Искусственный аборт (медицинский аборт)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O04, O06, O07, O35 · Российское общество акушеров-гинекологов

Искусственный аборт — искусственное прерывание беременности до 21 недели 6 дней включительно. Рекомендация предназначена для ведения пациенток, обращающихся для прерывания беременности: она определяет показания и сроки, обследование, медикаментозные и хирургические методы, профилактику осложнений и организацию помощи.

Главное

- По медицинским показаниям аборт выполняют независимо от срока беременности; по социальным показаниям — до 21 недели 6 дней, а по настойчивому желанию женщины — до 11 недель 6 дней при обязательном профессиональном психологическом консультировании.
- Аборт классифицируют по сроку: до 11 недель 6 дней и с 12 недель 0 дней до 21 недели 6 дней; по методу — на медикаментозный и хирургический.
- Противопоказания к медицинскому аборту оценивают с учетом состояния беременной, срока и локализации беременности, показаний к ее прерыванию, переносимости применяемых препаратов, наличия острых инфекционных и воспалительных заболеваний; при наличии противопоказаний вопрос решает консилиум врачей с учетом срока беременности и возможностей медицинской организации (УУР С, УДД 5).
- Рекомендована консультация психолога, медицинского психолога или специалиста по социальной работе для доабортного консультирования; при прерывании беременности по настойчивому желанию женщины также соблюдают период ожидания: 48 часов при сроке 4–6 недель 6 дней или 10–11 недель 4 дня и 7 дней при сроке 7–9 недель 6 дней.
- После аборта пациентку повторно оценивают обычно через 10–15 дней; оценка эндометрия сама по себе, включая М-эхо более 15 мм, не является основанием для хирургического опорожнения матки при отсутствии клинических признаков неполного аборта или инфекции.
- При хирургическом аборте независимо от инфекционного риска и при медикаментозном аборте у пациенток высокого инфекционного риска проводят антибиотикопрофилактику (УУР А, УДД 1).
- Резус-отрицательным пациенткам без резус-изоиммунизации, беременным от резус-положительного или неизвестного по резусу партнера, вводят иммуноглобулин человека антирезус Rho[D] в течение 72 часов после аборта (УУР С, УДД 5).

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез для выявления противопоказаний, включая особенности состояния беременной, срок и локализацию беременности, показания к прерыванию, переносимость препаратов, острые инфекционные и воспалительные заболевания (УУР С, УДД 5).
2. Оценить общее состояние: выполнить терапевтический осмотр, термометрию, измерить частоту сердцебиения, частоту дыхания и артериальное давление. Те же параметры повторно оценивают после аборта через 10–15 дней (УУР С, УДД 5).
3. Определить срок беременности по дате последней менструации и УЗИ. В первом триместре используют копчико-теменной размер, а при КТР более 84 мм — окружность головки плода (УУР В, УДД 2).
4. До 9 недель 6 дней выполнить УЗИ матки и придатков, после 10 недель 0 дней — УЗИ плода. Исследуют наличие и локализацию беременности, соответствие срока, сердцебиение, рубец на матке и расположение хориона или плаценты (УУР С, УДД 5).
5. Провести бимануальное влагалищное исследование и осмотр шейки матки в зеркалах для исключения внематочной беременности, оценки размеров матки, придатков и выделений; повторить осмотр через 10–15 дней для исключения осложнений (УУР С, УДД 5).
6. Перед абортом определить группу крови АВ0 и резус-фактор; при отсутствии исследования в текущую беременность у резус-отрицательных пациенток от резус-положительного или неизвестного по резусу партнера определить анти-RhD-антитела. Выполнить микроскопию влагалищного мазка; ОАК с

тромбоцитами нужен перед хирургическим абортом на любом сроке и перед медикаментозным абортом с 12 недель 0 дней, коагулограмма — с 12 недель 0 дней (УУР С, УДД 5).

7. При клинической картине неполного аборта или подозрении на сочетание с внематочной беременностью после аборта используют β-ХГЧ в сыворотке, обычно не ранее 14 дней, и/или УЗИ; оценка результата по β-ХГЧ надежнее УЗИ для подтверждения продолжающейся беременности (УУР С, УДД 5).

