

Приложение 2  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕ-  
ДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА**

## **НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «ВЫКИДЫШ (САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ)»**

«СОГЛАСОВАНО»

Директор РСНПМЦЗМиР

Н.С. Надырханова



\_\_\_\_ 2025 год

## НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «ВЫКИДЫШ (САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ)»

ТАШКЕНТ 2025

## ТАШКЕНТ 2025

### Оглавление

Вводная часть.....	5
Основная часть.....	9
Приложения.....	29
Список литературы.....	33

## 1. Вводная часть

### 1.1. Коды по МКБ-10:

Код	Название
О 03	Самопроизвольный аборт
О 03.4	Неполный аборт без осложнений
О 03.5	Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов
О 03.9	Полный или неуточненный аборт без осложнений
О 05	Другие виды аборта
О 02.1	Несостоявшийся выкидыш
О 20	Кровотечение в ранние сроки беременности
О 20.0	Угрожающий аборт
О 20.8	Другие кровотечения в ранние сроки беременности
О 20.9	Кровотечения в ранние сроки беременности неуточненные
<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=14392">https://mkb-10.com/index.php?pid=14392</a>	
<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=14418">https://mkb-10.com/index.php?pid=14418</a>	
<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=14277">https://mkb-10.com/index.php?pid=14277</a>	

### Коды по МКБ-11:

Код	Название
JA00.0	Самопроизвольный выкидыш
JA00.01	Самопроизвольный выкидыш, полный или неуточненный, осложнившийся поздним или избыточным кровотечением
JA00.02	Самопроизвольный выкидыш, неполный, осложнившийся эмболией
JA00.03	Самопроизвольный выкидыш, неполный, с другими или неуточненными осложнениями
JA00.04	Самопроизвольный выкидыш, неполный, без осложнений
JA00.06	Самопроизвольный выкидыш, полный или неуточненный, осложнившийся отсроченным или избыточным кровотечением
JA00.09	Самопроизвольный выкидыш, полный или неуточненный, без осложнений + самопроизвольный аборт
JA00.29	Неуточненный аборт, полный или неуточненный, без осложнений
JA40.0	Угрожающий выкидыш
JA40.Z	Кровотечение в ранние сроки беременности, неуточненное
<a href="https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2024-01">https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2024-01</a>	

Согласно позиции ведущих мировых обществ акушеров-гинекологов (RCOG, 2006; ACOG, 2011, 2015; NICE, 2012, 2015) медицинский термин "самопроизвольный аборт" должен быть заменен термином "выкидыш". Для описания разных типов выкидышей должна использоваться соответствующая терминология.

**Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 год, дата пересмотра 2030 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

**Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:** Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка.

**В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:** члены рабочей группы по организации процесса по направлению инфекционные болезни:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Надырханова Н.С.	Директор, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Абдуллаева Л.М.	Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, д.м.н., профессор	ТМА
3	Гафурова Ф.А.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	ЦРПКМР, кафедра акушерства, гинекологии и перинатальной медицины,
4	Каримова Ф.Д.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	ЦРПКМР, кафедра акушерства и гинекологии №2

