Porsch L.M., Paul M.E. Safety of digoxin for fetal demise before second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Contraception*. 2012; 85(2):144–9.
52. Molaei M., Jones H.E., Weiselberg T., McManama M., Bassell J., Westhoff C.L. Effectiveness and safety of digoxin to induce fetal demise prior to second-trimester abortion.

Contraception. 2008; 77(3):223–5.

53. Selo-Ojeme D.O., Pisal P., Lawal O., Rogers C., Shah A., Sinha S. A randomised controlled trial of amniotomy and immediate oxytocin infusion versus amniotomy and delayed oxytocin infusion for induction of labour at term. *Arch Gynecol Obstet.* 2009; 279(6):813–20.

54. Tan P.C., Soe M.Z., Sulaiman S., Omar S.Z. Oxytocin After Amniotomy Labor Induction in Parous Women. *Obstet Gynecol.* 2013; 121(2):253–9.

55. Achilles S.L., Reeves M.F. Prevention of infection after induced abortion. *Contraception.* 2011; 83(4):295–309.

56. Low N., Mueller M., Van Vliet H.A., Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; .

57. Achilles S.L., Reeves M.F., Society of Family Planning. Prevention of infection after induced abortion: release date October 2010: SFP guideline 20102. *Contraception.* 2011; 83(4):295–309.

58. Sawaya G.F., Grady D., Kerlikowske K., Grimes D.A. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 1996; 87(5 Pt 2):884–90.

59. ACOG Committee Opinion No. 427: Misoprostol for Postabortion Care. *Obstet Gynecol.* 2009; 113(2, Part 1):465–8.

60. Huber D., Curtis C., Irani L., Pappa S., Arrington L. Postabortion Care: 20 Years of Strong Evidence on Emergency Treatment, Family Planning, and Other Programming Components. *Glob Heal Sci Pract.* 2016; 4(3):481–94.

61. Delgado G., Davenport M.L. Progesterone Use to Reverse the Effects of Mifepristone. *Ann Pharmacother.* 2012; 46(12):1723–1723.

62. Grossman D., White K., Harris L., Reeves M., Blumenthal P.D., Winikoff B., et al. Continuing pregnancy after mifepristone and “reversal” of first-trimester medical abortion: a systematic review. *Contraception.* 2015; 92(3):206–11.

63. Garratt D., Turner J. V. Progesterone for preventing pregnancy termination after initiation of medical abortion with mifepristone. *Eur J Contracept Reprod Heal Care.* 2017; 22(6):472–5.

64. Delgado G., Condly S.J., Davenport M., Tinnakornsrisuphap T., Mack J., Khau V., et al. A case series detailing the successful reversal of the effects of mifepristone using progesterone. *Issues Law Med.* 33(1):21–31.

65. Tunçalp O., Gülmezoglu A.M., Souza J.P. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane database Syst Rev.* 2010; (9):CD001993.

66. Kulier R., Gülmezoglu A., Hofmeyr G., Cheng L., Campana A. Medical methods

for first trimester abortion. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2003.

67. National Abortion Federation. NAF Protocol for mifepristone/misoprostol in early abortion in U.S. Washington DC, USA: National Abortion Federation. — 2013. — 12 p.

68. Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Баранов И.И., Ганичкина М.Б., Калинина Е.А., Долгушина Н.В., Яроцкая Е.Л., Шувалова М.П., Байрамова Г.Р., Павлович С.В. – Безопасный аборт в I и II триместрах беременности в условиях стационара: Учебное пособие. – Москва: «Центр п.

69. Cheng L. Surgical versus medical methods for induced abortion during the second trimester: RHL commentary (last revised: September 28, 2011). WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.

70. Kelly T., Suddes J., Howel D., Hewison J., Robson S. Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13-20 weeks of gestation: a randomised controlled trial. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2010; 117(12):1512–20.

71. DeVivo V., Carbone L., Saccone G., DeVivo G., Locci M., Zullo F., et al. Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2019; .

72. De Vivo V., Carbone L., Saccone G., Magoga G., De Vivo G., Locci M., et al. Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2020; 222(4):320–9.