Лечение

- При медикаментозном медицинском аборте при длительности аменореи не более 42 дней назначают мифепристон 200 мг внутрь однократно, затем через 36–48 часов — мизопростол 400 мкг однократно. Если через 4 часа нет кровянистых выделений, допускается еще 400 мкг мизопростола внутрь, вагинально, сублингвально или буккально (УУР С, УДД 5).
- При медикаментозном аборте в первом триместре при аменорее более 42 дней назначают мифепристон 200 мг внутрь однократно, через 24–48 часов — мизопростол 800 мкг вагинально, сублингвально или буккально. При отсутствии кровянистых выделений через 4 часа можно повторить мизопростол в дозе 400 мкг теми же путями (УУР С, УДД 5).
- В сроке 12 недель 0 дней — 21 неделя 6 дней используют мифепристон 200 мг внутрь однократно, через 24–48 часов — мизопростол 800 мкг вагинально, сублингвально или буккально, затем по 400 мкг каждые 3 часа до прерывания беременности (УУР С, УДД 5). При рубце на матке или миоме максимальное число доз определяют особенно осторожно.
- При аборте с 12 недель 0 дней для подготовки шейки матки применяют гигроскопический расширитель DILAPAN-S или стерильные палочки из ламинарии в течение 12 часов после мифепристона либо перед хирургическим вмешательством (УУР В, УДД 2).
- Антибиотикопрофилактику проводят доксициклином 100 мг за 1 час до аборта и 200 мг через 30 минут после, либо азитромицином 500–1000 мг однократно внутрь, либо метронидазолом 500 мг перед абортом и по 500 мг через 4 и 8 часов после. При выявленной инфекции противомикробное лечение начинают с учетом чувствительности возбудителя, не откладывая аборт (УУР А, УДД 1).
- Если медикаментозный аборт оказался неполным и отсутствуют показания к немедленной инструментальной ревизии — кровотечение, требующее восполнения компонентами крови, и/или признаки инфекции, — применяют мизопростол 400 мкг сублингвально или 600 мкг внутрь (УУР С, УДД 5).
- Если медикаментозный аборт до 11 недель 6 дней невозможен или противопоказан, выполняют вакуум-аспирацию; с 12 недель 0 дней — дилатацию шейки матки и эвакуацию содержимого матки, целесообразно под УЗ-контролем. Кюретаж до 12 недель не относится к рекомендованным методам (УУР С, УДД 5).
- При хирургическом вмешательстве обезболивание выбирает врач-анестезиолог-реаниматолог. При вакуум-аспирации преимущественно используют внутривенную анестезию; максимальная доза пропофола указана как не более 2,5 мг/кг, а для спинальной анестезии — бупивакаин 5–10 мг, левобупивакаин 5–7,5 мг или лидокаин 20–40 мг (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при аборте до 11 недель 6 дней при клинически значимом истончении рубца на матке, миоме больших размеров, аномалиях развития половых органов или тяжелых соматических заболеваниях.
- Аборт в сроке 12 недель 0 дней — 21 неделя 6 дней проводят в стационаре.
- Выписка возможна при отсутствии осложнений после медицинского аборта; пациенток, прерывающих беременность, и пациенток с угрозой прерывания, желающих сохранить беременность, размещают в разных отделениях или палатах.

Частые вопросы

Как определить срок беременности перед абортом?

Срок определяют по дате последней менструации и УЗИ. В первом триместре ориентируются на КТР, а при КТР более 84 мм — на окружность головки плода.

Какая схема медикаментозного аборта в первом триместре?

При аменорее до 42 дней: мифепристон 200 мг внутрь однократно, через 36–48 часов мизопростол 400 мкг. При аменорее более 42 дней: мифепристон 200 мг, через 24–48 часов мизопростол 800 мкг вагинально, сублингвально или буккально.

Что делать, если после мизопростола нет кровянистых выделений?

Если через 4 часа после первой дозы ответа нет, в схемах первого триместра допускается дополнительный мизопростол 400 мкг. При сроке 12–21 неделя 6 дней препарат назначают по 400 мкг каждые 3 часа до прерывания беременности; при отсутствии аборта в течение 24 часов возможен повторный курс мифепристона и мизопростола.

Является ли М-эхо более 15 мм показанием к вакуум-аспирации?

Нет, при отсутствии клинических признаков неполного аборта, значимого кровотечения или инфекции оценка эндометрия, включая М-эхо более 15 мм, имеет ограниченное значение и не должна сама по себе определять хирургическую тактику.

Кого госпитализировать для медицинского аборта?

В стационаре проводят аборт в сроке 12 недель 0 дней — 21 неделя 6 дней. До 11 недель 6 дней госпитализация нужна при значимом истончении рубца на матке, большой миоме, аномалиях развития половых органов или тяжелых соматических заболеваниях.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/785-iskusstvennyj-abort-medicinskij-abort. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/785_1