**Список основных авторов:**

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Иргашева С.У.	акушер-гинеколог, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Юсупов У.Ю.	акушер-гинеколог, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
3	Алиева Д.А.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
4	Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
5	Абдураимов Т.Ф.	акушер-гинеколог,	РСНПМЦЗМиР
6	Шерматова С.Э.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
7	Усмонов С.К.	научный консультант	РСНПМЦЗМиР
8	Курбанов Б.Б.	заведующий кафедрой, д.м.н.	ТашПМИ, кафедра акушерства и гинекологии
9	Матякубова С.А.	директор, д.м.н.	Хорезмский филиал РСНПМЦЗМиР
10	Насретдинова Д.Б.	директор, к.м.н.	Андижанский филиал РСНПМЦЗМиР
11	Суяркулова М.Э.	директор, к.м.н.	Ферганский филиал РСНПМЦЗМиР
12	Шодмонов Н.М.	директор, к.м.н.	Джиззакский филиал РСНПМЦЗМиР
13	Джумаев Б.А.	директор, д.м.н.	Ташкентский областной филиал РСНПМЦЗМиР
14	Даминова Р.А.	директор	Наманганский филиал РСНПМЦЗМиР
15	Дустмуродов Б.М.	директор	Хорезмский филиал РСНПМЦЗМиР
16	Аширбекова Г.У.	директор	Филиал РСНПМЦЗМиР РК
17	Хамроева Л.К.	директор	Хорезмский филиал РСНПМЦЗМиР
18	Садыкова Х.З.	директор	Самаркандский РСНПМЦЗ-МиР
19	Эшонкулов А.Г.	директор	Навоийский филиал РСНПМЦЗМиР
20	Зиёев А.М.	директор	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦЗМиР
21	Жураев Н.Б.	директор	Бухарский филиал РСНПМЦЗМиР

22	Ачилова С.И.	директор	Кашкадарьинский филиал РСНПМЦЗМиР
----	--------------	----------	--------------------------------------

**Рецензенты:**

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Юсупбаев Р.Б.	д.м.н., старший научный сотрудник, руководитель отдела фетальной медицины	РСНПМЦЗМиР
2	Саиджалилова Д.Д.	д.м.н., профессор.	ТМА, кафедра акушерства и гинекологии
3			

*РСНПМЦЗМиР – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка*

*РПЦ – Республиканский перинатальный центр*

*РК – Республика Каракалтакстан*

*ТашПМИ – Ташкентский педиатрический медицинский институт*

*ТМА – Ташкентская медицинская академия*

*ЦРПКМР – Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников*

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместителей), врачей региональных учреждений системы родовспоможения в онлайн-формате «\_18\_»\_декабря\_2023 г., протокол №2. Руководители рабочей группы: д.м.н. Надырханова Н.С., директор ГУ «РСНПМЦЗМиР», Абдуллаева Л.М., д.м.н., профессор ТМА, главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Гафурова Ф.А., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатальной медицины ЦРПКМР, Каримова Ф.Д. д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 ЦРПКМР.

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Акушерства и Гинекологии» «\_21\_»\_декабря\_2023 г., протокол №\_19\_

Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

**Внешняя экспертная оценка:**

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Мухамадиева С.М.	д.м.н., профессор, зав кафедрой акушерства и гинекологии №1	Государственное образовательное Учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения» Республика Таджикистан

### Список сокращений:

<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ВРТ</b>	Вспомогательные репродуктивные технологии
<b>ИВ</b>	Инфицированный выкидыш
<b>ИППП</b>	Инфекции, передаваемые половым путем
<b>НБ</b>	Неразвивающаяся беременность
<b>ПАМГ-1</b>	Плацентарный альфа-микроглобулин-1
<b>ПСИФР-1</b>	Фосфорилированная форма протеин-1 связанного инсулиноподобного фактора роста
<b>СБ</b>	Сердцебиение
<b>ТАС</b>	трансабдоминальное сканирование
<b>ТВС</b>	Трансвагинальное сканирование
<b>УВ</b>	Угрожающий выкидыш
<b>УЗИ</b>	Ультразвуковое исследование
<b>УУР</b>	Уровень убедительности рекомендаций
<b>ХГЧ</b>	Хорионический гонадотропин человека
<b>ЧСС</b>	Частота сердечных сокращений
<b>ШМ</b>	Шейка матки

### Цель протокола:

Целью настоящего документа является обзор наилучших имеющихся доказательств, внедрение и организация системы и единого подхода по ведению пациентов с выкидышем в ранние сроки беременности (до 13 недель) .

**Категории пациентов:** пациенты с самопроизвольным выкидышем в I триместре беременности в репродуктивном возрасте.

**Пользователи протокола:** врачи акушеры-гинекологи, врачи общей практики, лаборанты, организаторы здравоохранения, студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов.