73. Aaronson J., Goodman S. Obstetric anesthesia: not just for cesareans and labor. *Semin Perinatol.* 2014; 38(6):378–85.

74. Wortman M., Carroll K. Office-Based Gynecologic Surgery (OBGS): Past, Present, and Future: Part I. *Surg Technol Int.* 2019; 35:173–84.

75. Chestnut D.H., Wong C.A., Tsen L.C., Kee W.D.N., Beilin Y., Mhyre J. Chestnut's *Obstetric Anesthesia: Principles and Practice*, 5th Edition. Elsevier Science; 2014. 1304 p.

76. Rahman A. Shnider and Levinson's *Anesthesia for Obstetrics*, Fifth Edition. *Anesthesiology.* 2015; 122(1):223.

77. L.Fleisher, Wiener-Kronish J. *Miller's Anesthesia*, 9th Edition. *Anesthesiology.* 2019; .

78. Anim-Somuah M., Smyth R.M., Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; .

79. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. 212 p.

80. Медицинские критерии приемлемости для использования методов

контрацепции 5-е издание, ВОЗ, 2015 г.

81. Roe A.H., Bartz D. Contraception After Surgical and Medical Abortion: A Review. *Obstet Gynecol Surv.* 2017; 72(8):487–93.

82. Grimes D.A., Lopez L.M., Schulz K.F., Stanwood N.L. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. In: Lopez LM, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010.

83. Kim C., Nguyen A.T., Berry-Bibee E., Ermias Y., Gaffield M.E., Kapp N. Systemic hormonal contraception initiation after abortion: A systematic review and meta-analysis. *Contraception.* 2021; 103(5):291–304.

84. Nice. NICE Guidance: Induction of labour Evidence Update July 2013. *Evidence.* 2013; 44(July):1–124.

85. Consultation D.F.O.R. NICE - Induction of Labour guidelines. *Induction labour 2008 Updat.* 2007; 2007(December 2007):1–107.

## **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

1. **Долгушина Наталья Витальевна** – д.м.н., профессор, заместитель директора – руководитель департамента организации научной деятельности ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью женщин (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
2. **Баранов Игорь Иванович** – д.м.н., профессор, заведующий отделом научно-образовательных программ департамента организации научной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России. Конфликт интересов отсутствует.
3. **Кан Наталья Енқыновна** – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
4. **Тютюнник Виктор Леонидович** - д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отдела инновационных научных проектов департамента организации научной деятельности ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
5. **Пырегов Алексей Викторович** – д.м.н., профессор, директор института анестезиологии-реаниматологии и трансфузиологии, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России. Председатель комитета по анестезиологии и реаниматологии в акушерстве и гинекологии ассоциации анестезиологов-реаниматологов. (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
6. **Шмаков Роман Георгиевич** – д.м.н., профессор, директор института акушерства ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.



7. **Шешко Елена Леонидовна** - к.м.н., руководитель департамента организации проектной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
8. **Артымук Наталья Владимировна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в СФО (г. Кемерово). Конфликт интересов отсутствует.
9. **Башмакова Надежда Васильевна** - д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в УФО. Конфликт интересов отсутствует.
10. **Беженарь Виталий Федорович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрами акушерства, гинекологии и неонатологии/репродуктологии, руководитель клиники акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.
11. **Белокриницкая Татьяна Евгеньевна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в ДФО (г. Чита). Конфликт интересов отсутствует.
12. **Калугина Алла Станиславовна** - д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства, гинекологии и неонатологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

