

Актуально на 10 фев 2023

# Искусственное прерывание беременности

**Категория возрастная** взрослые, дети

**Врач** [врач – акушер-гинеколог](#)

**Диагнозы МКБ-10**

- O04 [Медицинский аборт](#)
- O06 [Аборт неуточненный](#)
- O07 [Неудачная попытка аборта](#)
- O35 [Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода](#)

**Диагнозы МКБ-11**

- JA00.1 [Induced abortion](#)
- JA00.2 [Unspecified abortion](#)
- JA00.3 [Failed attempted abortion](#)
- JA85.Z [Maternal care for known or suspected fetal abnormality or damage, unspecified](#)

## Шкала убедительности и доказательности

**Доказательность**

- 1** Для методов диагностики: систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: систематический обзор РКИ с применением мета-анализа.
- 2** Для методов диагностики: 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. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа.
- 3** Для методов диагностики: 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. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования.
- 4** Для методов диагностики: несравнительные исследования, описание клинического случая. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: несравнительные

исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования случай-контроль.

**5** Для методов диагностики: имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов.

### **Убедительность**

**A** Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными).

**B** 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).

**C** 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).

## **Краткая информация**

### **Определение**

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

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

Фетоцид – прерывание беременности с 22/0 недель по медицинским показаниям путем проведения медицинской процедуры, приводящей к остановке сердечной деятельности плода.

### **Этиология**

Искусственное прерывание беременности проводится до 11/6 недель беременности по желанию женщины или медицинским показаниям, с 12/0 по 21/6 недель беременности по социальным или медицинским показаниям, после 22/0 недель беременности – только по медицинским показаниям.

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации<sup>[1]</sup>. Социальные показания для искусственного аборта определяются Правительством Российской Федерации<sup>[2]</sup>.

## **Эпидемиология**

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%): 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: 10193 (33%) – искусственных абортов по медицинским показаниям и 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.

## **Классификация**

Классификация искусственного прерывания беременности по сроку беременности<sup>[2], [3]</sup>:

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

Классификация искусственного прерывания беременности по методу:

- медикаментозное прерывание беременности;
- хирургическое прерывание беременности.

## **Клиническая картина**

Не применимо.

## **Диагностика**

## **Критерии диагноза**

Диагноз устанавливается при обращении пациентки для искусственного прерывания беременности:

- по желанию пациентки или при наличии медицинских показаний до 11/6 недель беременности,
- при наличии социальных или медицинских показаний в сроки с 12/0 по 21/6 недель беременности,
- при наличии медицинских показаний с 22/0 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<sup>[3]</sup>.

## **Жалобы и анамнез**

Оценка жалоб и анамнеза пациентки с целью исключения противопоказаний к искусственному прерыванию беременности<sup>[4]</sup>.



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
- 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.

## **Физикальное обследование**

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]:

- визуальный осмотр терапевтический,
- термометрия общая,
- измерение частоты сердцебиения,
- измерение частоты дыхания,
- измерение артериального давления на периферических артериях дважды.

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]

A 2

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.

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  $\geq 28$  недель, и после искусственного прерывания беременности (через 14 дней) с целью исключения осложнений искусственного прерывания беременности [4], [5], [8].

C 5

- бимануальное влагалищное исследование
- осмотр шейки матки (ШМ) в зеркалах дважды

## Лабораторное обследование

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].

B 1

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].

B 1

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

C 5

Проведение коагулограммы (ориентировочного исследования системы гемостаза) с

C 3

целью исключения нарушений системы гемостаза <sup>[5], [8], [13]</sup>.

Исследование коагулограммы включает: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген, протромбиновое (тромбопластиновое) время (ПВ) и количество тромбоцитов.

Микроскопическое исследование вагинального мазка с целью исключения инфекционно-воспалительных и дисбиотических состояний <sup>[4], [5], [8]</sup>.

При искусственном прерывании беременности  $\geq 22$  недель с целью верификации хромосомных/генных заболеваний у плода – кариотипирование плода (цитогенетическое или молекулярное кариотипирование) <sup>[8]</sup>.

После хирургического искусственного прерывания беременности и медикаментозного прерывания беременности после 12 недель – 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 <sup>[14], [15]</sup>.

После искусственного аборта при невозможности выполнения УЗИ матки и придатков – исследование уровня хорионического гонадотропина человека (свободная  $\beta$ -субъединица) в сыворотке крови через 14 дней после искусственного аборта с целью подтверждения факта полного прерывания беременности <sup>[4], [5]</sup>.