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств):**

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

## 2. Основная часть

### 2.1. Введение.

#### Термины.

**Самопроизвольный выкидыш** – потеря беременности, происходящие до 22 недель с весом плода менее 500 г.

**Угрожающий выкидыш** – кровянистые выделения из матки до 22 недель беременности при наличии закрытой шейки матки.

**Выкидыш в ходу** - элементы плодного яйца находятся в цервикальном канале при продолжающемся кровотечении и болях.

**Неполный выкидыш** – часть продуктов зачатия осталась в полости матки.

**Полный выкидыш** – выкидыш произошел полностью, нет необходимости в медицинском или хирургическом вмешательстве.

**Неразвивающаяся беременность** – УЗИ подтвердило нежизнеспособность беременности, кровотечения нет.

**Беременность неясной (неизвестной) локализации** – отсутствие УЗИ-признаков маточной или внематочной беременности при положительном ХГЧ-тесте.

**Внематочная беременность** – локализация плодного яйца вне полости матки (например, в маточных трубах, шейке матки, яичниках, брюшной полости)

**Анэмбриония** – имплантация оплодотворенной яйцеклетки в стенку матки произошла, но развития плода не начинается. В полости матки определяется плодное яйцо с или без желточного мешка, отсутствие эмбриона при среднем диаметре плодного яйца более 25мм.

**Беременность биохимическая** - беременность, диагностированная только путем определения хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в сыворотке крови или в моче.

**Беременность клиническая** - беременность, диагностированная путем визуализации при УЗИ одного или более плодных яиц/плодов, или наличия достоверных клинических признаков беременности. Термин применяется в отношении как маточной, так и эктопической беременности  
<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

#### Определения.

Самопроизвольный аборт (выкидыш) — самопроизвольное прерывание беременности до достижения плодом жизнеспособного гестационного срока [1,2].

В соответствии с определением ВОЗ, выкидышем является самопроизвольное изгнание или экстракция эмбриона (плода) массой до 500 г, что соответствует гестационному возрасту менее 22 недель беременности.

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

#### Этиология и патогенез

Около 50% спорадических ранних выкидышей обусловлено хромосомными дефектами, на сроке 8-11 недель – 41-50%, на сроке 16-19 недель она снижается до 10-20%. Наиболее частыми типами хромосомной патологии при ранних самопроизвольных выкидышах бывают аутосомные трисомии – 52%, моносомии X – 19%, полиплоидии – 22%, другие формы составляют 7% .

В 80% случаев выкидышей сначала происходит гибель, а затем экспульсия плодного яйца. Среди других причин спорадических ранних выкидышей выделяют анатомические, инфекционные, эндокринные, токсические, иммунологические и другие факторы. Необходимо стремиться выявить причины прерывания беременности, поскольку эти факторы могут привести к повторным (привычным) выкидышам; потеря двух беременностей подряд является показанием к соответствующему обследованию. Среди пар, у которых при тщательном обследовании установить причину привычного самопроизвольного аборта не удалось, в 65% случаев последующая беременность заканчивается успешно [6]