- Минздрава России (г. Санкт-Петербург), главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин с СЗФО. Конфликт интересов отсутствует.
13. **Крутова Виктория Александровна** – д.м.н., профессор, главный врач клиники, проректор по лечебной работе ФГБОУ ВО Кубанский Государственный университет Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в ЮФО (г. Краснодар). Конфликт интересов отсутствует.
  14. **Куликов Александр Вениаминович** – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Екатеринбург). Член Правления Федерации анестезиологов и реаниматологов и Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов. Конфликт интересов отсутствует.
  15. **Малышкина Анна Ивановна** - д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова», заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в ЦФО (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
  16. **Михайлов Антон Валерьевич** – д.м.н., профессор, главный врач СПб ГУЗ «Родильный Дом №17», профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО "СЗГМУ им. И.И. Мечникова" Минздрава России, и кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии в СЗФО (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.
  17. **Моисеева Ирина Валерьевна** - д.м.н., заведующая отделением вспомогательных репродуктивных технологий ГБУЗ «Самарский областной медицинский центр Династия», главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью Министерства здравоохранения Самарской области, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в ПФО (г. Самара). Конфликт интересов отсутствует.

18. **Оленев Антон Сергеевич** – к.м.н., главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующий филиалом «Перинатальный центр» ГБУЗ «Городская клиническая больница №24 ДЗМ», доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН. Конфликт интересов отсутствует.
