

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Искусственный аборт (медицинский аборт) – искусственное прерывание беременности до 21⁶ недель включительно.

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

Искусственный аборт (медицинский аборт) проводится по: (1) медицинским показаниям со стороны матери (когда пролонгирование беременности ассоциировано с высоким риском материнской смерти) или со стороны плода (при некорректируемых заболеваниях плода, несовместимых с жизнью и/или с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья) (независимо от срока беременности), (2) по социальным показаниям (до 21⁶ недель беременности включительно), (3) по настойчивому желанию женщины при условии обязательного проведения профессионального психологического консультирования в кабинете медико-социальной помощи женской консультации или в центре медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (до 11⁶ недель беременности включительно). 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 Федеральной службы государственной статистики в 2022 г. число прерываний беременности составило 503 809 случаев. Согласно данным Росстата (форма №13 федерального государственного статистического наблюдения) в 2022 г. в РФ доля медицинских абортов легальных до 12 недель от общего числа прерываний беременности до 22 недель составила 45,5%, из них медикаментозным методом 46,8%, а доля медицинских абортов по медицинским показаниям в 12-21⁶ недели беременности составила 2,3%, из них медикаментозным методом - 64,3%.

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

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

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

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

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

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Классификация медицинского аборта по сроку беременности [2], [3]:

- до 11⁶ недель беременности;
- с 12⁰ по 21⁶ недель беременности.

Классификация медицинского аборта по методу:

- медикаментозный аборт;
- хирургический аборт.

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

Указанная в разделе информация относится ко всем пациенткам, обратившимся с целью медицинского аборта, если не указано иное.

Критерии диагноза

Не применимо.

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендована оценка жалоб и анамнеза пациентки с целью исключения противопоказаний к медицинскому аборту [4], [5], [6], [7].

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

Комментарий: Противопоказания для медицинского аборта определяются в зависимости от состояния беременной, срока и локализации беременности, показаний к ее прерыванию, переносимости применяемых медикаментозных препаратов, наличия острых инфекционных и воспалительных заболеваний. При наличии противопоказаний вопрос решается индивидуально консилиумом врачей с учетом срока беременности и возможностей (условий) медицинской организации, в которой прерывается беременность.

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 медицинского аборта с целью оценки общего состояния и исключения противопоказаний к медицинскому аборту, и после медицинского аборта (через 10-15 дней) с целью оценки общего состояния и исключения осложнений медицинского аборта [3], [4], [6], [8], [9].

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 выбора способа медицинского аборта [4], [6], [7], [8], [10], [11], [12].

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

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

- Рекомендовано бимануальное влагалищное исследование и осмотр шейки матки (ШМ) в зеркалах дважды: при обращении пациентки по поводу медицинского аборта с целью дифференциальной диагностики с внематочной беременностью, определения размеров матки и ее соответствия сроку беременности, состояния и болезненности придатков, сводов влагалища, наличия и характера выделений из влагалища, и после медицинского аборта (через 10-15 дней) с целью исключения его осложнений [4], [6], [8].

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

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендовано определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) перед медицинским абортom при отсутствии данного исследования во время настоящей беременности с целью проведения при необходимости профилактики резус-изоиммунизации и для готовности к гемотрансфузии [4], [6], [7], [8], [13], [14], [15], [16].

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

- Рекомендовано определение анти(RhD)антител резус-отрицательным пациенткам, беременным от партнера с резус-положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови, перед медицинским абортom при отсутствии данного исследования во время настоящей беременности с целью проведения профилактики резус-изоиммунизации [15], [16], [17], [18].

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

- Рекомендован общий (клинический) анализ крови (ОАК) и исследование уровня тромбоцитов в крови перед хирургическим абортom на любом сроке беременности и перед

медикаментозным абортom на сроке $\geq 12^0$ недель беременности с целью исключения инфекционно-воспалительных заболеваний, анемии, тромбоцитопении [4], [6], [8], [13].

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

- Рекомендована коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) перед медицинским (хирургическим или медикаментозным) абортom на сроке $\geq 12^0$ недель беременности с целью исключения нарушений системы гемостаза [8], [13], [19].

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

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

- Рекомендовано микроскопическое исследование влагалищных мазков перед медицинским абортom с целью исключения инфекционно-воспалительного процесса [4], [8], [13].

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

- При медицинском абортe по медицинским показаниям со стороны плода рекомендовано кариотипирование плода (цитогенетическое или молекулярное кариотипирование) с целью верификации хромосомных/генных заболеваний у плода [20], [21], [22].

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

Комментарий: По результатам кариотипирования плода необходимо направить пациентку на консультацию врача-генетика.

- После хирургического абортa на любом сроке беременности и медикаментозного абортa на сроке $\geq 12^0$ недель беременности рекомендовано патолого-анатомическое исследование материала ранних и поздних выкидышей с целью подтверждения факта беременности, наличия аномалий плода при прерывании беременности по медицинским показаниям со стороны плода, исключения трофобластической болезни [23], [24].

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

- После медицинского аборта рекомендовано исследование уровня хорионического гонадотропина человека (свободная β -субъединица) (β -ХГЧ) в сыворотке крови по показаниям (при клинической картине неполного аборта или подозрении на сочетание с внематочной беременностью) с целью подтверждения факта полного прерывания беременности [4], [6], [8], [25].

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

Комментарий: Исследование уровня β -ХГЧ целесообразно не ранее чем через 14 дней после медицинского аборта. Диагноз продолжающейся беременности устанавливается на основании значения β -ХГЧ в сыворотке крови или результатах мочевого полуколичественного теста на определение ХГЧ (исследование мочи на хорионический гонадотропин) [26], [27]. Считается, что определение β -ХГЧ в сыворотке крови или с помощью полуколичественного теста в моче при оценке результативности медицинского аборта является более надежным методом по сравнению с УЗИ матки и придатков и позволяет избежать необоснованных инструментальных вмешательств [28].