#### **Факторы, связанные с ранней потерей беременности:**

- Поздний возраст матери (в возрасте от 20 до 30 лет риск самопроизвольного выкидыша составляет 9-17%, в 35 лет – 20%, в 40 лет – 40%, в 45 лет – 80%)
- Употребление алкоголя (умеренное)
- Использование кофеина (дозозависимый эффект: 4-5 чашек кофе, или более 100 мг кофеина)
- Курение (более 10 сигарет в день)
- Хронические заболевания матери: антифосфолипидный синдром, тромбофилии, синдром поликистозных яичников, заболевания щитовидной железы, некорригированный сахарный диабет, возможно, целиакия (энтеропатия, связанная с повреждением ворсинок тонкой кишки)
- Инфекции у матери: листериоз, сифилис, хламидии, токсоплазмоз; микоплазмы или уреоплазмы влагалища (противоречивые данные)
- Препараты: итраконазол (противогрибковое средство), метотрексат (цитостатик), некоторые нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, диклофенак), ретиноиды (оказывают тератогенный эффект), пароксетин и венлафаксин (антидепрессанты с сильным противотревожным действием)
- Предыдущая потеря беременности на раннем сроке (риск последующей потери беременности у женщин с одним самопроизвольным выкидышем в анамнезе риск составляет 18-20%, после двух выкидышей он достигает 30%, после трех выкидышей – 43%. Для сравнения: риск выкидыша у женщин, предыдущая беременность у которых закончилась успешно, составляет 5%)
- Аномалии и органические заболевания половых органов: врожденные аномалии матки, миома матки, операции на шейке матки, внутриматочные синехии
- Токсины и профессиональные вредности: ионизирующее излучение, пестициды, вдыхание анестезиологических газов.

С

Рекомендуется оценка факторов риска выкидыша с целью их возможного устранения при УВ или с целью планирования следующей беременности при свершившемся выкидыше

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

#### **Эпидемиология.**

Самопроизвольный выкидыш – самое частое осложнение беременности. Частота его составляет от 10 до 15% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% выкидышей происходит до 12 недель беременности. В структуре спорадических ранних выкидышей одна треть беременностей прерывается до 8 недель по типу анэмбрионии (отсутствие эмбриона).

Повторное невынашивание беременности встречается реже. Привычный выкидыш поражает приблизительно от 1 до 2% женщин, если определить его как три последовательных невынашивания беременности до 22 недель после последней менструации [ 4,6 ] .

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

#### **Классификация.**

Самопроизвольный выкидыш:

А) По срокам беременности:

- ранний – спонтанное прерывание беременности до полных 13 недель гестации (в 1 триместре);
- поздний – спонтанное прерывание беременности с 13 до 22 недель.

Б) По стадиям развития:

- угрожающий выкидыш;
- выкидыш в ходу;
- неполный выкидыш;
- полный выкидыш;
- выкидыш несостоявшийся (прекращение развития эмбриона/плода) – неразвивающаяся беременность.

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

## Диагностика.

Оценка состояния пациентки и диагноз ставится на основе анализа жалоб, анамнеза, физикального осмотра и дополнительных клинических исследований. Ультразвуковое сканирование должно быть выполнено как можно быстрее, если потребуется, то в экстренном порядке. Во всех случаях следует провести начальную оценку параметров гемодинамики

Характерны следующие клинические проявления на разных этапах выкидыша:

**Угрожающий выкидыш** – боли внизу живота и поясничной области, кровяные выделения из половых путей. Тонус матки повышен, тело матки соответствует сроку беременности, шейка матки (ШМ) не укорочена, закрыта. При УЗИ регистрируют СБ эмбриона (с 5-6 недель беременности или при КТР $\geq$ 7 мм) /плода. Необходимо исключить следующие акушерские осложнения: предлежание или низкое расположение хориона (плаценты), кровотечение из второго рога матки при пороках ее развития, гибель одного плодного яйца при многоплодной беременности.

**Выкидыш в ходу** – тело матки, как правило, меньше предполагаемого срока беременности, определяются регулярные схваткообразные сокращения миометрия, возможно подтекание околоплодных вод. Внутренний и наружный зевы открыты, цервикальный канал расширен на всем протяжении, элементы плодного яйца находятся в цервикальном канале или частично во влагалище.

**Неполный выкидыш** – беременность прервалась, но в полости матки определяются элементы плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания ее полости приводит к продолжающемуся кровотечению.

**Инфицированный выкидыш** – прерывание беременности, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровяными, иногда гнойными выделениями из половых путей. При физикальном осмотре – тахикардия, тахипноэ, дефанс мышц передней брюшной стенки; при бимануальном влагалищном исследовании - болезненная, мягкой консистенции матка, цервикальный канал расширен. При отсутствии лечения возможна генерализация инфекции.

