

49. Wang XT1, Li HY, Feng H, Zuo CT, Chen YQ, Li L, Wu ML. Clinical study of selective multifetal pregnancy reduction in second trimester. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2007 Mar;42(3):152-6.

50. Yazdani SH, Zeinalzadeh M, Bouzari Z, Golsorkhtabar-Amiri M. Effects of vaginal versus oral misoprostol to terminate second-trimester pregnancy. Clin Exp Obstet Gynecol. 2012; 39(4):529-31.



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минздрав России)
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

04.12.2018 № 15-4/10/18-7839

На № _____ от _____

Руководителям органов
исполнительной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере здравоохранения

Ректорам федеральных
государственных бюджетных
образовательных учреждений
высшего образования

Директорам федеральных
государственных учреждений науки

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет клинические рекомендации (протокол лечения) «Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям при наличии аномалий развития плода», разработанные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для использования в работе руководителями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения при подготовке нормативных правовых актов, руководителями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология (искусственное прерывание беременности), а также для использования в учебном процессе.

Приложение: на 4 л. в 1 экз.

С.А. Краевой

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

« 28 » 01 2019 г.

Входящий № 302

29. 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. 2010; 117(12):1512-20.

30. Labour induction with prostaglandins: a systematic review and network metaanalysis / Z. Alfirevic, E. Keeney, T. Dowswell [et al.] // BMJ. — 2015. — Vol. 350, N 5. — P.h217. doi: 10.1136/bmj.h217.

31. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; Issue 1. Art. No.: CD006714.pub2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

32. Lopez-Cepero R1, 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.

33. Mark AG, Edelman A, Borgatta L. Second-trimester postabortion care for ruptured membranes, fetal demise, and incomplete abortion. Int J Gynaecol Obstet. 2015; 129(2):98-103.

34. Mark AG, Wolf M, Edelman A, Castleman L. What can obstetrician/gynecologists do to support abortion access? Int J Gynaecol Obstet 2015; 131: Suppl 1:S53-5.

35. Molaie M, Jones HE, Weiselberg T, McManama M, Bassell J, Westhoff CL. Effectiveness and safety of digoxin to induce fetal demise prior to second-trimester abortion/ Contraception, 2008 –v.77-p. 223–5. PMID: 18279695

36. Nautiyal D, Mukherjee K, Perhar I, Banerjee N. Comparative Study of Misoprostol in First and Second Trimester Abortions by Oral, Sublingual, and Vaginal Routes. J Obstet Gynaecol India. 2015; 65(4):246-50.

37. Ouerdiane N, Othmani K, Daaloul W, Ben Hamouda S, Bouguerra B. Efficacy of misoprostol for medical termination of pregnancy in second trimester: Prospective study. Tunis Med. 2015; 93(4):212-6.

38. Ramesh S, Roston A, Zimmerman L, Patel A, Lichtenberg ES, 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.

СОГЛАСОВАНО:

Главный внештатный специалист
Минздрава России по акушерству
и гинекологии
академик РАН, профессор

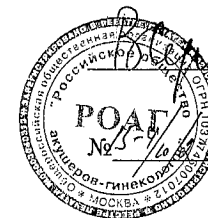


Л.В. Адамян

2018 г.

УТВЕРЖДАЮ:

Президент Российского общества
акушеров-гинекологов
академик РАН, профессор



В.Н. Серов

от 01.12.2018 г.

**Искусственное прерывание
беременности на поздних сроках по медицинским показаниям
при наличии аномалий развития
плода
Клинические рекомендации
(протокол лечения)**

10. О материнской смертности в Российской Федерации в 2012 году: Методическое письмо Минздравсоцразвития России от 19 сентября 2013 г. № 15-4/10/2-7065.- 37 с.

11. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М., 2015.

12. Г.Т. Сухих, В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Н.Е. Кан, В.Л. Тютюнник, О.Р. Баев, Н.И. Клименченко, Н.К. Тетруашвили, И.И. Баранов, Т.М. Астахова, А.А. Кузмин, Н.В. Долгушина, А.А. Балущкина, Р.Г. Шмаков, Н.В. Артымук, Т.Е. Белокриницкая, Медикаментозное прерывание беременности. Клинические рекомендации (протокол лечения).- Минздрав России.- Москва, 2015.- 39 с.

13. О.С. Филиппов, З.З. Токова, А.С. Гата, А.А. Кузмин, Гудимова. Аборт: особенности статистики в федеральных округах России. Гинекология. 2016; 01: 92-96.