19. **Олина Анна Александровна** - д.м.н., профессор, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
20. **Петрухин Василий Алексеевич** – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, директор ГБУЗ МО МОНИИАГ (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
21. **Радзинский Виктор Евсеевич** - д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
22. **Савельева Галина Михайловна** - академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, Герой Труда Российской Федерации (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
23. **Серов Владимир Николаевич** - академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, президент Российского общества акушеров-гинекологов, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
24. **Фаткуллин Ильдар Фаридович** — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Казанского ГМУ, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии в ПФО (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.
25. **Филиппов Олег Семенович** – д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФППОВ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, заместитель директора по организации акушерско-гинекологической и педиатрической помощи ФГБУ ФНКЦ ФМБА России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
26. **Шифман Ефим Муневич** – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, президент

ООО «Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов», заслуженный врач Республики Карелия, эксперт по анестезиологии и реаниматологии Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. Член Президиума Федерации анестезиологов и реаниматологов (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи акушеры-гинекологи
2. ординаторы акушеры-гинекологи

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

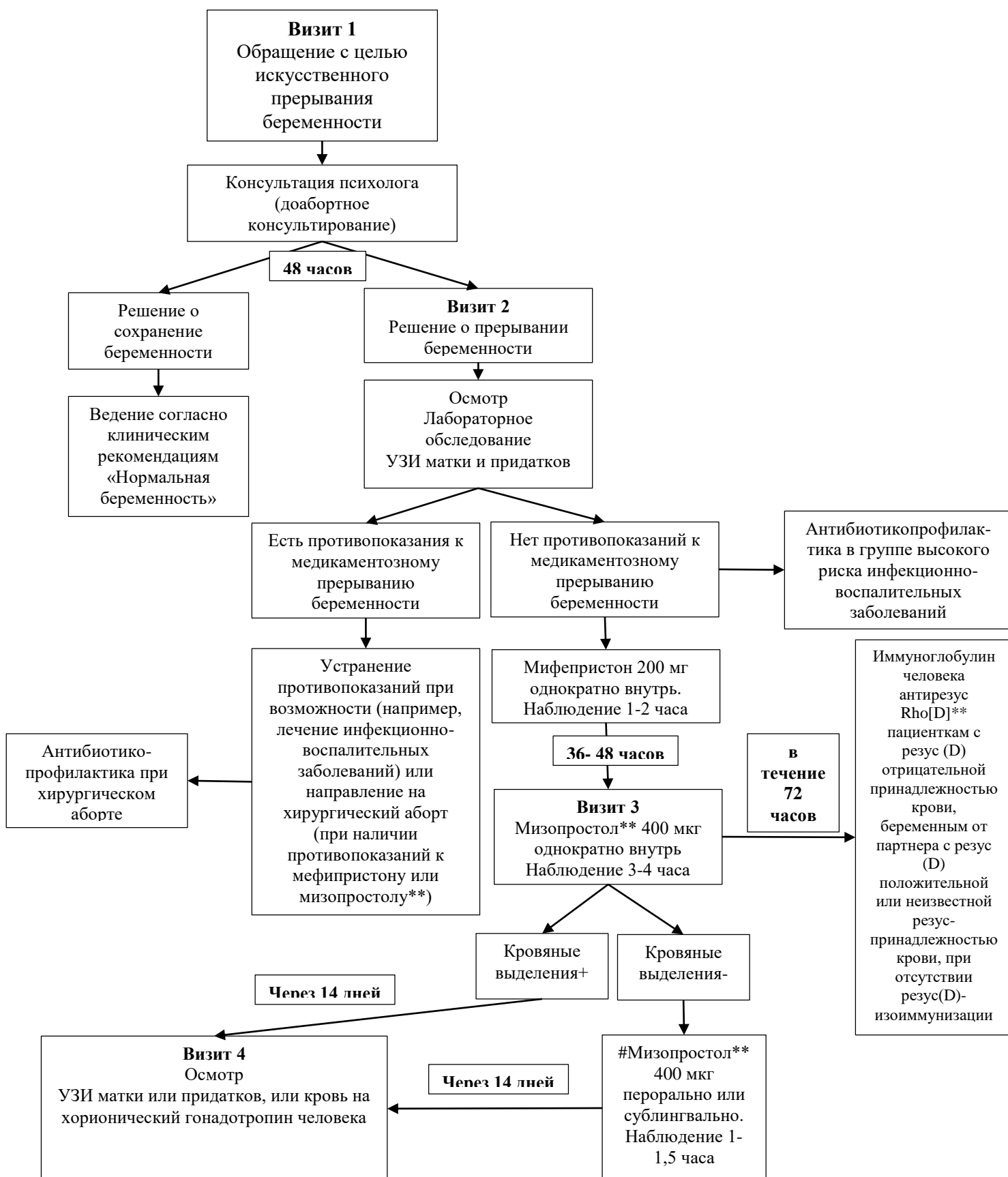
<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