**Неразвивающаяся беременность** - гибель эмбриона или плода на сроке до 22 недель беременности при отсутствии экспульсии продуктов зачатия из полости матки. Диагноз устанавливается по данным УЗИ.

## Анамнез

Сбор анамнеза должен включать следующие вопросы:

- Характер менструального цикла и дата последней менструации.
- Предыдущие беременности, их исходы, особенно наличие выкидышей.
- Гинекологические заболевания и операции.
- Если применялись ВРТ, указать вид и дату.
- Заключение УЗИ (если проводилось).
- Симптомы ранних сроков беременности.
- Наличие ассоциированных симптомов:
  - вагинальное кровотечение (сроки, степень и тяжесть);
  - боли (внизу живота / схваткообразные / боли в спине);
  - синкопальные состояния при перемене положения тела;
  - рвота;
  - боль в плече;
  - выделение из половых путей продуктов зачатия (элементов плодного яйца).

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

### Физикальное обследование.

При физикальном осмотре следует провести базовые обследования: оценка общего состояния, термометрия, измерение ЧСС, частоты дыхания, измерение артериального давления. Следует провести пальпацию и перкуссию брюшной стенки с целью выявления болезненности, напряжения (дефанса) мышц передней брюшной стенки, симптомов раздражения брюшины, вздутия живота, наличия свободной жидкости в брюшной полости [7].

<b>С</b>	Рекомендуется проводить осмотр ШМ в зеркалах с целью оценки состояния влагалищной части ШМ, интенсивности кровотечения, наличия во влагалище частей плодного яйца
----------	---

При осмотре ШМ оценивается источник и объем кровотечения, наличие продуктов зачатия в цервикальном канале (если есть возможность – следует удалить и отправить на гистологическое исследование), пролабирование плодного пузыря, а также анатомия ШМ, состояние наружного зева и цервикального канала.

При подтвержденной по УЗИ маточной беременности и высоком риске выкидыша (наличии гематомы, умеренных и обильных кровяных выделений из половых путей, повышенном тонеусе маки) возможно ограничиться осмотром ШМ в зеркалах [10].

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

### Лабораторные методы обследования

<b>В</b>	Рекомендуется исследовать уровень ХГЧ (свободная $\beta$ -субъединица) в сыворотке крови или провести качественный тест мочи на ХГЧ при невозможности проведения исследования крови, с целью диагностики беременности
----------	---

Данное исследование является актуальным независимо от начала последней менструации, указания пациентки на наличие контрацепции, стерилизации или отсутствие половой жизни. Метод также может использоваться в качестве прогностического инструмента. [8]

<b>В</b>	Рекомендовано повторное исследование уровня ХГЧ (свободная $\beta$ -субъединица) в сыворотке крови через 48 часов при беременности неопределенной (неясной) локализации с целью исключения внематочной беременности и определения развития беременности
----------	---

Повторное исследование производится для расчета отношения уровня ХГЧ при повторном заборе (ХГЧ2) к ХГЧ при первом заборе (ХГЧ1) . Данный расчет позволяет определить диагноз и тактику ведения [ 17,74]:

- При отношении  $\text{ХГЧ2/ХГЧ1} > 0,8$ , при условии, что уровень ХГЧ  $\geq 1000$  МЕ/мл – рекомендовано УЗИ матки и придатков для определения локализации плодного яйца.
- При отношении  $\text{ХГЧ2/ХГЧ1} \geq 2$  прогноз развития беременности благоприятный.
- При отношении  $\text{ХГЧ2/ХГЧ1} < 0,5$  следует прекратить наблюдение.
- При отношении  $\text{ХГЧ2/ХГЧ1} = 0,5-0,7$  следует прекратить УЗИ-контроль, но следует продолжить исследовать уровень ХГЧ до уровня  $\leq 100$  МЕ/мл с кратностью, зависящей от исходного уровня ХГЧ. Если отношение  $\text{ХГЧ2/ХГЧ1}$  не снижается, и сохраняются жалобы на кровотечение и боль, то может быть выполнена диагностическая лапароскопия для установления диагноза.

