

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

_Тос76237763

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	10
2.5 Иные диагностические исследования.....	11
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	17
3. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	19
4.Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	20
5. Организация оказания медицинской помощи.....	21

б.Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	21
Критерии оценки качества медицинской помощи	22
Список литературы.....	24
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	29
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	34
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	35
Приложение Б. Алгоритмы действия врача.....	36
Приложение В. Информация для пациента	40
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
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 эктопической беременности.

Искусственное прерывание беременности - искусственный (медицинский) аборт или фетоцид с последующими индуцированными родами.

Искусственный аборт (медицинский аборт) - прерывание беременности до 22⁰ недель: до 11⁶ недель беременности - по желанию женщины или медицинским показаниям, с 12⁰ по 21⁶ недель - по социальным или медицинским показаниям.

Фетоцид - прерывание беременности после 22⁰ недель по медицинским показаниям с предварительным проведением медицинской процедуры, приводящей к остановке сердечной деятельности плода.

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 или фетоцид с последующими индуцированными родами.

Искусственный аборт (медицинский аборт) - прерывание беременности до 22-х недель: до 11⁶ недель - по желанию женщины или медицинским показаниям, с 12⁰ по 21⁶ недель - по социальным или медицинским показаниям.

Фетоцид - прерывание беременности с 22⁰ недель по медицинским показаниям путем проведения медицинской процедуры, приводящей к остановке сердечной деятельности плода.

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

Искусственное прерывание беременности проводится до 11⁶ недель беременности по желанию женщины или медицинским показаниям, с 12⁰ по 21⁶ недель беременности по социальным или медицинским показаниям, после 22⁰ 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 в срок 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 срок 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

О04 (О04.0-О04.1, О04.3-О04.6, О04.8-О04.9) Медицинский аборт

О06 (О06.0 – О06.1, О06.3 – О06.6, О06.8-О06.9) Аборт неуточненный

О07 (О07.0-О07.1, О07.3-О07.6, О07.8-О07.9) Неудачная попытка аборта

О35 (О35.0 – О35.9) 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 11⁶ недель беременности;
- с 12⁰ по 21⁶ недель беременности;
- с 22⁰ 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 ¹

Критерии диагноза

Диагноз устанавливается при обращении пациентки для искусственного прерывания беременности по желанию пациентки или при наличии медицинских показаний до 11⁶ недель беременности, при наличии социальных или медицинских показаний в сроки с 12⁰ по 21⁶ недель беременности, или при наличии медицинских показаний с 22⁰ 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].

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, тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации, тяжелое состояние пациентки, 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.

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

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].²

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 поздних сроках (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, оценки зрелости ШМ по шкале Бишоп перед назначением медикаментозного прерывания беременности в сроки ≥ 28 недель (Приложение Г), 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).

² Клинические рекомендации «Нормальная беременность» 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 во время настоящей беременности с целью проведения при необходимости профилактики резус-изоиммунизации и готовности к гемотрансфузии [4], [5], [8], [9], [10].³

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].⁴

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

- Рекомендован общий (клинический) анализ крови с целью исключения инфекционно-воспалительных заболеваний [4], [5], [8].

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

- Рекомендовано проведение коагулограммы (ориентировочного исследования системы гемостаза) 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 (АЧТВ), фибриноген, протромбиновое (тромбопластиновое) время (ПВ) и количество тромбоцитов.

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

³ Клинические рекомендации: «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода»: https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

⁴ Клинические рекомендации: «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода»: https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

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

- При искусственном прерывании беременности ≥ 22 недель с целью верификации хромосомных/генных заболеваний у плода рекомендовано кариотипирование плода (цитогенетическое или молекулярное кариотипирование) [8].

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

- После хирургического искусственного прерывания беременности и медикаментозного прерывания беременности после 12 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 при невозможности выполнения УЗИ матки и придатков рекомендовано исследование уровня хорионического гонадотропина человека (свободная β -субъединица) в сыворотке крови через 14 дней после искусственного аборта с целью подтверждения факта полного прерывания беременности [4], [5].

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

Комментарий: Возможно применение мочевого теста на хорионического гонадотропина человека.

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано УЗИ матки и придатков (до 9⁶ недель беременности) или УЗИ плода (с 10⁰ 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 недель беременности или до 12 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 ≥ 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).