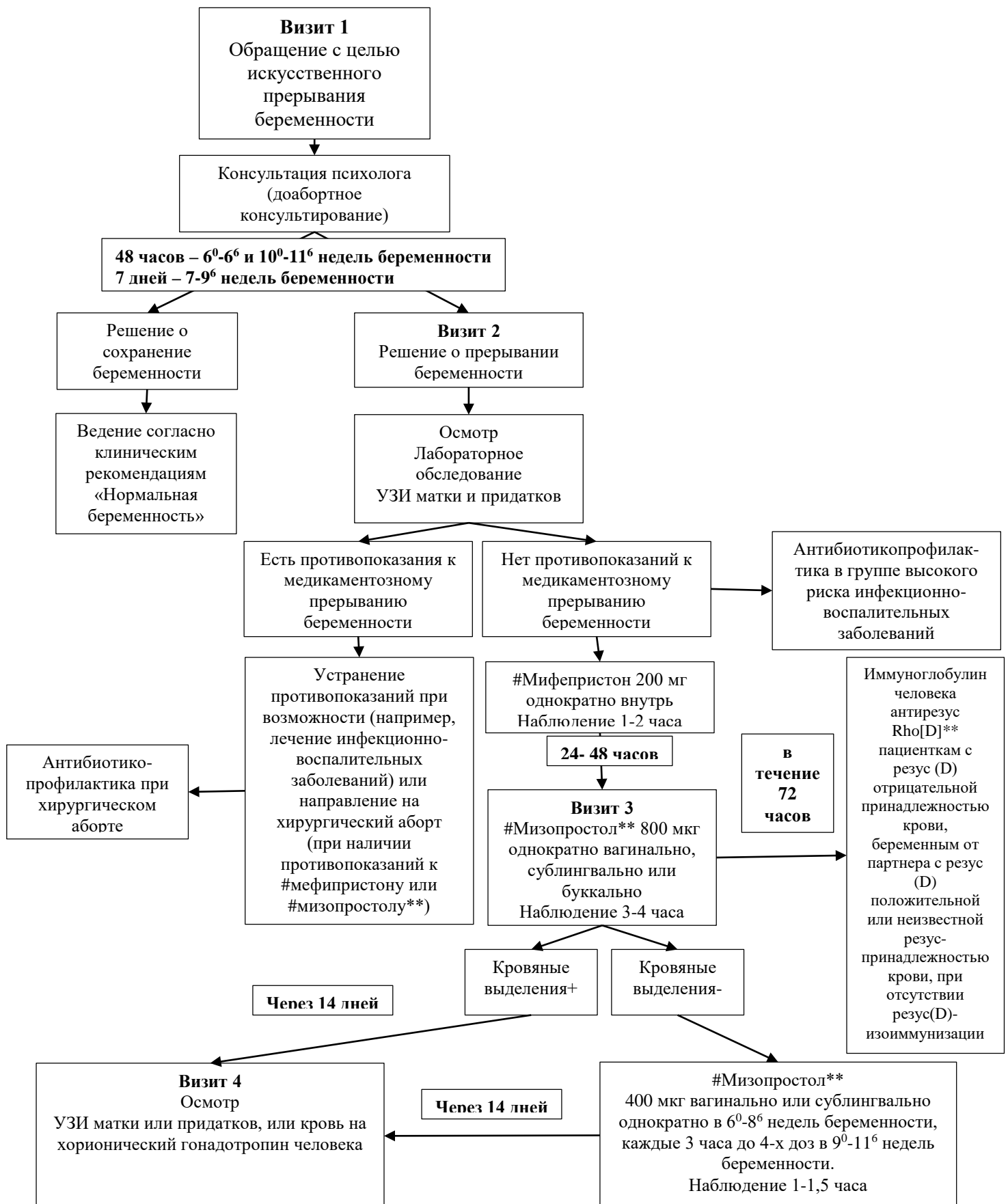
Не применимо.