А	Рекомендуется исследовать уровень С-реактивного белка в сыворотке крови при наличии жалоб на лихорадку, озноб, гнойные выделения из половых путей, с целью диагностики ИВ
---	---

А	Резус-отрицательным пациенткам, а также беременным от партнера с резус-положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови рекомендуется определение антител к антигенам системы Резус во время настоящей беременности.
---	---

Данное исследование проводится с целью выбора правильного алгоритма обследования для профилактики гемолитической болезни плода в случае сохранения беременности, в случае же ее прерывания - для проведения профилактики резус-изоиммунизации.

Микроскопическое исследование влагалищных мазков при УВ целесообразно проводить в случае сохранения беременности с целью диагностики и лечения инфекционно-воспалительных процессов .

С	В случае сохранения беременности при подозрении на ИППП рекомендуется молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители инфекций, передаваемых половым путем (ИППП): <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> .
---	---

А	При подозрении на преждевременный разрыв плодных оболочек во 2-м триместре беременности при проведении осмотра шейки матки в зеркалах следует провести тест на подтекание околоплодных вод.
---	---

Рекомендуемые тесты на подтекание околоплодных вод: исследование водородного показателя (рН) в амниотической жидкости в цервикальной слизи, определение фосфорилированной формы протеин-1 связанного инсулиноподобного фактора роста (ПСИФР-1 в цервикальной слизи, определение плацентарного альфа-микроглобулина-1 (ПАМГ-1) в цервикальной слизи [8].

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

### Инструментальные методы обследования.

А	Рекомендовано УЗИ матки и придатков (до 9 недель беременности) или УЗИ плода (с 10 недель беременности) с целью диагностики беременности, ее локализации, определения соответствия плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличия СБ эмбриона/плода, признаков экспульсии плодного яйца/плода из полости матки.
---	---

Трансвагинальное сканирование (ТВС), проводимое опытным специалистом, является "золотым стандартом". Если ТВС недоступно, может использоваться трансабдоминальное сканирование (ТАС), однако этот метод обладает меньшей диагностической достоверностью чем ТВС для диагностики осложнений ранних сроков беременности. Пациентке должны быть разъяснены порядок и показания для УЗИ [4].

**Жизнеспособная маточная беременность:** Плодное яйцо расположено обычно, эмбрион визуализируется, четко определяется сердечная деятельность.

**Беременность неопределенной жизнеспособности:**

1 вариант – плодное яйцо расположено обычно, средний внутренний диаметр плодного яйца 20 мм, эмбрион не визуализируется;

2 вариант – плодное яйцо расположено нормально, эмбрион 7 мм, сердцебиение плода не визуализируется.

<b>C</b>	Рекомендовано повторное УЗИ матки и придатков через 7-10 дней при подозрении на НБ с целью подтверждения развивающейся беременности или диагноза НБ
----------	---

Методом выбора УЗИ является трансвагинальное УЗИ. Диагноз НБ при возможности подтверждается двумя врачами ультразвуковой диагностики. Особую осторожность следует соблюдать при постановке диагноза НБ до 8 недель беременности, особенно у женщин, не имеющих никаких клинических симптомов [ 4,8]

<b>C</b>	Рекомендовано патолого-анатомическое исследование материала плаценты (хориона) при вакуум-аспирации содержимого полости матки или при получении ткани хориона/плаценты в результате выкидыша с целью подтверждения факта беременности и/или исключения трофобластической болезни
----------	--