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано УЗИ матки и придатков (до 9⁶ недель беременности) или УЗИ плода (после 10⁰ недель беременности) перед медицинским абортom с целью диагностики беременности, ее локализации, определения соответствия плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличия сердцебиения эмбриона/плода с демонстрацией пациентке его изображения и сердцебиения (при наличии), наличия и состояния (при его наличии) рубца на матке, расположения хориона/плаценты (предлежания плаценты, прикрепления в области рубца при его наличии) [4], [6], [8], [13].

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

- Рекомендована регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) перед хирургическим абортom на любом сроке беременности и медикаментозным абортom на сроке $\geq 12^0$ недель беременности с целью исключения сердечно-сосудистых заболеваний [13], [29].

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

- Рекомендовано УЗИ матки и придатков трансвагинальное (при невозможности – трансабдоминальное или трансректальное) после медицинского аборта по показаниям (при клинической картине неполного аборта или подозрении на сочетание с внематочной беременностью) с целью подтверждения факта полного прерывания беременности [4], [6], [8], [25].

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

Комментарий: Обычно оценка жалоб производится при повторном визите пациентки через 10-15 дней после медицинского аборта. Диагноз продолжающейся беременности устанавливается на основании наличия плодного яйца и/или сердцебиения эмбриона/плода. Оценка эндометрия (М-эхо более 15 мм, наличие эхо-позитивных и эхо-негативных включений) при отсутствии клинических признаков неполного аборта (кровотечения, требующего хирургического вмешательства, и/или признаков инфекции) имеет ограниченное значение и не является основанием для выбора хирургической тактики [30], [31], [32], [33].

2.5 Другие диагностические исследования

- Рекомендована консультация врача-терапевта перед хирургическим абортom на любом сроке беременности и медикаментозным абортom на сроке $\geq 12^0$ недель беременности с целью оценки электрокардиограммы, исключения соматических заболеваний и противопоказаний к абортu [13], [29].

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

Указанная в разделе информация относится ко всем пациенткам, обратившимся с целью медицинского аборта, если не указано иное.

3.1. Немедикаментозные методы лечения

- При медицинском аборте в срок $\geq 12^0$ недель рекомендовано с целью немедикаментозной подготовки ШМ использовать гигроскопический расширитель цервикального канала DILAPAN-S или комплект палочек из ламинарии стерильный в течение 12 часов после приема мифепристона или перед прерыванием беременности хирургическим способом [9, 13, 34–42].

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

3.2. Медикаментозные методы лечения

- При медикаментозном медицинском аборте в 1-м триместре беременности при длительности аменореи ≤ 42 дней с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить мифепристон однократно внутрь, а затем (через 36-48 часов) - мизопропростол** однократно внутрь в соответствии с инструкцией к лекарственному препарату [4], [8], [28], [38], [43], [44].

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

Комментарий: Доказано, что 200 мг мифепристона так же эффективно как 600 мг, поэтому целесообразно назначение 200 мг мифепристона [38], [43], [44], [45]. Если через 4 часа нет ответа (нет кровяных выделений из половых путей) на первую дозу (400 мкг) мизопростола**, может вводиться еще одна доза #мизопростола** 400 мкг перорально, вагинально, сублингвально или буккально [4], [6], [7], [8].

- При медикаментозном медицинском аборте в 1-м триместре при длительности аменореи >42 дней с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить #мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 24-48 часов) - #мизопропростол** 800 мкг вагинально, сублингвально или буккально [4], [6], [7], [8], [28], [38], [46].

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

Комментарий: Если через 4 часа нет ответа (нет кровяных выделений из половых путей) на первую дозу #мизопростола**, может вводиться еще одна доза #мизопростола** 400 мкг вагинально, сублингвально или буккально [4], [6], [7]. Вагинальный способ введения мизопростола** более эффективен, чем пероральный, и имеет меньше побочных эффектов, чем сублингвальный или буккальный [47]. При письменно оформленном заявлении с требованием пациентки остановить медикаментозный аборт после приема первой таблетки мифепристона возможно назначение препаратов прогестерона** в условиях стационара или дневного стационара [48], [49], [50], [51], [52]. Рекомендуются схемы согласно инструкциям к лекарственным препаратам по показанию – профилактика и лечение угрожающего и начинающегося выкидыша, связанного с недостаточностью прогестерона: прогестерон внутримышечно 10-25 мг/день или прогестерон** 200-400 мг/день вагинально или 200-600 мг/день перорально. Длительность назначения определяется жизнеспособностью эмбриона/плода по данным УЗИ и течением беременности.

- При медикаментозном медицинском аборте в срок 12⁰-21⁶ недель с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить #мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 24-48 часов) #мизопростол** 800 мкг вагинально, сублингвально или буккально, затем по 400 мкг каждые 3 часа после первой дозы до прерывания беременности [13], [25], [28], [38], [53], [54], [55], [56], [57].

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

Комментарий: Возможно назначение повторного курса #мифепристона однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 12 часов) #мизопростола** 400 мкг вагинально, сублингвально или буккально, если в течение 24 часов после приема указанной схемы аборт не произошел [13]. Необходимо проявлять осторожность и клиническую оценку при определении максимального количества доз мизопростола женщинам с рубцом на матке и при миоме матки.

- Во 2-м триместре беременности в день прерывания беременности (но не ранее, чем через 4 часа) рекомендовано назначить бромокриптин** или каберголин согласно инструкции к препарату с целью подавления/предотвращения лактации [58].

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

- При хирургическом медицинском аборте вне зависимости от риска инфекционно-воспалительных осложнений и при медикаментозном медицинском аборте у пациенток группы высокого риска инфекционно-воспалительных осложнений рекомендована антибиотикопрофилактика препаратами широкого спектра действия с целью профилактики инфекционно-воспалительного процесса [3], [4], [9], [7], [59], [60], [61], [62], [63].