Возможно применение мочевого теста на хорионического гонадотропина человека.

## **Инструментальная диагностика**

УЗИ матки и придатков (до 9/6 недель беременности) или УЗИ плода (с 10/0 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) <sup>[4], [5], [8]</sup>.

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

При искусственном прерывании беременности  $\geq 22$  недель с целью кариотипирования плода и введения лекарственных средств для обезболивания и остановки сердечной деятельности плода – кордоцентез <sup>[8]</sup>.

УЗИ матки и придатков через 14 дней после искусственного прерывания беременности с целью исключения осложнений прерывания беременности <sup>[4], [5]</sup>.

## **Иная диагностика**

Консультация психолога (медицинского психолога, специалиста по социальной работе) с целью проведения до абортного консультирования <sup>[3]</sup>.

Осмотр врачом-терапевтом с целью исключения противопоказаний для искусственного прерывания беременности <sup>[8]</sup>.

Осмотр врачом акушером-гинекологом через 14 дней после искусственного прерывания беременности с целью подтверждения прерывания беременности, исключения осложнений искусственного прерывания беременности, назначения методов контрацепции<sup>[3]</sup>.

C 5

## Лечение

### Немедикаментозные методы лечения

При медикаментозном искусственном прерывании беременности в сроки  $\geq 12$  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<sup>[8], [16], [17], [18]</sup>.

B 3

### Медикаментозные методы лечения

При медикаментозном искусственном аборте в 1-м триместре беременности при длительности аменореи  $< 42$  дней с целью опорожнения полости матки – мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 36-48 часов) - мизопростол однократно внутрь в дозе 400 мкг в соответствии с инструкцией к лекарственному препарату<sup>[4], [5], [19], [20], [21]</sup>.

A 1

Если нет ответа на первую дозу мизопростола, может вводиться еще одна повторная доза в 400 мкг перорально или сублингвально через 3-4 часа после первой дозы<sup>[4], [22], [23], [24], [25]</sup>.

При медикаментозном искусственном аборте в 1-м триместре (до 12/0 недель) при длительности аменореи  $\geq 42$  дней с целью опорожнения полости матки – мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 24-48 часов) - мизопростол 800 мкг вагинально, сублингвально или буккально<sup>[4], [5], [14], [26], [27], [28], [29], [30]</sup>.

B 2

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<sup>[4], [22], [23], [24], [25]</sup>.

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<sup>[5]</sup>.

При медикаментозном искусственном аборте в сроки 12/0-21/6 недель с целью опорожнения полости матки – 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<sup>[8], [30], [31], [32], [33], [34], [35], [36]</sup>.

B 2

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<sup>[8]</sup>. При наличии кесарева сечения в анамнезе дозу

мизопростол следует уменьшить в 2 раза <sup>[37]</sup>.

При медикаментозном искусственном прерывании беременности в сроки 22/0-27/6 недель с целью родовозбуждения после остановки сердечной деятельности плода – 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 <sup>[8], [33], [36], [38]</sup>.

**B 2**

При медикаментозном искусственном прерывании беременности в сроки  $\geq 28$  недель с целью родовозбуждения после остановки сердечной деятельности плода и оценки степени зрелости ШМ по шкале Бишоп – 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 <sup>[8], [39], [40]</sup>.

**B 2**

При отсутствии регулярной родовой деятельности в течение 24 часов после назначения мизоprostola возможно повторение выше указанной схемы <sup>[8]</sup>. При наличии «зрелой» ШМ по [шкале Бишоп](#) альтернативой указанной схеме является амниотомия с последующим назначением окситоцина <sup>[8]</sup>.

При искусственном прерывании беременности в сроки  $\geq 22$  недель до назначения мифепристона при проведении кордоцентеза – 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 <sup>[8], [41], [42]</sup>.

**C 5**

Альтернативными методами для остановки сердечной деятельности плода является введение 2 г 10% раствора калия хлорида в системную циркуляцию плода путем кордоцентеза или кардиоцентеза <sup>[42]</sup> или введение 1 мг дигоксина интраторакально или интраамниально <sup>[43], [44]</sup>.

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 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 <sup>[8]</sup>.

При искусственном прерывании беременности в сроки  $\geq 22$  недель – с целью сокращения интервала времени до родоразрешения сочетать родовозбуждение путем амниотомии с немедленной внутривенной инфузией окситоцина <sup>[8], [45], [46]</sup>.

**B 2**

При наличии обильных кровяных выделений из влагалища – транексамовая кислота по схеме согласно инструкции к препарату с целью остановки кровотечения <sup>[5]</sup>.