## Приложение Б. Алгоритмы действия врача

### Б1. Алгоритм медикаментозного прерывания беременности в 1-м триместре до 42 дней аменореи (до 5<sup>6</sup> недель беременности)

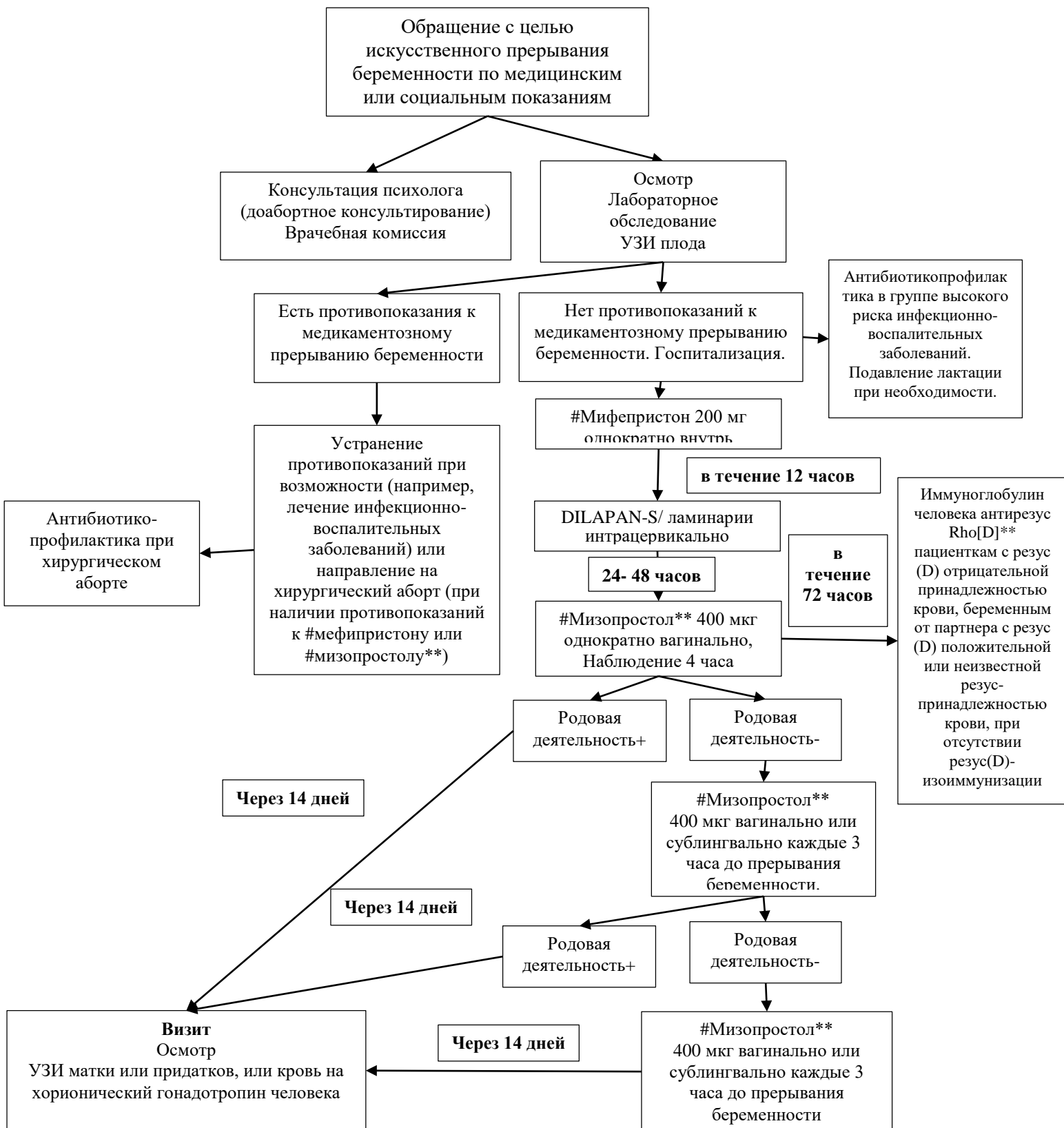


**Б2. Алгоритм медикаментозного прерывания беременности в 1-м триместре при аменорее  $\geq 42$  дней аменореи ( $6^0$ - $11^6$  недель беременности)**