2.5 Иные диагностические исследования

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

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

- Рекомендован осмотр врачом-терапевтом 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, назначения методов 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^{5,6}

3.1. Немедикаментозные методы лечения

- При медикаментозном искусственном прерывании беременности в сроки ≥ 12 недель рекомендовано с целью немедикаментозной подготовки ШМ использовать гигроскопические расширители цервикального канала DILAPAN-S или комплект палочек из ламинарии стерильный в течение 12 часов после приема #мифепристона [8], [16], [17], [18].

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 в дозе 200 мг, а затем (через 36-48 часов) - мизопропростол** однократно внутрь в дозе 400 мкг в соответствии с инструкцией к лекарственному препарату [4], [5], [19], [20], [21].

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

Комментарий: Если нет ответа на первую дозу мизопростола**, может вводиться еще одна повторная доза #мизопростола** 400 мкг перорально или сублингвально через 3-4 часа после первой дозы [4], [22], [23], [24], [25].

- При медикаментозном искусственном аборте в 1-м триместре (до 12⁰ недель) при длительности аменореи ≥ 42 дней с целью опорожнения полости матки рекомендовано

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

⁶ Ведение родового процесса при прерывании беременности в сроке ≥ 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

назначить #мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 24-48 часов) - #мизопростол** 800 мкг вагинально, сублингвально или буккально [4], [5], [14], [26], [27], [28], [29], [30].

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

Комментарий: В сроке 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], [22], [23], [24], [25]. В сроке 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].

- При медикаментозном искусственном аборте в сроки 12⁰-21⁶ 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], [30], [31], [32], [33], [34], [35], [36].

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 [37].

- При медикаментозном искусственном прерывании беременности в сроки 22⁰-27⁶ 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], [33], [36], [38].

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

- При медикаментозном искусственном прерывании беременности в сроки ≥ 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) #мизопростол** 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], [39], [40].

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 сроки ≥ 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], [41], [42].

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 [42] или введение 1 мг #дигоксина** интраторакально или интраамниально [43], [44]. 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 сроки ≥ 22 недель рекомендовано с целью сокращения интервала времени до родоразрешения сочетать родовозбуждение путем амниотомии с немедленной внутривенной инфузией окситоцина** [8], [45], [46].

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], [23], [47], [48], [49], [50].

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 [11], [12].⁷

⁷ Клинические рекомендации «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода»: https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

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

- 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 [29].

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

- 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).

3.3 Хирургические методы лечения

- При невозможности выполнения медикаментозного искусственного аборта до 11⁶ недель беременности (при наличии противопоказаний) рекомендована вакуум-аспирация содержимого полости матки с целью ее опорожнения [23], [51].

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

Комментарий: Кюретаж признан устаревшим методом хирургического аборта, сопряжены с большим числом осложнений и не рекомендованы для искусственного прерывания беременности до 11⁶ недель [21], [26], [27], [52], [53].

- При невозможности выполнения медикаментозного искусственного аборта в сроки 12⁰-21⁶ 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], [54], [55], [56].

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

- При искусственном прерывании беременности в сроки ≥ 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], [57].

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 [58].

- При искусственном прерывании беременности в сроки ≥ 22 недель рекомендована гистеротомия при 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, врастание 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 или выскабливание полости матки с целью ее опорожнения [4], [5].

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

- При вакуум-аспирации содержимого полости матки с целью анестезии рекомендовано применение методов нейроаксиальной анестезии (эпидуральная, спинальная, комбинированная спинально-эпидуральная) или общей анестезии [59–63].

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 проведении общей анестезии рекомендуется обеспечивать оксигенацию путем использования лицевой маски, ларингеальной маски или путем проведения

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, для лидокаина 20-40 мг.

- При развитии регулярной родовой деятельности при искусственном прерывании беременности в сроки ≥ 12 недель с целью анальгезии рекомендованы медикаментозные методы обезболивания [64, 65].

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

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

3. 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.

⁸ Клинические рекомендации «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)» https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

4. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендованы методы планирования семьи и контрацепция для профилактики нежелательной беременности [30], [66].

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

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

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

5. Организация оказания медицинской помощи

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

Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится:

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

а) при сроке беременности 4-6⁶ недель;

б) при сроке беременности 10-11⁴ недель, но не позднее окончания 12-й недели беременности;

2) не ранее 7 дней с момента обращения в медицинскую организацию для искусственного аборта при сроке беременности 7 – 9⁶ 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 – 2 часов после приема препаратов.