**C 5**

При искусственном хирургическом прерывании беременности и при искусственном медикаментозном прерывании беременности у пациенток группы высокого риска инфекционно-воспалительных осложнений – антибиотикопрофилактика

**A 1**



препаратами широкого спектра действия с целью профилактики инфекционно-воспалительного процесса<sup>[3], [4], [23], [47], [48], [49], [50]</sup>.

Для пациенток, у которых не выявлена хламидийная инфекция – метронидазол 1 г перорально до или во время прерывания беременности.

Для пациенток, не обследованных на хламидийную инфекцию – 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 – назначить иммуноглобулин человека антирезус Rho[D] в течение 72 часов после искусственного прерывания беременности<sup>[11], [12]</sup>.

C 4

Во 2-м -3-м триместре беременности в день прерывания беременности (но не ранее, чем через 4 часа) – бромкриптин или каберголин согласно инструкции к препарату с целью подавления/предотвращения лактации<sup>[29]</sup>.

B 2

Пациенткам с медикаментозным искусственным абортom при наличии болевого синдрома с целью его купирования – назначить нестероидные противовоспалительные препараты<sup>[5]</sup>.

C 5

## Хирургические методы лечения

При невозможности выполнения медикаментозного искусственного аборта до 11/6 недель беременности (при наличии противопоказаний) – вакуум-аспирация содержимого полости матки с целью ее опорожнения<sup>[23], [51]</sup>.

A 1

Кюретаж признан устаревшим методом хирургического аборта, сопряжены с большим числом осложнений и **не рекомендованы** для искусственного прерывания беременности до 11/6 недель<sup>[21], [26], [27], [52], [53]</sup>.

При невозможности выполнения медикаментозного искусственного аборта в сроки 12/0-21/6 недель беременности (при наличии противопоказаний) – дилатация ШМ и эвакуация содержимого полости матки с помощью абортных щипцов (плодоразрушающая операция) с целью опорожнения полости матки<sup>[8], [54], [55], [56]</sup>.

C 5

При искусственном прерывании беременности в сроки  $\geq 22$  недель – амниотомия с целью индукции родов при достижении полной зрелости шейки матки (8 баллов и более по шкале Бишоп) для сокращения интервала времени до родоразрешения<sup>[8], [57]</sup>.

A 1

Амниотомия при зрелой шейке матки не увеличивает риск КС, но укорачивает интервал времени до родоразрешения в среднем на 5 часов<sup>[58]</sup>.

При искусственном прерывании беременности в сроки  $\geq 22$  недель – гистеротомия при наличии противопоказаний для прерывания беременности через родовые пути

C 5

Противопоказаниями для прерывания беременности через родовые пути являются:

- предлежание плаценты,
- вращение плаценты,
- тяжелая преэклампсия
- 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) – вакуум-аспирация содержимого полости матки или выскабливание полости матки с целью ее опорожнения<sup>[4], [5]</sup>.

C 5

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

C 5

В качестве препаратов для общей анестезии рекомендуется использовать пропофол (не более 2,5 мг/кг), тиопентал натрия, фентанил и кетамин.

При проведении общей анестезии следует 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  $\geq 12$  недель с целью аналгезии – медикаментозные методы обезболивания<sup>[64, 65]</sup>.

C 5

Для обезболивания могут использоваться разные медикаментозные методы, включая нейроаксиальную аналгезию.

Среди всех методов обезболивания эпидуральная аналгезия обладает целым рядом преимуществ.

При проведении нейроаксиальной аналгезии 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 в клинической рекомендации [«Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании \(нормальные роды\)»](#).

## Медицинская реабилитация

Не применимо.

## Профилактика

Методы планирования семьи и контрацепция для профилактики нежелательной беременности <sup>[30], [66]</sup>.

C 5

Консультация психолога (медицинского психолога, специалиста по социальной работе) с целью проведения до абортного консультирования и профилактики аборта <sup>[3]</sup>.

C 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:
  - при сроке беременности 4-66 недель;
  - при сроке беременности 10-11/4 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 – 9/6 недель беременности <sup>[2], [3]</sup>.

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 12-21/6 недель беременности (гинекологическое отделение многопрофильной больницы или акушерский стационар).
- Искусственное прерывание беременности в сроки  $\geq 22$  недель (гинекологическое отделение многопрофильной больницы или акушерский стационар).

## 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.)
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 p.
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://ww>.

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 E1/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.

© Материал из Справочной системы «Актион Консилиум»

<https://crs.action360.ru>

Дата копирования: 10.02.2023