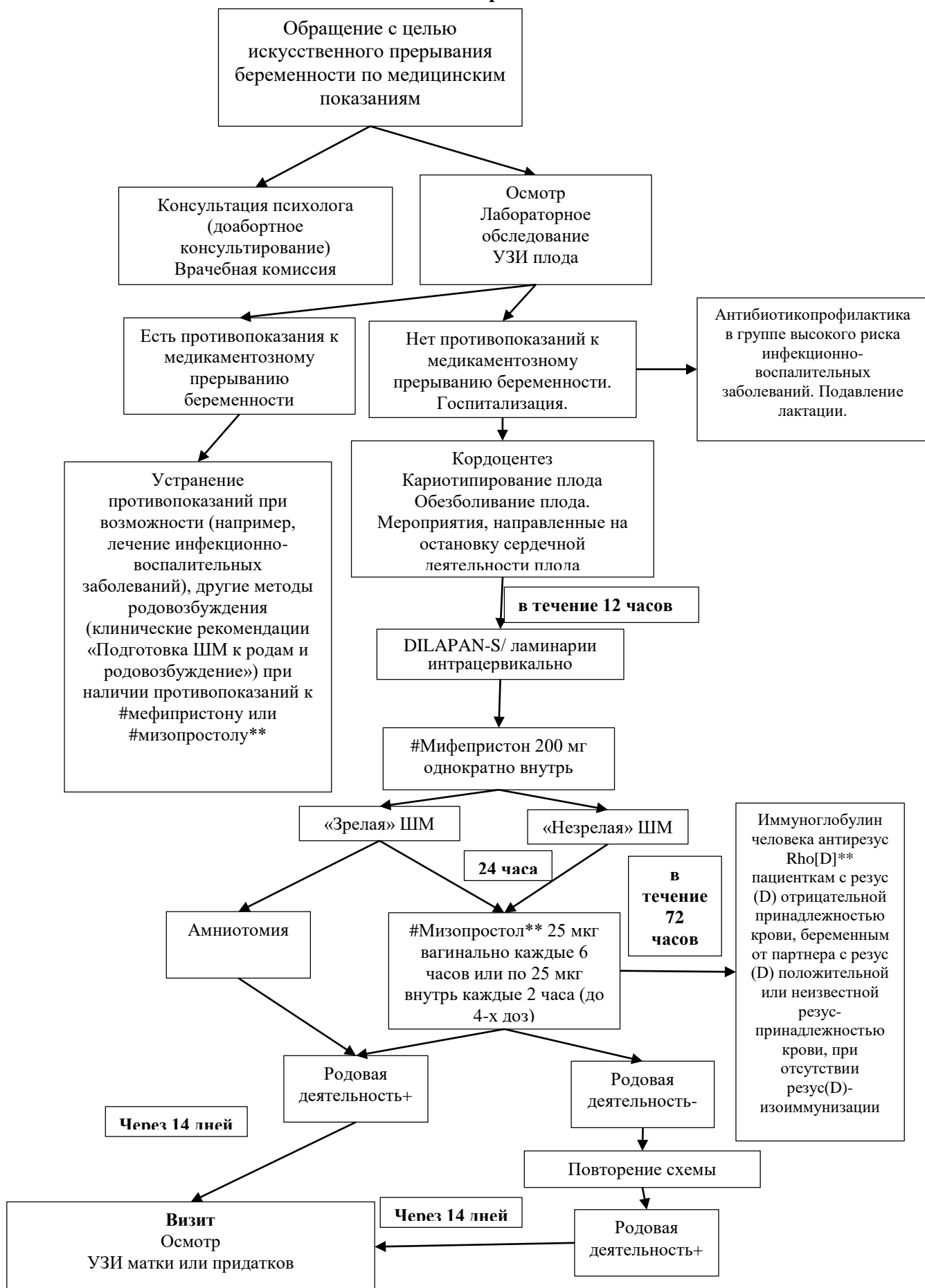




### Б3. Алгоритм медикаментозного прерывания беременности в 12-21<sup>6</sup> недели беременности



## Б4. Алгоритм медикаментозного прерывания беременности в 22<sup>0</sup>-27<sup>6</sup> недели беременности



## **Приложение В. Информация для пациента**

### **Информация для пациентки при искусственном аборте**

Искусственное прерывание беременности может выполняться медикаментозным или хирургическим методом. До 22 недель беременности искусственное прерывание беременности может быть выполнено до 12 недель по желанию пациентки, а после 12 недель - по строгим медицинским (со стороны матери или плода) или социальным показаниям (изнасилование).

Аборт является небезопасной процедурой и сопряжен с риском различных осложнений. Даже при выполнении медикаментозного аборта при условии строжайшего соблюдения всех норм и правил в 2–5% случаев наблюдаются осложнения (остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение), при развитии которых необходимо завершить аборт хирургическим путём. При хирургическом вмешательстве непосредственно во время операции возможны следующие осложнения: осложнения анестезиологического пособия, травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов, кровотечение, что может потребовать расширения объёма операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др. К осложнениям в послеоперационном периоде относятся: скопление крови и остатки плодного яйца в полости матки, острый и/или подострый воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключающего удаление матки и др. Отдалёнными последствиями и осложнениями аборта являются: бесплодие, хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки, нарушение функции яичников, внематочная беременность, невынашивание беременности, различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах: преждевременные роды, нарушение родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; нервно-психические расстройства и др.

Перед принятием окончательного решения о проведении аборта Вы должны обязательно быть проконсультированы психологом/психотерапевтом или другим специалистом, к которому Вас направит лечащий врач для доабортного консультирования. Также Вам будет выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ), в ходе которого Вы услышите сердцебиение плода. Вы не должны прибегать к аборту, если точно не уверены, что хотите прервать беременность, или у Вас нет медицинских показаний для этого.

Если аборт проводится по Вашему желанию (до 12 недель), то его можно выполнить не ранее 48 часов с момента обращения в медицинскую организацию для искусственного аборта при сроке беременности 4-6<sup>б</sup> недель или при сроке беременности 10-11<sup>4</sup> недель, но

не позднее окончания 12-й недели беременности, и не ранее 7 дней с момента обращения в медицинскую организацию для искусственного аборта при сроке беременности 7 – 9<sup>6</sup> недель беременности.