Прерывание беременности в сроке 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 в сроки 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 сроки 12-21⁶ недель беременности (гинекологическое отделение многопрофильной больницы или акушерский стационар).

- Искусственное прерывание беременности в сроки ≥ 22 недель (гинекологическое отделение многопрофильной больницы или акушерский стационар).

6. 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 ⁶ недель беременности) или ультразвукового исследования плода (с 10 ⁰ 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.	Выполнен осмотр врачом-терапевтом при обращении пациентки для искусственного прерывания беременности	Да/Нет
9.	Выполнено назначение мифепристона (#мифепристона) и мизопростола** (#мизопростола**) по схеме в зависимости от срока беременности при отсутствии противопоказаний к медикаментозному прерыванию беременности	Да/Нет
10.	Выполнена вакуум-аспирация содержимого полости матки при невозможности медикаментозного искусственного аборта до 11 ⁶ недель беременности	Да/Нет
11.	Выполнена анестезия при вакуум-аспирации содержимого полости матки или анальгезия при искусственном прерывании беременности в сроки ≥ 12 недель	Да/Нет
12.	Выполнена антибиотикопрофилактика при искусственном хирургическом прерывании беременности и при искусственном медикаментозном прерывании беременности у пациенток группы высокого риска инфекционно-воспалительных осложнений	Да/Нет
13.	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[12][12][12][12]	Да/Нет
14.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом при обращении пациентки через 14 дней после прерывания беременности	Да/Нет

№	Критерии качества диагностики и лечения	Да/Нет
15.	Проведено бимануальное влагалищное исследование и осмотр шейки матки в зеркалах при обращении пациентки через 14 дней после прерывания беременности	Да/Нет
16.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков 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/).
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. 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.
17. 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.
18. Sagiv R., Mizrahi 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.
19. 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.
20. 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.
21. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012. PMID: 23700650.
22. Prine L.W., MacNaughton H. Office management of early pregnancy loss. *Am Fam Physician.* 2011; 84(1):75–82.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. Clinical Practice Handbook for Safe Abortion. Geneva: World Health Organization; 2014. PMID: 24624482.

27. 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.
28. Best practice in comprehensive abortion care. RCOG. Best Practice Paper No. 2. — June. 2015.
29. 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.
30. Medical management of abortion. WHO, 2018, 72 p.
31. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2012.
32. 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://www.rcof.org.uk>
33. Borgatta L., Kapp N. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*. 2011; 84(1):4–18.
34. Kapp N., Borgatta L., Stubblefield P., Vragovic O., Moreno N. Mifepristone in Second-Trimester Medical Abortion. *Obstet Gynecol*. 2007; 110(6):1304–10.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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>.
39. Г.В. Благодарный, Оценка эффективности и безопасности методов родовозбуждения с применением простагландина Е1/Кандидатская диссертация. - 2017. - ФГБНУ НИИ АГиР имени Д. Отта.
40. 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.

41. 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.
42. 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.
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. Achilles S.L., Reeves M.F. Prevention of infection after induced abortion. *Contraception*. 2011; 83(4):295–309.
48. Low N., Mueller M., Van Vliet H.A., Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; .
49. 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.
50. 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.
51. Tunçalp O., Gülmezoglu A.M., Souza J.P. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane database Syst Rev*. 2010; (9):CD001993.
52. 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.
53. National Abortion Federation. NAF Protocol for mifepristone/misoprostol in early abortion in U.S. Washington DC, USA: National Abortion Federation. — 2013. — 12 p.
54. 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.

55. 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.

56. 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.

57. 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; .

58. 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.

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

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

61. 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.

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

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

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

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

66. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции 5-е издание, ВОЗ, 2015 г.

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

68. 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 Наталия 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. **Нередько Сергей Александрович** - д.м.н., заведующий отделением вспомогательных репродуктивных технологий ГБУЗ Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр», главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью Министерства здравоохранения Ставропольского края, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин СКФО (г. Ставрополь). Конфликт интересов отсутствует.
19. **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.
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 Департамента медицинской помощи детям и службы

- родовспоможения Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
26. **Шифман Ефим Муневич** – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНКИ 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)