14. Al RA, Yapca OE. Vaginal Misoprostol Compared With Buccal Misoprostol for Termination of Second-Trimester Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2015; 126(3):593-8.

15. 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>

16. Andersson IM, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *PLoS One.* 2014; 9(12):e115957.

17. Ashok PW, Templeton A, Wagarachchi PT, Flett GM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception.* 2004 Jan;69(1):51-8.

18. Borgatta L, Kapp N; Society of Family Planning. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception.* 2011 Jul;84(1):4-

Аннотация

Рекомендации «Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям при наличии аномалий развития плода» разработаны в соответствии с международными клиническими рекомендациями по безопасному медикаментозному аборту и предназначены для врачей акушеров-гинекологов женских консультаций, акушерских стационаров и стационаров дневного пребывания, студентов высших медицинских учебных учреждений. Доказательной базой для рекомендаций явились публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных PUBMED и MEDLINE.

Цель данных рекомендаций – совершенствование качества оказания медицинской помощи в Российской Федерации в рамках безопасного прерывания беременности на сроках 12 и более недель.

Вместе с тем, обращаем внимание практикующих врачей на необходимость проведения профилактических мероприятий, направленных на снижение числа операций искусственного прерывания беременности и своевременной диагностике аномалий развития плода.

Приложение 8

Градация достоверности рекомендаций и убедительности доказательств

Градация достоверности рекомендаций	Уровень убедительности доказательств	Вид исследования
A	Ia	Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (испытаний) РКИ
	Ib	Отдельное рандомизированное контролируемое исследование
B	IIa	Систематический обзор когортных исследований
	IIb	Отдельное когортное исследование
	IIIa	Систематический обзор исследований «случай-контроль»
	IIIb	Отдельное исследование «случай-контроль»
C	IV	Исследование серии случаев
D	V	Мнение эксперта, не подвергавшееся прицельной критической оценке либо основанное на физиологии, результатах пробного исследования или на «основных принципах»

Юридические аспекты прерывания беременности

Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям ввиду наличия аномалий развития плода регулируют законы Российской Федерации, приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации:

- Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Федеральный закон Российской Федерации от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» в ред. Федеральных законов от 27 июля 2010 г. № 192-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части повышения доступности лекарственного обеспечения жителей сельских поселений», от 11 октября 2010 № 271-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств», от 29 ноября 2010 № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (глава IX);

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» с изменениями и дополнениями от 2 декабря 2013 г. (зарегистрирован в Минюсте России, регистрационный от 9 июня 2012 г. № 24516);

Приложение 6

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ГРАЖДАНИНА на выполнение операции элиминации плода.

город _____ «__» _____
20__ г.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. 572-н

Мне _____ «__» _____ г.
рождения (Ф.И.О. пациента или его законного представителя)
разъяснены состояние моего здоровья, особенности развития моего плода.

Диагноз _____

Я информирована, что в соответствии с приказом МЗ и СЗ РФ №736 от 25.12.2007 (в редакции приказа №1661-н от 27.12.2011г) учитывая наличие у плода заболевания с крайне неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья после рождения, невозможностью постнатальной коррекции выявленного состояния я имею право на прерывание данной беременности по медицинским показаниям.

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

Я информирована, что в соответствии с приказом МЗ и СЗ РФ №572-н от 12.11.2012 г при проведении прерывания беременности мне необходимо медицинское вмешательство в виде выполнения операции элиминации плода.

Настоящим я доверяю
Врачу _____
(Ф.И.О. врача)

(в дальнейшем – ВРАЧ) и его коллегам выполнить предложенную мне операцию элиминации плода.

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

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

Мне также разъяснено, что, если в ходе выполнения указанной операции или в послеоперационном периоде возникает необходимость другого медицинского вмешательства, исследования или операции, я даю свое согласие ВРАЧУ и его коллегам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением (квалификацией) и медицинской информацией и выполнить те медицинские мероприятия, которые ВРАЧ сочтет необходимым для улучшения моего здоровья.

Содержание настоящего документа мною прочитано, дополнительно разъяснено мне ВРАЧОМ, оно полностью мне понятно.

На предложенную мне операцию элиминации плода согласна. О степени операционного риска и возможных осложнениях предупреждена.