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

Комментарий: С целью антибиотикопрофилактики согласно отечественным и международным клиническим рекомендациям за 1 час до вмешательства или сразу после вмешательства назначаются или доксициклин** согласно инструкции (100 мг за 1 час до аборта и 200 мг через 30 минут после) [4], [7], [59], [64], или #азитромицин 500-1000 мг однократно перорально [4], [64], [65], или #метронидазол** (500 мг перорально перед абортом, 500 мг перорально через 4 и 8 часов после) [4], [7], [59], [65], [66]. Также могут применяться препараты группы бета-лактамов антибактериальных препаратов, пенициллины согласно инструкции [7]. При выявлении признаков инфекционно-воспалительного процесса следует назначить противомикробную терапию с учетом чувствительности возбудителя, не откладывая медицинский аборт на время лечения [61], [63].

- 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 медицинского аборта [16, 18], [67].

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

- При неэффективности медикаментозного медицинского аборта (неполный аборт) рекомендован #мизопропрост** 400 мкг сублингвально или 600 мкг внутрь с целью опорожнения полости матки при условии отсутствия показаний (кровотечение, требующее восполнения компонентами крови) для немедленной инструментальной ревизии полости матки (с целью гемостаза и/или при наличии признаков инфекции) [28], [68].

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

Комментарий: Эффективность лечения неполного аборта #мизопростолом** составляет 89-99%. Мизопростол** и вакуум-аспирация содержимого полости матки сопоставимы по безопасности и эффективности при лечении неполного аборта [69].

3.3 Хирургические методы лечения

- При невозможности выполнения медикаментозного медицинского аборта до 11⁶ недель беременности или при наличии противопоказаний использования медикаментозных препаратов, используемых в схеме медикаментозного прерывания беременности, рекомендована вакуум-аспирация содержимого полости матки с целью ее опорожнения [6], [7].

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

Комментарий: Кюретаж признан устаревшим методом хирургического аборта, сопряжен с большим числом осложнений и не относится к рекомендованным хирургическим методам искусственного прерывания беременности до 12 недель [6], [9], [38], [46], [70], [71].

- При невозможности выполнения медикаментозного медицинского аборта на сроке $\geq 12^0$ недель или при наличии противопоказаний к применению медикаментозных препаратов, используемых в схеме медикаментозного прерывания беременности, рекомендована дилатация шейки матки и эвакуация содержимого полости матки (плодоразрушающая операция) [7], [13], [57], [72], [73], [74].

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

Комментарий: Данное вмешательство целесообразно выполнять под ультразвуковым контролем.

- При медицинском аборте на сроке $\geq 12^0$ недель рекомендована гистеротомия при наличии противопоказаний для прерывания беременности через влагалище [57], [75].

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

Комментарий: Противопоказаниями для прерывания беременности через влагалище являются такие состояния, как: полное предлежание плаценты, вращение

плаценты, пороки развития мочеполовой системы с невозможностью прерывания беременности через влагалище, кровотечение.

- При неэффективности медикаментозного медицинского аборта (неполный аборт) рекомендована вакуум-аспирация содержимого полости матки с целью ее опорожнения [4], [8].

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

Комментарий: УЗИ матки и придатков можно использовать в качестве дополнения к клиническому обследованию для диагностики неполного аборта, но оно не является основанием для хирургического опорожнения матки. Оценка эндометрия (М-эхо более 15 мм, наличие эхо-позитивных и эхо-негативных включений) при отсутствии клинических признаков неполного аборта (кровотечения, требующего хирургического вмешательства, и/или признаков инфекции) имеет ограниченное значение [30], [31], [32], [33].

- Обезболивание при хирургическом вмешательстве рекомендовано с использованием методов анестезии по выбору врача-анестезиолога-реаниматолога [76–80].

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

Комментарии: При вакуум-аспирации преимущественно используется внутривенная анестезия. В качестве препаратов для общей анестезии рекомендуется использовать пропофол** (не более 2,5 мг/кг), тиопентал натрия**, фентанил** и кетамин**. При общей анестезии рекомендуется обеспечивать оксигенацию путем использования лицевой или ларингеальной маски, или путем эндотрахеальной анестезии. Стратификация риска и мероприятия по профилактике аспирации должны основываться на сроке беременности: до 16 недель риск осложнений не отличается от такового вне беременности. При проведении спинальной анестезии применяются спинальные иглы малого диаметра 25-27G. Рекомендуемая дозировка местных анестетиков составляет для бупивакаина** - 5-10 мг (изобарический или гипербарический раствор), для левобупивакаина** - 5-7,5 мг, для лидокаина** - 20-40 мг. Для местной анестезии используется лидокаина** гель [7]. При гистеротомии применяется анестезиологическое обеспечение, описанное в клинических рекомендациях «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения».

- При медицинском медикаментозном аборте при развитии регулярной сократительной деятельности матки с целью анальгезии рекомендованы медикаментозные методы обезболивания [6], [46], [81, 82].

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

Комментарии: Для обезболивания могут использоваться разные медикаментозные методы. На сроке $\geq 12^0$ недель беременности среди всех методов обезболивания эпидуральная анальгезия обладает целым рядом преимуществ. При нейроаксиальной анальгезии в акушерстве применяют современные местные анестетики (ропивакаин**, бупивакаин**, лидокаин**, левобупивакаин**). Кроме эпидуральной, спинальной и спинально-эпидуральной возможно применение паравerteбральной поясничной симпатической блокады. К системным методам обезболивания относят применение опиоидов. Возможно использование ингаляционных методов обезболивания, хотя они являются менее эффективными. Также возможно назначение нестероидных противовоспалительных препаратов [7].

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

Не применимо.

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

Указанная в разделе информация относится ко всем пациенткам, обратившимся с целью медицинского аборта, если не указано иное.

- Рекомендованы методы планирования семьи (контрацепция) для профилактики нежелательной беременности [28], [83].