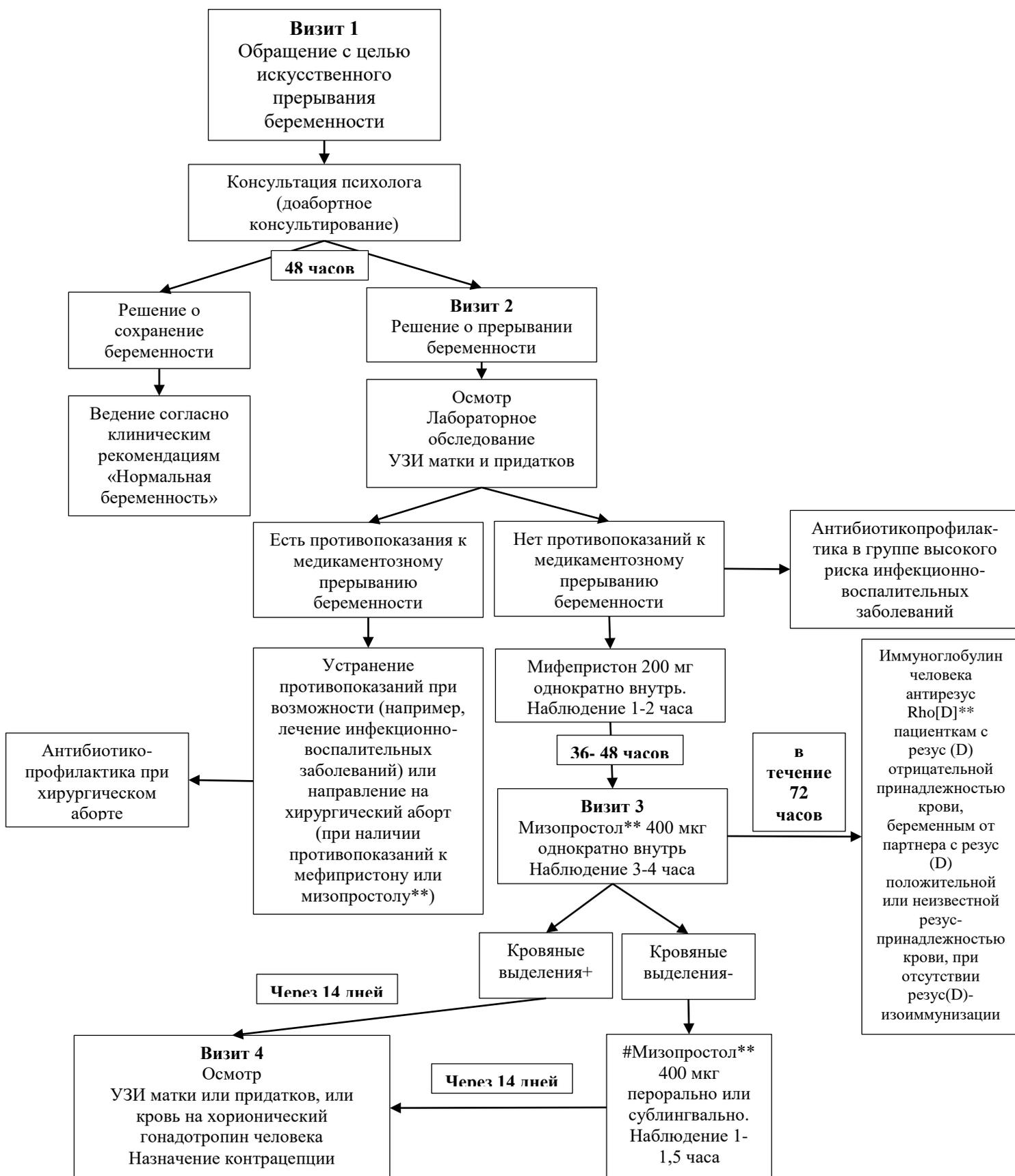
УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии 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