Подпись пациентки или ее законного представителя _____

Если пациентка является несовершеннолетней (до 15-ти лет):

Подпись законного представителя
пациентки _____ (ближайшего родственника)
подпись / расшифровка подписи

Свидетель _____
Ф. И. О. подпись

Врач _____
подпись / Ф. И. О.

Перинатальный консилиум

При выявлении методами пренатальной диагностики (ультразвуковое исследование, МРТ плода, специализированная нейросонография/эхокардиография, пренатальное кариотипирование, молекулярная диагностика) врожденных синдромов и/или аномалий развития плода (Q00-Q99) с неблагоприятным прогнозом для его жизни и/или приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов последующего эффективного лечения, при сроке беременности 12 и более недель показано проведение перинатального консилиума в целях индивидуального решения вопроса о целесообразности, показаниях и противопоказаниях для искусственного прерывания беременности, независимо от срока беременности [1, 7].

Перинатальный консилиум организуется на базе учреждений третьего уровня (группы). В состав перинатального консилиума должны входить врач-акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик, врач-неонатолог, детский врач той специальности (детский кардиолог, хирург, ортопед и нейрохирург), к которой относится заболевание (состояние) плода, являющееся медицинским показанием для решения вопроса об искусственном прерывании беременности. В целях обеспечения всесторонней медико-социальной помощи в состав перинатального консилиума могут входить психолог и юрист. Участие специалистов может осуществляться дистанционно с использованием современных средств передачи данных и телекоммуникации.

По желанию беременной женщины участие в консилиуме могут принимать ее законные представители, супруг/партнер.

Консилиум предоставляет беременной женщине всестороннюю медицинскую информацию о результатах ее обследования и характере выявленных аномалий развития у ее плода, и на основании современных медицинских знаний предоставляет сведения о прогнозе для жизни и здоровья плода как до, так и после рождения, о возможных методах

Приложение 4

Противопоказания к применению препаратов для медикаментозного прерывания беременности

	Мифепристон (Антигестаген)	Мизопростол (Простагландин E1)
1. Сердечно-сосудистая система	С осторожностью при артериальной гипертензии, нарушениях ритма сердца, сердечной недостаточности.	Сердечно-сосудистые заболевания. Артериальная гипертензия.
2. Дыхательная система	Бронхиальная астма тяжелой формы. С осторожностью при бронхиальной астме.	Бронхиальная астма
3. Кровотворная система	Нарушения гемостаза, в т.ч. предшествующее лечение антикоагулянтами. Анемия (уровень гемоглобина менее 100 г/л)	Анемия
4. Эндокринная система	Надпочечниковая недостаточность; длительная терапия глюкокортикоидами; порфирия; кахексия	Заболевания, связанные с простагландиновой зависимостью. Эндокринопатии и заболевания эндокринной системы, в том числе сахарный диабет, дисфункция надпочечников. Гормонально-зависимые опухоли.
5. ЖКТ	Печеночная недостаточность	Заболевания печени
6. Нервная система	-	-
7. Мочевыделительная система	Почечная недостаточность	Заболевания почек
8. Органы зрения	-	Глаукома
9. Акушерские противопоказания	Подозрение на внематочную беременность. Миома матки больших размеров Острые воспалительные заболевания женских половых органов	Подозрение на внематочную беременность. Период лактации (грудное вскармливание прекратить на 5 дней).

Беременной женщине предлагается заверить заключение консилиума собственноручной подписью.

Заключение консилиума составляется в трех экземплярах (один остается в медицинской организации, в которой проведен перинатальный консилиум, второй и третий – выдаются беременной женщине для предоставления в медицинские организации, осуществляющие антенатальное наблюдение и последующую медицинскую помощь).

Определение медицинской организации для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям

В случае добровольного информированного согласия беременной женщины и заключения перинатального консилиума о наличии показаний для проведения искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям пациентка направляется: при сроке беременности до 22 недель – в гинекологическое отделение; при сроке беременности 22 недели и более – искусственное прерывание беременности (родоразрешение) проводится в условиях акушерского стационара третьей группы.

При проведении перинатального консилиума в медицинском учреждении, отличном от того, где будет проведено искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям, в последнем формируется врачебная комиссия. Персональный состав комиссии и порядок ее деятельности определяется руководителем медицинской организации. При подтверждении показаний и исключения противопоказаний и определении метода искусственного прерывания беременности Комиссией утверждается заключение, заверенное подписями членов Комиссии и печатью медицинской организации.