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

Комментарий: При настойчивом желании пациентки прервать беременность вопросы контрацепции обсуждаются и назначаются до медицинского аборта [84], [85]. После прерывании беременности возможно использовать как гормональную контрацепцию (гормональные контрацептивы системного действия, которые могут назначаться перорально, в виде инъекций, в виде подкожных имплантатов влагалищных колец, пластырей), так и внутриматочную контрацепцию. Гормональная контрацепция при медицинском аборте медикаментозным методом назначается после приема 1-й таблетки, при медицинском аборте хирургическим методом - сразу после прерывания беременности. Внутриматочная контрацепция при искусственном прерывании беременности любым методом назначается после успешного его завершения [9], [28], [84], [86].

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

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

Комментарий: Во время консультирования проводится работа по профилактике аборта. При сохранении беременности сопровождение беременной пациентки психологом должно проводиться во время беременности и в послеродовом периоде.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в стационар:

- Медицинский аборт до 11⁶ недель беременности при наличии клинически значимых признаков истончения рубца на матке, миоме матки больших размеров, аномалиях развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний.

- Медицинский аборт в 12⁰-21⁶ недель беременности.

Критерии выписки из стационара:

- Отсутствие осложнений после медицинского аборта.

Рекомендовано госпитализировать пациенток, планирующих прервать беременность, и пациенток с угрозой прерывания беременности, желающих сохранить беременность, в различные отделения гинекологических стационаров или различные палаты при наличии одного отделения.

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

Не применимо.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества диагностики и лечения	Да/Нет
1.	Определен срок беременности по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования матки и придатков или ультразвукового исследования плода при обращении пациентки для медицинского аборта	Да/Нет
2.	Выполнено бимануальное влагалищное исследование и осмотр шейки матки в зеркалах при обращении пациентки для медицинского аборта	Да/Нет
3.	Выполнено УЗИ матки и придатков (до 9 ^б недель беременности) или УЗИ плода (после 10 ⁰ недель беременности) при обращении пациентки для медицинского аборта	Да/Нет
4.	Выполнена консультация психолога (медицинского психолога, специалиста по социальной работе) при обращении пациентки для медицинского аборта	Да/Нет
5.	Выполнено определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) при обращении пациентки для медицинского аборта (при отсутствии данного исследования во время настоящей беременности)	Да/Нет
6.	Выполнено определение анти(RhD)антител резус-отрицательным пациенткам, беременным от партнера с резус-положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови, при обращении пациентки для медицинского аборта (при отсутствии данного исследования во время настоящей беременности)	Да/Нет
7.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков при обращении пациентки для медицинского аборта	Да/Нет
8.	При медикаментозном медицинском аборте выполнено назначение мифепристона (#мифепристона) и мизопростола** (#мизопростола**) по схеме в зависимости от срока беременности при отсутствии противопоказаний к медикаментозному медицинскому аборту	Да/Нет
9.	Выполнена анестезия при хирургическом вмешательстве	Да/Нет
10.	Выполнена антибиотикопрофилактика при хирургическом медицинском аборте и при медикаментозном медицинском аборте у пациенток группы высокого риска инфекционно-воспалительных осложнений	Да/Нет
11.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D]** в течение 72 часов после медицинского аборта пациенткам с резус (D) отрицательной принадлежностью крови, беременным от партнера с резус (D) положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови, при отсутствии резус(D)-изоиммунизации	Да/Нет
12.	Проведено бимануальное влагалищное исследование и осмотр шейки матки в зеркалах при обращении пациентки после медицинского аборта	Да/Нет
13.	Проведено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (свободная β-субъединица) в сыворотке крови и/или УЗИ матки и придатков при обращении пациентки при клинической картине неполного аборта или при подозрении на сочетание с внематочной беременностью	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. Bettahar K., Pinton A., Boisramé T., Cavillon V., Wylomanski S., Nisand I., et al. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. *J Gynécologie Obs Biol la Reprod.* 2016; 45(10):1490–514.
6. *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion.* Geneva: World Health Organization; 2014. PMID: 24624482.
7. Best practice in abortion care. RCOG. March 2022.
8. Савельева Г.М., Сухих Г.Т. Серов В.Н. *Акушерство. Национальное руководство.* 2-е издание. 2018. 1735 стр.
9. *Abortion care guideline.* World Health Organization 2022, 210 p.
10. 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.
11. 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.
12. Клинические рекомендации «Нормальная беременность» https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics.
13. 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.”
14. 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.
15. McBain R.D., Crowther C.A., Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (9):CD000020.

16. Клинические рекомендации: «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода»: https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics.
17. 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.
18. ACOG Practice Bulletin No. 192: Management of Alloimmunization During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(3):e82–90.
19. Муратова А.Ю. Изменение показателей тромбоэластометрии и плазменного гемостаза у женщин в акушерской практике. *Кубанский научный медицинский вестник.* 2017; 24(5):54–8.
20. Shi J., Cao H., Hong L., Ma J., Cui L., Zhang Y., et al. Diagnostic yield of whole exome data in fetuses aborted for conotruncal malformations. *Prenat Diagn.* 2022; 42(7):852–61.
21. Li C., Lyu Y., Hou R., Liu C., Li-Ling J., Li H. [Clinical feature and pathogenic analysis of a fetus with split hand-foot malformation]. *Zhonghua Yi Xue Yi Chuan Xue Za Zhi.* 2020; 37(4):462–6.
22. Nath S., Moghe M., Chowdhury A., Godbole K., Godbole G., Doiphode M., et al. Is germline transmission of MAD2 gene deletion associated with human fetal loss? *Mol Hum Reprod.* 2012; 18(11):554–62.
23. Queensland Clinical Guideline: Early Pregnancy Loss. 2017. 39p p.
24. 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.
25. 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>.
26. Iyengar K., Paul M., Iyengar S.D., Klingberg-Allvin M., Essén B., Bring J., et al. Self-assessment of the outcome of early medical abortion versus clinic follow-up in India: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet Glob Heal.* 2015; 3(9):e537–45.
27. Oppegaard K.S., Qvigstad E., Fiala C., Heikinheimo O., Benson L., Gemzell-Danielsson K. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2015; 385(9969):698–704.
28. Medical management of abortion. WHO, 2018, 72 p.
29. Horeau J., Bouhour J.B., Dixneuf B., Godin J.F., Horeau-godin O. [Electrocardiogram anomalies during induced abortions]. *Sem Hop Paris.* 1971; 47:2034–9.
30. Acharya G., Haugen M., Bråthen A., Nilsen I., Maltau J.M. Role of routine ultrasonography in monitoring the outcome of medical abortion in a clinical setting. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83(4):390–4.
31. Hamel C.C., van Wessel S., Carnegie A., Coppus S.F.P.J., Snijders M.P.M.L., Clark

J., et al. Diagnostic criteria for retained products of conception-A scoping review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021; .