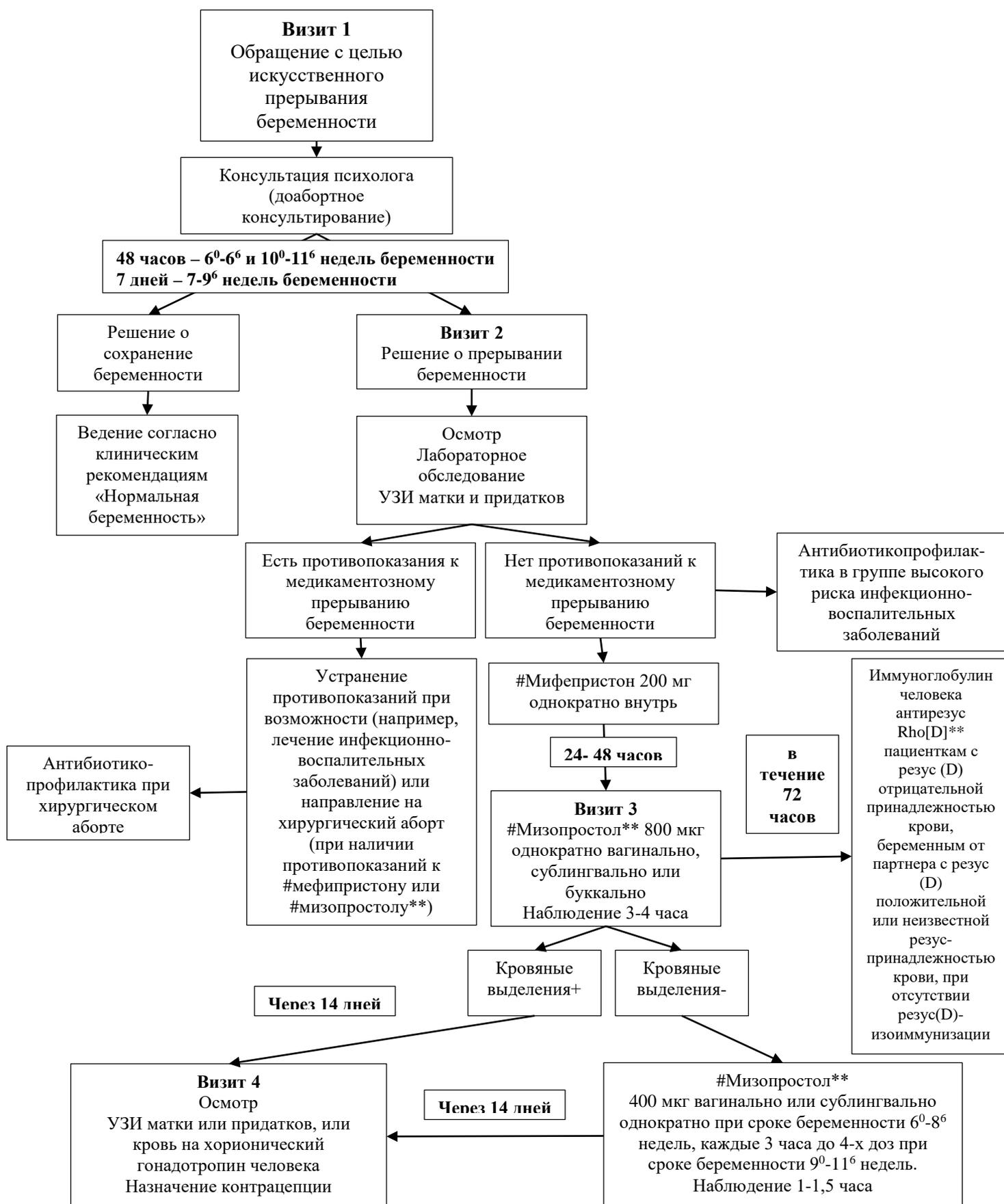
Не применимо.