Врачебная комиссия определяет метод искусственного прерывания беременности и в случае назначения лекарственных препаратов при сроках беременности, не указанных в инструкциях к препаратам, согласно приказу Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении

Приложение 2

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на прерывание беременности

Я,

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

подтверждаю, что приняла решение о прерывании беременности (аборт).

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

Я проинформирована врачом о нижеследующем:

- о сроке моей беременности, об отсутствии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;
- о сути метода прерывания беременности;
- о том, что в процессе аборта могут отмечаться побочные эффекты: тошнота, рвота, диарея, боли внизу живота, но все эти эффекты временные.
- аборт сопровождается кровяными выделениями из половых путей, которые могут быть более сильными, чем во время обычной менструации.
- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья в течение времени, пока аборт не завершится, в соответствии с назначением лечащего врача.

Мне даны разъяснения:

- о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил в 2-5 % случаев медикаментозное прерывание беременности может быть неэффективным (остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение), и в этой ситуации необходимо завершить аборт хирургическим путем.
- о возможной необходимости приема дополнительных лекарственных препаратов в соответствии с предписанием моего лечащего врача;
- о режиме поведения, в том числе половой жизни, в послеабортном периоде и возможных последствиях при его нарушении.
- о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности.

Я, _____ (Ф.И.О. печатными буквами), хочу прервать беременность медикаментозным способом. Я прочитала и понимаю все, о чем говорится в данном информационном согласии. На все свои вопросы я получила ответы. Я знаю, куда я могу обратиться в случае, если мне понадобится неотложная медицинская помощь.

- Пациент: _____
(фамилия, имя, отчество) _____ (подпись)

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

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) _____ (подпись)

Дата _____

и мизопростол. Мифепристон должен применяться перорально (уровень доказательности IA). В настоящее время нет данных, свидетельствующих в пользу того, что альтернативные способы применения препарата являются более эффективными или удобными.

В отношении мизопростолa рекомендованы сублингвальный, буккальный и вагинальный способы применения (уровень доказательности IA) [6, 14, 19].

Преимущества медикаментозного прерывания беременности:

1. Высокая эффективность (95-98%), безопасность и приемлемость;
2. Отсутствие риска, связанного с анестезией;
3. Отсутствие риска осложнений, связанных с хирургическим вмешательством: механическим повреждением эндометрия, миометрия, сосудов матки, травмой цервикального канала;
4. Снижение риска развития восходящей инфекции и связанных с ней осложнений;
5. Неинвазивность метода исключает опасность заражения ВИЧ-инфекцией, гепатитом В, С и др.;
6. Отсутствие неблагоприятного влияния на дальнейшую репродуктивную функцию, что особенно важно для первобеременных;
7. Предоставление женщине права выбора метода;
8. Высокая удовлетворенность пациенток качеством медицинской помощи при данном методе прерывания беременности [2, 8, 12, 31, 46].

Психологически женщине легче перенести прерывание беременности медикаментозным путем, чем хирургическую операцию под наркозом [16, 20]. При медикаментозном прерывании беременности шейка матки и слизистая матки не травмируются хирургическими инструментами, что сохраняет репродуктивную функцию женщины и существенно снижает процент возможных осложнений, в частности - серьезных кровотечений.

нежелательной беременности, по прегравидарной подготовке и вынашивания последующей беременности.

Требования к медицинскому работнику и медицинскому учреждению для проведения прерывания беременности в поздние сроки

Медицинский персонал должен состоять из квалифицированных консультантов и врачей/медицинских работников, которые смогут определить, показан ли данный метод женщине, убедиться в успешности проведения процедуры, направить женщину в соответствующее учреждение и/или оказать ей неотложную медицинскую помощь, для которой может потребоваться: операционная с оборудованием для выполнения кюретажа; операционный инструментарий; наркозно-дыхательная аппаратура (критерии доказательности ПА) [26].

Медицинские работники должны уметь определять срок беременности на основании соответствующего анамнеза и результатов медицинского обследования.

Медицинские работники клиник, в которых проводится прерывание беременности, должны быть хорошо осведомлены о применяемых препаратах, а также о методах прерывания беременности.