32. Wong S.F., Lam M.H., Ho L.C. Transvaginal sonography in the detection of retained products of conception after first-trimester spontaneous abortion. *J Clin Ultrasound.* 2002; 30(7):428–32.

33. Reeves M.F., Fox M.C., Lohr P.A., Creinin M.D. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009; 34(1):104–9.

34. Goldberg A.B., Fortin J.A., Drey E.A., Dean G., Lichtenberg E.S., Bednarek P.H., et al. Cervical Preparation Before Dilation and Evacuation Using Adjunctive Misoprostol or Mifepristone Compared With Overnight Osmotic Dilators Alone. *Obstet Gynecol.* 2015; 126(3):599–609.

35. 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.

36. 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.

37. Sagiv R., Mizrachi Y., Glickman H., Kerner R., Keidar R., Bar J., et al. Laminaria vs. vaginal misoprostol for cervical preparation before second-trimester surgical abortion: a randomized clinical trial. *Contraception.* 2015; 91(5):406–11.

38. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012. PMID: 23700650.

39. Bertholdt C., David M.G., Gabriel P., Morel O., Perdriolle-Galet E. Effect of the addition of osmotic dilators to medical induction of labor abortion: A before-and-after study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020; 244:185–9.

40. Vincienne M., Anselem O., Cordier A.G., Le Ray C., Tsatsaris V., Benachi A., et al. Comparison of the Induction-to-Delivery Interval in Terminations of Pregnancy with or without Dilapan-S®. *Fetal Diagn Ther.* 2018; 43(1):61–7.

41. Newmann S.J., Dalve-Endres A., Diedrich J.T., Steinauer J.E., Meckstroth K., Drey E.A. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; .

42. Shaw K.A., Shaw J.G., Hugin M., Velasquez G., Hopkins F.W., Blumenthal P.D. Adjunct mifepristone for cervical preparation prior to dilation and evacuation: a randomized trial. *Contraception.* 2015; 91(4):313–9.

43. 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.

44. 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.
45. Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Белокриницкая И.А., Сухина В.В. Сравнительная оценка клинического течения медикаментозного аборта с 200 и 600 мг мифепристона: проспективное когортное исследование. *Акушерство и гинекология* 2014;3:81-86.
46. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 225: Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation. October 2020.
47. Kulier R., Kapp N., Gülmezoglu A.M., Hofmeyr G.J., Cheng L., Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; .
48. Delgado G., Davenport M.L. Progesterone Use to Reverse the Effects of Mifepristone. *Ann Pharmacother.* 2012; 46(12):1723–1723.
49. Grossman D., White K., Harris L., Reeves M., Blumenthal P.D., Winikoff B., et al. Continuing pregnancy after mifepristone and “reversal” of first-trimester medical abortion: a systematic review. *Contraception.* 2015; 92(3):206–11.
50. Garratt D., Turner J. V. Progesterone for preventing pregnancy termination after initiation of medical abortion with mifepristone. *Eur J Contracept Reprod Heal Care.* 2017; 22(6):472–5.
51. Delgado G., Condly S.J., Davenport M., Tinnakornsriruphap T., Mack J., Khauv V., et al. A case series detailing the successful reversal of the effects of mifepristone using progesterone. *Issues Law Med.* 33(1):21–31.
52. Creinin M.D., Hou M.Y., Dalton L., Steward R., Chen M.J. Mifepristone Antagonization With Progesterone to Prevent Medical Abortion. *Obstet Gynecol.* 2020; 135(1):158–65.
53. Borgatta L., Kapp N. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception.* 2011; 84(1):4–18.
54. Kapp N., Borgatta L., Stubblefield P., Vragovic O., Moreno N. Mifepristone in Second-Trimester Medical Abortion. *Obstet Gynecol.* 2007; 110(6):1304–10.
55. 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.
56. 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.
57. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 135: Second-Trimester Abortion. June 2013.

58. 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.
59. Abortion care. NICE Guideline, 25 September 2019 www.nice.org.uk/guidance/ng140.
60. Achilles S.L., Reeves M.F. Prevention of infection after induced abortion. *Contraception*. 2011; 83(4):295–309.
61. Low N., Mueller M., Van Vliet H.A., Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; .
62. 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.
63. 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.
64. Best practice in comprehensive abortion care. RCOG. Best Practice Paper No. 2, June 2015.
65. Shojai R., Ohannessian A., Maruani J., Agostini A. Antibioprophylaxie et interventions endo-utérines. *J Gynécologie Obs Biol la Reprod*. 2012; 41(8):913–21.
66. Hamdaoui N., David P., Rondeau V., Pourié M., Agostini A. Compliance with national guidelines for antibiotic prophylaxis prescription with a surgical abortion: Results of the Mya study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2019; 48(5):315–7.
67. Zipursky A., Bhutani V.K., Odame I. Rhesus disease: a global prevention strategy. *Lancet Child Adolesc Heal*. 2018; 2(7):536–42.
68. ACOG Committee Opinion No. 427: Misoprostol for Postabortion Care. *Obstet Gynecol*. 2009; 113(2, Part 1):465–8.
69. Huber D., Curtis C., Irani L., Pappa S., Arrington L. Postabortion Care: 20 Years of Strong Evidence on Emergency Treatment, Family Planning, and Other Programming Components. *Glob Heal Sci Pract*. 2016; 4(3):481–94.
70. 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.
71. National Abortion Federation. NAF Protocol for mifepristone/misoprostol in early abortion in U.S. Washington DC, USA: National Abortion Federation. — 2013. — 12 p.
72. 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.