Приложение Б. Алгоритмы действия врача

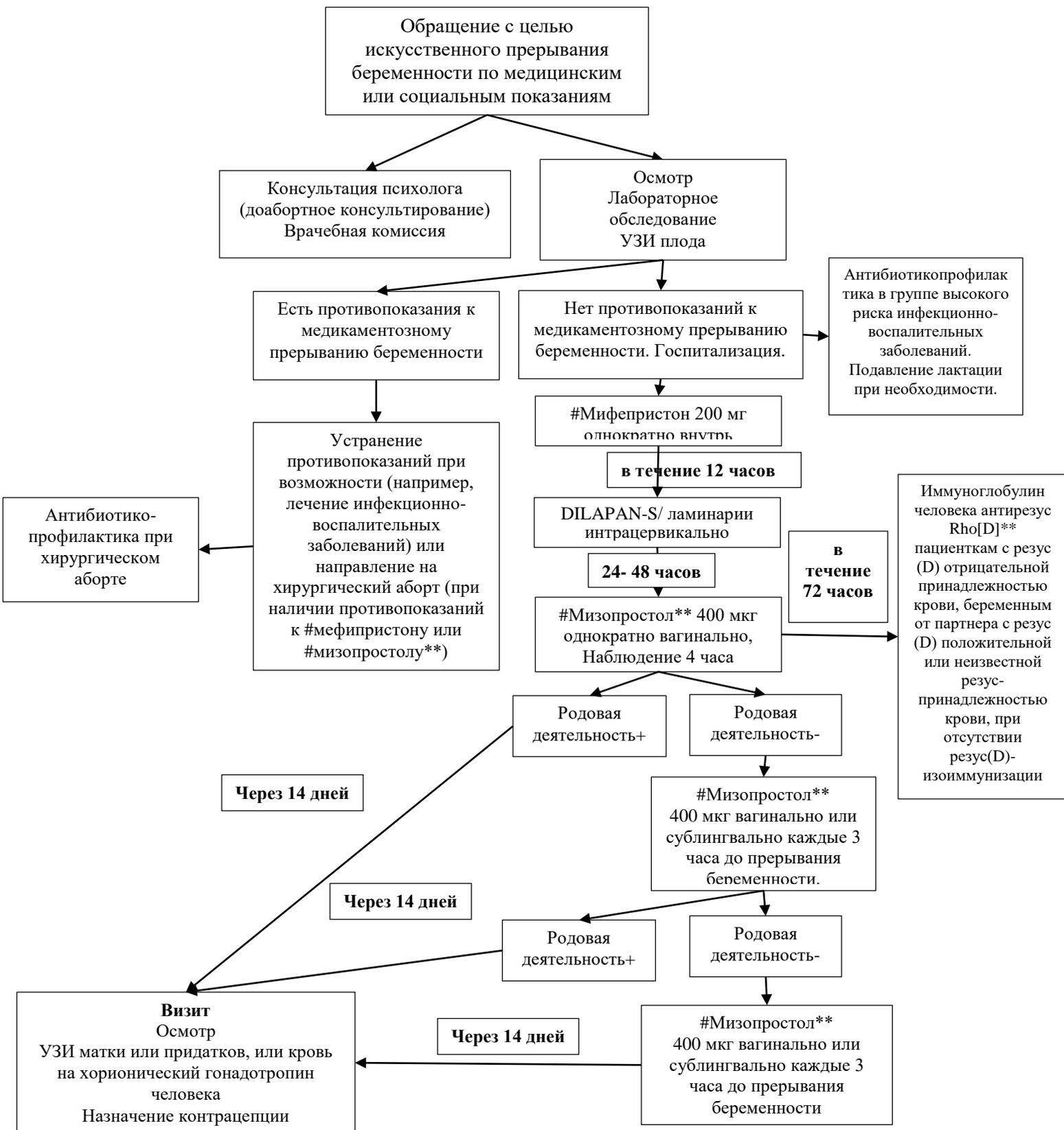
Б1. Алгоритм медикаментозного прерывания беременности в 1-м триместре до 42 дней аменореи (до 5⁶ недель беременности)