После проведения о прерывания беременности по медицинским показаниям) врач-акушер-гинеколог

1) оформляет направление на патологоанатомическое вскрытие плода со сроком гестации менее 22 недель и массой менее 500 г или «Историю развития новорожденного» на мертворожденного при сроке гестации более 22 недель с массой более 500 г (приказ Минздрава России от 06 июня 2013 г. № 354н) в которых указывает следующие сведения: фамилию, имя, отчество матери, дату рождения плода или мертворождения, дату проведения операции прерывания беременности, с описанием показаний к прерыванию беременности, заключения консилиума и окончательного клинического диагноза с указанием кода МКБ 10,

кордоцентеза.

В целях сокращения промежутка между временем остановки сердечной деятельности плода и завершением беременности целесообразно выполнение инвазивного вмешательства непосредственно перед применением первой дозы мизопростола в схеме медикаментозного прерывания беременности по медицинским показаниям.

После проведения кордоцентеза у резус отрицательных не иммунизированных беременных женщин показано проведение анти-D-иммунопрофилактики.

2 этап: алгоритм комбинированного искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке беременности

22 недели+0 дней - 27 недель+6 дней [6, 15, 18, 19, 24]

1 день. Оценка акушерской ситуации.

Мифепристон 200 мг перорально. Интрацервикальное введение осмотических дилататоров.

2 день.

Прием Мизопростола 200 мкг вагинально или под язык. Далее – в той же дозе каждые 4-6 часов (максимально до 5-х доз).

Если родовая деятельность в течение 4-х часов не развилась – повторный прием мизопростола 400 мкг.

С развитием регулярной родовой деятельности целесообразно применение ДЭА. Амниотомия производится после вступления в активную фазу родов (при раскрытии маточного зева 3 см и более).

Подходы к снижению кровопотери включают применение препаратов, стимулирующих сокращение матки. Окситоцин (0,5-1,0 мл) может вводиться внутримышечно или внутривенно.

Перфорация матки потенциально серьезное осложнение после хирургических аборт в II триместре (0,2-0,4%) зачастую сопровождается повреждением кишечника, кровотечением. Для устранения этого осложнения, как правило, требуется лапаротомия (в крайних случаях – гистерэктомия). Кроме того, для его профилактики важно достаточное расширение шейки матки и внимательное наблюдение за правильным положением инструментов, вне зависимости от того, используется ультразвук или нет. Недооценка срока беременности также связана с возможностью перфорации, поэтому необходимо точное определение срока гестации.

Инфекции органов малого таза. Частота инфекционных осложнений составляет 0,8-2%. Профилактический прием антибиотиков при выполнении хирургического аборта способствует значительному снижению относительного риска инфекции (0,58; 95 % ДИ 0,47-0,71) и в настоящее время это является стандартной практикой (критерии доказательности IA) [45]. Использование технологии «неприкосания» (бесконтактная методика), при которой обеспечивается полное отсутствие контакта инструментов с нестерильными поверхностями перед введением в матку, осмотр удаленных тканей с целью уточнения полного удаления и рутинное назначение антибиотиков – меры, используемые для профилактики инфекционных осложнений.

Осложнения анестезиологического пособия. Уровень серьезных осложнений оценивается как 0,72 на 100 аборт при общей анестезии и 0,31 на 100 аборт при местной анестезии.

к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения. Во всех других случаях необходимо обсуждать возможность селективной остановки сердечной деятельности аномально развивающегося плода.

При многоплодной беременности основой для принятия адекватного решения по ее ведению является однозначное установление типа хориальности.

При выявлении у одного из плодов врожденных аномалий развития, несовместимых с жизнью, или сочетанных аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни и здоровья, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения возможно проведение селективной редукции числа плодов, направленное на предупреждение живорождения аномального плода и снижения рисков вынашивания многоплодной беременности [49].

При *гетерохориальном гетероамниотическом* многоплодии ввиду наличия независимых друг от друга систем гемодинамики плодов возможно проведение остановки сердечной деятельности аномального плода, по методикам, применяемым для этой цели перед прерыванием беременности по медицинским показаниям при одноплодной беременности. Оптимальным является выполнение селективной редукции числа плодов до срока беременности 18 недель путем интракардиального (интраторакального) введения 10% KCl в объеме 1-4 мл. В последующие сроки беременности оптимальным является выполнение кордоцентеза с применением лидокаина, а при сроке беременности 22 и более недель и обезболиванием плода фентанилом.

При *монохориальном многоплодии* всегда имеет место наличие сосудистых анастомозов в плаценте между системами циркуляции плодов. Ввиду этого до извлечения здорового плода применение медикаментозных средств в целях прекращения сердечной деятельности аномально развитого