73. 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.
74. 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.
75. Галимова И. Р. и др. Опыт проведения прерываний беременности на поздних сроках //Практическая медицина. – 2015. – №. 4-1 (89). – С. 38-41.
76. Aaronson J., Goodman S. Obstetric anesthesia: not just for cesareans and labor. *Semin Perinatol.* 2014; 38(6):378–85.
77. Wortman M., Carroll K. Office-Based Gynecologic Surgery (OBGS): Past, Present, and Future: Part I. *Surg Technol Int.* 2019; 35:173–84.
78. 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.
79. Rahman A. Shnider and Levinson's *Anesthesia for Obstetrics*, Fifth Edition. *Anesthesiology.* 2015; 122(1):223.
80. L.Fleisher, Wiener-Kronish J. *Miller's Anesthesia*, 9th Edition. *Anesthesiology.* 2019; .
81. Anim-Somuah M., Smyth R.M., Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; .
82. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. 212 p.
83. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции 5-е издание, ВОЗ, 2015 г.
84. Roe A.H., Bartz D. Contraception After Surgical and Medical Abortion: A Review. *Obstet Gynecol Surv.* 2017; 72(8):487–93.
85. Grimes D.A., Lopez L.M., Schulz K.F., Stanwood N.L. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. In: Lopez LM, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010.
86. Kim C., Nguyen A.T., Berry-Bibee E., Ermias Y., Gaffield M.E., Kapp N. Systemic hormonal contraception initiation after abortion: A systematic review and meta-analysis. *Contraception.* 2021; 103(5):291–304.

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

1. **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.
2. **Долгушина Наталия Витальевна** – 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, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью женщин (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
3. **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.
4. **Амирасланов Эльрад Юсифович** – к.м.н., заведующий акушерским отделением ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
5. **Баев Олег Радомирович** - д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заведующий 1-го родильного отделения, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
6. **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.
7. **Кан Наталья Енкиновна** – 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.

8. **Припутневич Татьяна Валерьевна** – д.м.н., член-корреспондент РАН, директор института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по медицинской микробиологии (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
9. **Пырегов Алексей Викторович** – д.м.н., профессор, заместитель главного врача ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр» по анестезиологии и реанимации, председатель комитета по анестезиологии и реаниматологии в акушерстве и гинекологии ассоциации анестезиологов-реаниматологов. (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
10. **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.
11. **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.
12. **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.
13. **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.

14. **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.
15. **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.
16. **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.
17. **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.
18. **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.
19. **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.
20. **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.
 21. **Оленев Антон Сергеевич** – д.м.н., главный внештатный специалист по акушерству Департамента здравоохранения г. Москвы, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ», доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН. Конфликт интересов отсутствует.
 22. **Олина Анна Александровна** - д.м.н., профессор, советник по проектной деятельности ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта» (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.
 23. **Петрухин Василий Алексеевич** – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, директор ГБУЗ МО МОНИИАГ (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
 24. **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.
 25. **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.
 26. **Шифман Ефим Муневич** – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, президент ООО «Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов», заслуженный врач Республики Карелия, эксперт по анестезиологии и реаниматологии Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. Член Президиума Федерации анестезиологов и реаниматологов (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи акушеры-гинекологи
2. врачи анестезиологи-реаниматологи
3. ординаторы акушеры-гинекологи и анестезиологи-реаниматологи

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)

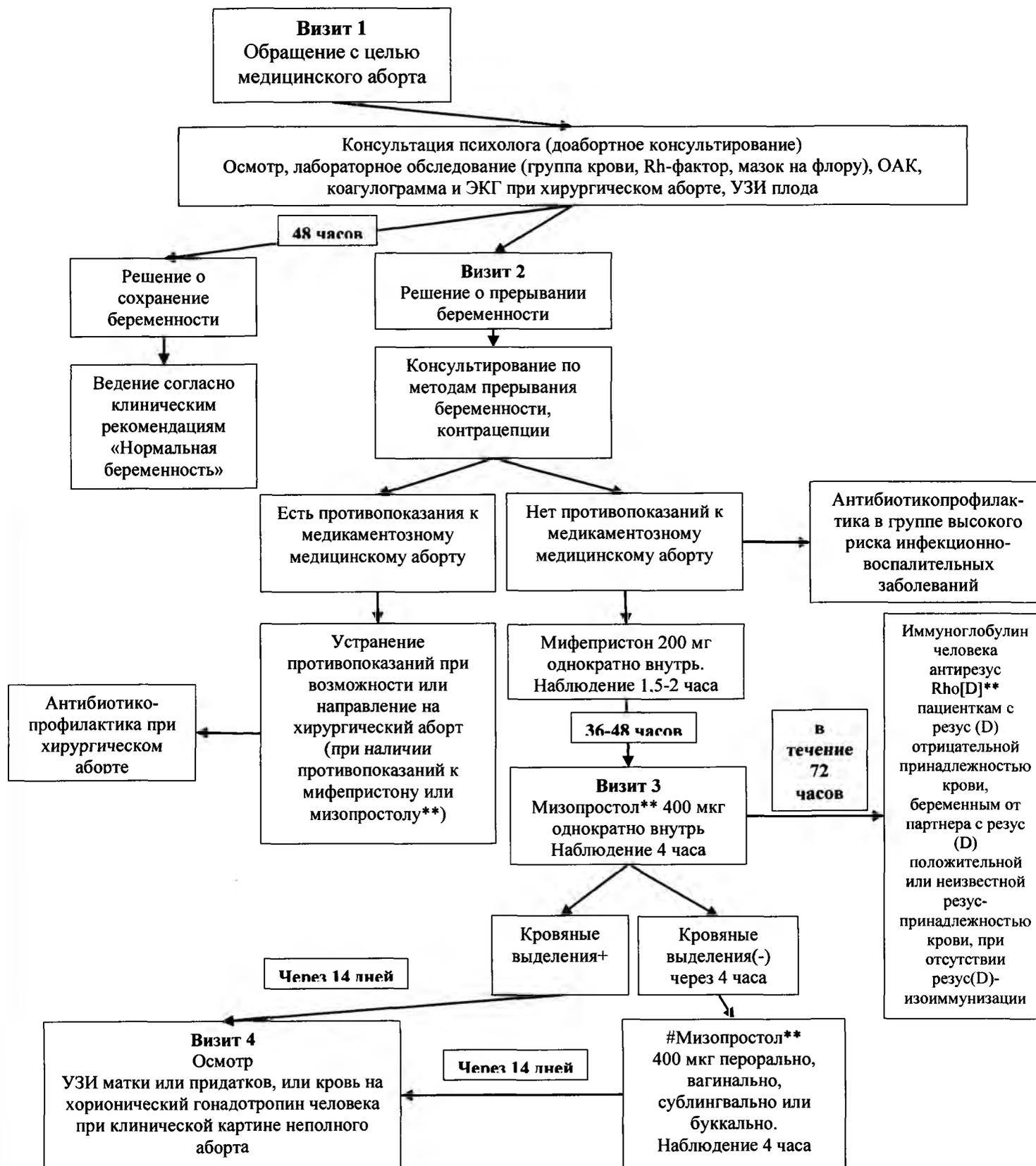
УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии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