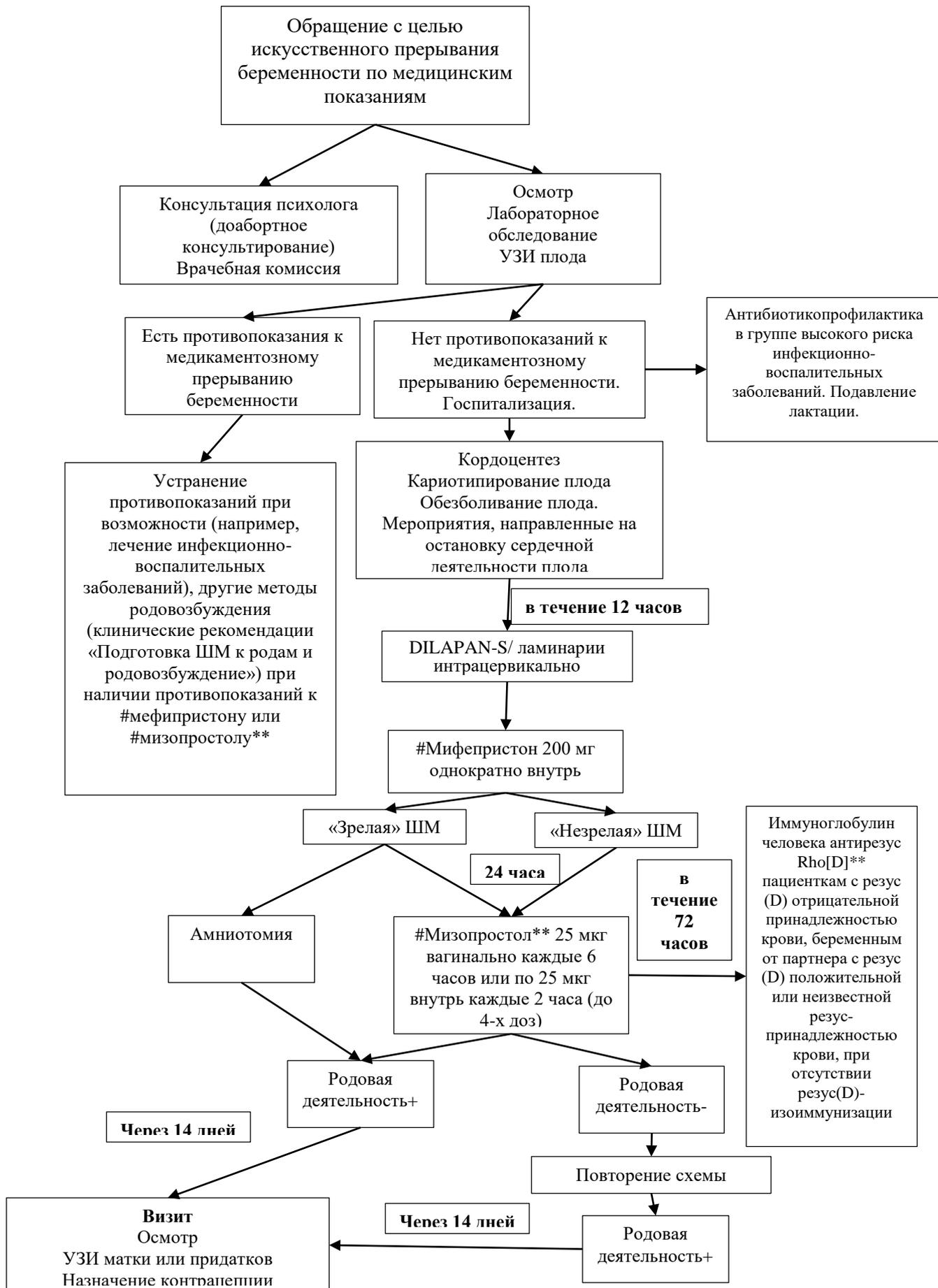
Б2. Алгоритм медикаментозного прерывания беременности в 1-м триместре при аменорее ≥ 42 дней аменореи (6^0 - 11^6 недель беременности)



Б3. Алгоритм медикаментозного прерывания беременности в 12-21⁶ недели беременности



Б4. Алгоритм медикаментозного прерывания беременности в 22⁰-27⁶ недели беременности



Приложение В. Информация для пациента

Форма информированного добровольного согласия на прерывание беременности медикаментозным методом до 12 недель

Я, нижеподписавшаяся, _____,

(фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя)

_____ года рождения в соответствии со статьями 14, 20, 32, 37 и 56 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» настоящим подтверждаю своё согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности.

Я предупреждена, что не должна прибегать к аборту, если не уверена, что хочу прервать беременность. Я знаю, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим и комбинированным методом. Я согласна прервать беременность медикаментозным методом.

Я проинформирована врачом о нижеследующем:

- о сроке моей беременности, об отсутствии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребёнка;
- о сути метода медикаментозного прерывания беременности;
- о том, что медицинская помощь при операции (включая обезболивание) входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения операции нет 100-процентной гарантии предотвращения возможных осложнений при проведении самой операции и в послеоперационном периоде;
- о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности;
- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после операции в соответствии с назначением лечащего врача;
- о необходимости приёма назначенных мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача;
- о режиме поведения, в том числе половой жизни, в послеоперационном периоде и возможных последствиях при его нарушении.