При выполнении медикаментозного аборта до 12 недель Вам будут назначены лекарственные средства, которые надо будет принимать с точностью, указанной Вам лечащим врачом. Данные лекарственные средства вызывают гибель плода, а затем изгнание его из полости матки. После приема препаратов Вы останетесь под наблюдением в течение 1,5-2 часов.

При выполнении хирургического аборта (вакуум-аспирация плодного яйца) до 12 недель Вам будет выполнено местное или общее обезболивание с учетом срока беременности, Вашего состояния здоровья, медицинских показаний и противопоказаний. Продолжительность Вашего наблюдения в условиях стационара будет определена лечащим врачом с учетом Вашего состояния и составит не менее 3-4 часов.

В случае изменения решения о проведении аборта при приеме первых таблеток в случае медикаментозного прерывания беременности Вы должны немедленно обратиться к врачу, который выполнит УЗИ, и в случае наличия сердцебиения у плода назначит лечение, направленное на сохранение беременности. При этом Вы должны знать, что таблетки могут оказать негативное воздействие на здоровье будущего ребенка, поэтому перед принятием решения об искусственном прерывании беременности Вы должны быть твердо уверены в правильности и окончательности этого решения.

После выполнения искусственного аборта Вам будут даны рекомендации по контрацепции, которая назначается сразу после выполнения аборта (гормональная контрацепция или введение внутриматочного контрацептива). Вы должны использовать контрацепцию с целью профилактики абортов до планирования деторождения.

### **Информация для пациентки при операции элиминации плода**

Элиминация плода выполняется по строгим медицинским показаниям. Это инвазивное вмешательство, включающее (1) пункцию вены пуповины плода под ультразвуковым контролем через переднюю брюшную стенку с целью введения лекарственного средства, которое останавливает сердечную деятельность плода, а затем (2) стимуляцию родов. Для этого будет проведена подготовка шейки матки к родам, во время чего могут наблюдаться побочные эффекты в виде чувства дискомфорта внизу живота, слабости, головной боли, головокружения, тошноты, рвоты, диареи (жидкого стула), гипертермии (повышение температуры), но все эти эффекты временные. В 12–15% подготовка шейки матки и родовозбуждение может быть неэффективным, и в этой ситуации для завершения беременности может быть предложена операция кесарева сечения.

При выполнении элиминации плода существует риск инфекционных осложнений, тромбоэмболических осложнений, кровотечения, аллергической реакции на лекарственные препараты, манифестации острых и обострения хронических заболеваний, которые могут потребовать дополнительного лечения и удлинения срока пребывания в медицинской организации.

**Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

**Шкала Бишоп (Bishop score) [84],[85]**

**Тип:** шкала оценки

**Назначение:** оценка степени зрелости шейки матки

**Содержание:**

Состояние шейки матки	Баллы				Оценка
	0	1	2	3	
Положение шейки матки	кзади	по центру/кпереди	-	-	
Консистенция шейки матки	плотная	умеренно размягчена	мягкая	-	
Длина шейки матки, см	>4	2-4	1-2	<1	
Открытие, см	<1	1-2	2-4	>4	
Положение головки	-3 над входом	-2 прижата	-1/0 малый/большой сегмент	+1/+2 в полости	
Общий балл по Бишоп					

**Интерпретация:**

Степень зрелости шейки матки	Незрелая	Недостаточно зрелая	Зрелая
Баллы по Бишоп	0-5	6-7	8-9 и более

**Пояснения:**

Заполнять перед каждым этапом преиндукции/индукции родов.

Оценка по шкале Бишоп является лучшим доступным инструментом для оценки степени зрелости шейки матки.

Зрелая шейка матки – клинические признаки готовности шейки матки к родам (8 и более баллов).

Недостаточно зрелая шейка матки – клинические признаки недостаточной готовности шейки матки к родам (6-7 баллов).

Незрелая шейка матки – отсутствие клинических признаков готовности шейки матки к родам (5 баллов и менее).