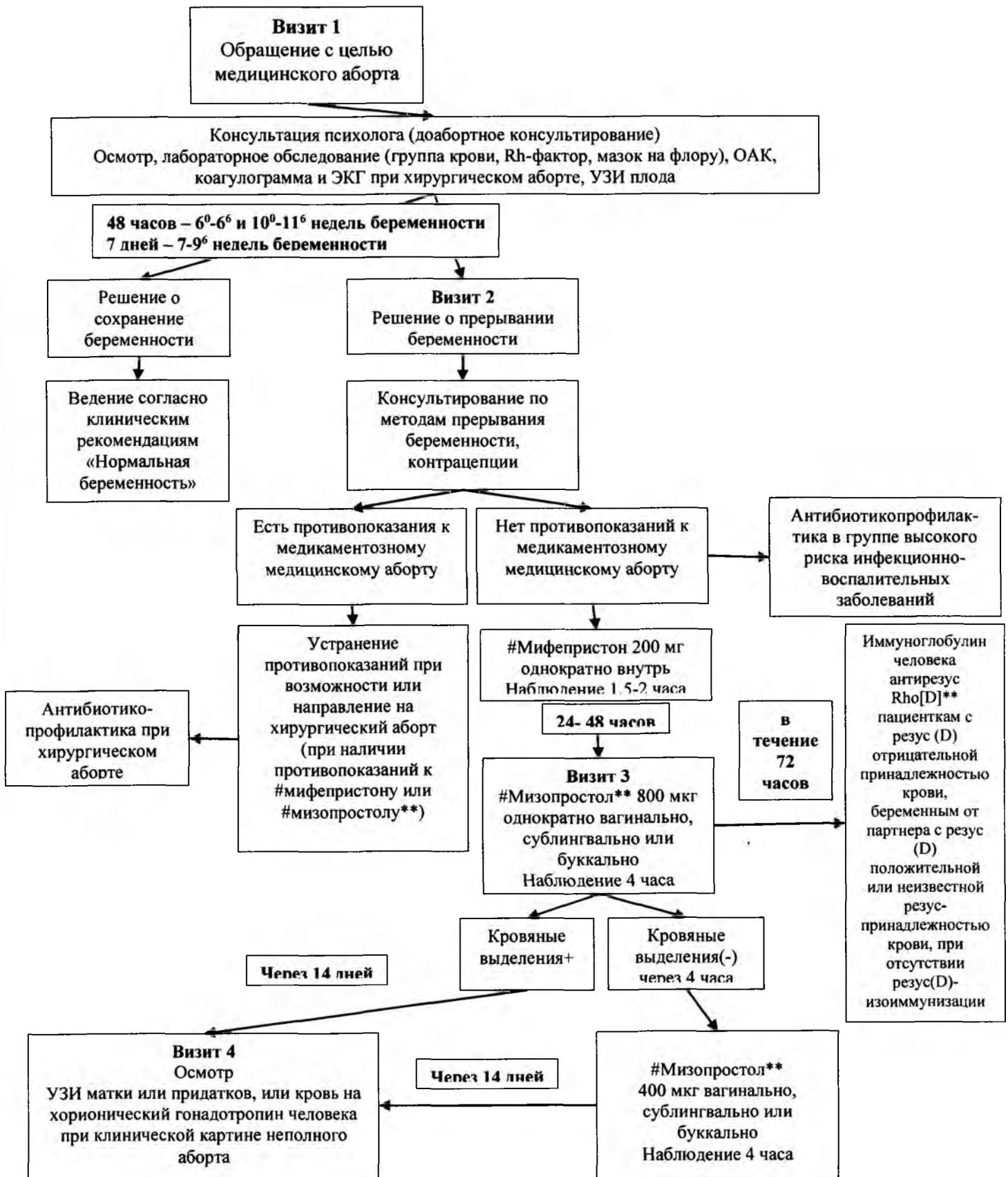
Не применимо.