Мне даны разъяснения:

- а) действия назначаемых мне перед проведением и во время проведения операции лекарственных препаратов и возможных осложнениях при их применении;

б) следующих возможных осложнениях и последствиях проведения медикаментозного искусственного прерывания беременности:

- о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил в 2–5% случаев медикаментозное прерывание беременности может быть неэффективным (остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение), и в этой ситуации необходимо завершить аборт хирургическим путём;

- о том, что если я приму решение сохранить беременность в случае её продолжающегося развития после медикаментозного аборта, то существует риск для здоровья будущего ребёнка;

- отдалённых последствиях и осложнениях: 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; различные осложнения родовой деятельности; кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; нервно-психические расстройства и др.;

в) о возможной необходимости приёма дополнительных лекарственных препаратов в соответствии с предписанием моего лечащего врача;

г) о режиме поведения, в том числе половой жизни, в послеабортном периоде и возможных последствиях при его нарушении;

д) о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с медикаментозным прерыванием беременности, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение об искусственном прерывании беременности медикаментозным методом.

Пациент _____

(фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя) *(подпись)*

Дата _____

Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения операции, дал ответы на все вопросы.

Врач _____

(фамилия, имя, отчество врача) *(подпись)*

Дата _____

Форма информированного добровольного согласия на искусственное прерывание беременности хирургическим методом до 12 недель

Я, нижеподписавшаяся, _____ ,

(фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя)

_____ года рождения в соответствии со статьями 14, 20, 32, 37 и 56 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» настоящим подтверждаю своё согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности хирургическим методом, то есть хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием (далее - операция).

Я предупреждена, что не должна прибегать к аборту, если не уверена, что хочу прервать беременность. Я знаю, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим и комбинированным методом. Я согласна прервать беременность хирургическим методом.

Я проинформирована врачом о нижеследующем:

о сроке моей беременности, об отсутствии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребёнка;

- о смысле операции и обезболивания;
- о том, что медицинская помощь при операции (включая обезболивание) входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

- о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения операции нет 100-процентной гарантии предотвращения возможных осложнений при проведении самой операции и в послеоперационном периоде;

- о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности;

- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после операции в соответствии с назначением лечащего врача;

- о необходимости приёма назначенных мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача;

- о режиме поведения, в том числе половой жизни, в послеоперационном периоде и возможных последствиях при его нарушении.

Мне даны разъяснения о:

- а) действия назначаемых мне перед проведением и во время проведения операции лекарственных препаратов и возможных осложнениях при их применении;

- б) основных этапах обезболивания;

Форма информированного добровольного согласия на искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям

Я, нижеподписавшаяся, _____,

(фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя)

_____ года рождения в соответствии со статьями 14, 20, 32, 37 и 56 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» настоящим подтверждаю своё согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.

Мне разъяснены состояние моего здоровья, особенности развития моего плода и диагноз _____.

Я информирована, что учитывая наличие у плода заболевания с крайне неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья после рождения, невозможностью постнатальной коррекции выявленного состояния я имею право на прерывание данной беременности по медицинским показаниям.

Я настаиваю на прерывании беременности по медицинским показаниям со стороны плода.

Я информирована, что при проведении прерывания беременности мне необходимо медицинское вмешательство в виде выполнения операции элиминации плода.

Настоящим я доверяю врачу _____

(Ф.И.О врача)

и его коллегам выполнить предложенную мне операцию элиминации плода.

Мне разъяснен порядок проведения операции элиминации плода. Я информирована, что это инвазивное вмешательство, а именно: пунктирование вены пуповины плода под ультразвуковым контролем через переднюю брюшную стенку с целью введения лекарственного средства, которое останавливает сердечную деятельность плода.

Мне разъяснено, что выполнение вышеуказанного инвазивного вмешательства может увеличить риск инфекционных осложнений, тромбоэмболических осложнений, сочетаться с такими осложнениями как: кровотечение, аллергическая реакция на вводимый препарат, манифестацией острых и обострением хронических заболеваний, которые могут потребовать дополнительного лечения и удлинения сроков пребывания в медицинской организации.

Мне также разъяснено, что, если в ходе выполнения указанной операции или в послеоперационном периоде возникает необходимость другого медицинского вмешательства, исследования или операции, я даю свое согласие врачу и его коллегам

принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением (квалификацией) и медицинской информацией и выполнить те медицинские мероприятия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего здоровья.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Содержание настоящего документа мною прочитано, дополнительно разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением операции, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне операции.

Пациент _____

(фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя) *(подпись)*

Дата _____

Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения операции, дал ответы на все вопросы.

Врач _____

(фамилия, имя, отчество врача) *(подпись)*

Дата _____

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

Шкала Бишоп (Bishop score) [67],[68]

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).