Приложение Б. Алгоритмы действия врача

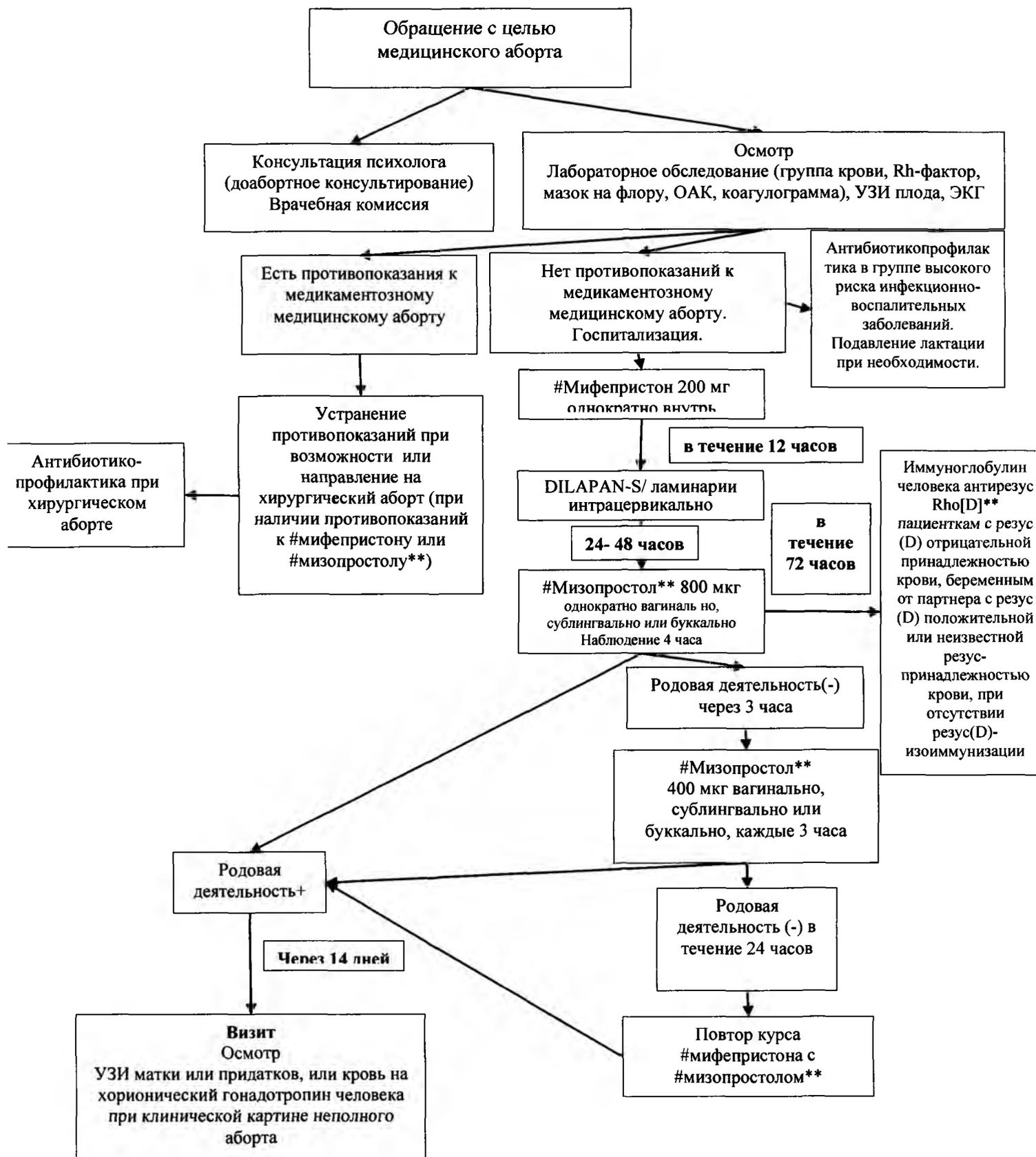
Б1. Алгоритм медицинского аборта в 1-м триместре ≤ 42 дней аменореи (до 5⁶ недель беременности)



**Б2. Алгоритм медицинского аборта в 1-м триместре
при аменорее >42 дней аменореи (6⁰-11⁶ недель беременности)**



Б3. Алгоритм медицинского аборта в 12⁰-21⁶ недели беременности



Приложение В. Информация для пациента

Информация для пациентки при медицинском аборте

Аборт является небезопасной процедурой и сопряжен с риском различных осложнений!

Медицинский аборт может выполняться медикаментозным или хирургическим методом. При хирургическом вмешательстве непосредственно во время операции возможны следующие осложнения: осложнения анестезиологического пособия, травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов, кровотечение, что может потребовать расширения объёма операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др. К осложнениям в послеоперационном периоде относятся: скопление крови и остатки плодного яйца в полости матки, острый и/или подострый воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаление матки и др. При выполнении аборта медикаментозным методом также наблюдаются осложнения, такие как остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение, при развитии которых необходимо завершить аборт хирургическим путём.

Отдалёнными последствиями и осложнениями аборта являются: бесплодие, хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки, аденомиоз, нарушение функции яичников, внематочная беременность, невынашивание беременности, различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах: преждевременные роды, нарушение родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде. Доказана связь аборта с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, рака молочной железы нервно-психических расстройств.

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

Если аборт проводится до 12 недель без наличия медицинских или социальных показаний (по Вашему настоянию), то его можно выполнить не ранее соблюдения «недели тишины»: 48 часов с момента обращения в медицинскую организацию для искусственного аборта при сроке беременности 4-6⁶ недель или при сроке беременности 10-11⁴ недель, но не позднее окончания 12-й недели беременности, и не ранее 7 дней с момента обращения в

медицинскую организацию для искусственного аборта при сроке беременности 7 – 9⁶ недель беременности.

При выполнении медикаментозного аборта до 12 недель Вам будут назначены лекарственные средства, которые надо будет принимать с точностью, указанной Вам лечащим врачом. Данные лекарственные средства вызывают гибель плода, а затем его изгнание из полости матки. После приема препаратов Вы останетесь под наблюдением в течение 1,5-4 часов.

Перед выполнением хирургического аборта (вакуум-аспирация плодного яйца) до 12 недель Вам будет выполнено обезболивание. Продолжительность Вашего наблюдения в условиях стационара будет определена лечащим врачом с учетом Вашего состояния и составит не менее 3-4 часов.

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

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

**Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие
оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в
клинических рекомендациях**

Не применимо.