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

**Дифференциальная диагностика**

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Клинические обследования	Критерии исключения диагноза
<b>Внематочная беременность</b>	Симптомы: задержка менструации, боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей. Положительный тест на ХГЧ	Бимануальное влагалищное исследование: матка меньше нормы принятой на данный срок беременности, определение тестоватой консистенции образования в области придатков.	УЗИ: в полости матки отсутствует плодное яйцо, возможна визуализация плодного яйца, эмбриона вне полости матки, может определяться свободная жидкость в брюшной полости.
<b>Нарушение менструального цикла</b>	Симптомы: задержка менструации, кровянистые выделения из половых путей.	В зеркалах и бимануальное исследование: матка нормальных размеров, шейка матки закрыта.	Тест на ХГЧ – отрицательный. УЗИ: не определяется плодное яйцо.

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

**Лечение.**

## Немедикаментозные методы лечения

Лечебно-охранительный режим с включением постельного режима не рекомендуется использовать в клинической практике ввиду увеличения ненужного дискомфорта пациентки. В настоящее время нет убедительных данных о том, что соблюдение постельного режима предотвращает потерю беременности. Вместе с тем, отказ от физических нагрузок и половой жизни в условиях УВ позволяет создать необходимые условия для пролонгирования жизнеспособной беременности.

**Выжидательная тактика** возможна при *угрожающих и начавшихся* выкидышах в первом триместре беременности, когда нет клинически значимого (умеренного, обильного) маточного кровотечения, признаков инфекции, чрезмерного болевого синдрома, нарушений гемодинамики.

## Медикаментозные методы лечения

Медикаментозная терапия возможна в двух вариантах, в зависимости от цели:

1. Пролонгирование беременности (угрожающий или начавшийся выкидыш).
2. Медикаментозное завершение беременности (неразвивающаяся беременность).

С	При угрожающем выкидыше терапия прогестагенами снижает риск выкидыша по сравнению с плацебо и представляется безопасной.
---	--

Профиль безопасности микронизированного прогестерона и дидрогестерона в рекомендованных дозах на ранних сроках беременности является благоприятным: отсутствуют свидетельства увеличения частоты нежелательных явлений со стороны беременной и плода по сравнению с отсутствием терапии/плацебо, или при непосредственном сравнении этих препаратов [3,9,10].

Согласно рекомендациям NICE (2021) прогестерон рекомендован пациенткам с УВ на ранних сроках беременности с наличием 1 и более выкидыша в анамнезе.

Для купирования болевых ощущений с целью уменьшения спазмов гладкой мускулатуры пациентке с УВ может быть рекомендовано назначение спазмолитических средств (дротаверина) согласно инструкции к препарату [10].

Начавшийся выкидыш является показанием для госпитализации в гинекологическое отделение.

С	Пациентке с начавшимся выкидышем при наличии обильных кровяных выделений из влагалища рекомендовано назначить транексамовую кислоту по схеме согласно инструкции к препарату с целью остановки кровотечения
---	---

Назначение прогестагенов пациенткам с вагинальным кровотечением может рассматриваться после подтверждения на УЗИ жизнеспособной маточной беременности [3].

А	Пациентке с инфицированным выкидышем в условиях стационара рекомендовано назначить антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия с целью лечения инфекционно-воспалительного процесса
---	---

А	При неполном выкидыше на сроке < 14 недель в качестве медикаментозного ведения может быть рекомендовано назначение мизопростола.
---	--

Для медикаментозного ведения неполного аборта на сроке < 14 недель рекомендуется введение мизопростола в дозе 600 мкг перорально или мизопростола в дозе 400 мкг сублингвально [1].

<b>С</b>	При неразвивающейся беременности на сроке < 14 недель при интактных плодных оболочках и закрытой ШМ с целью опорожнения полости матки предпочтительно назначение мифепристона, а затем мизопростола.
----------	--

<b>В</b>	Рекомендовано назначить нестероидные противовоспалительные препараты пациенткам с медикаментозным прерыванием неразвивающейся беременности с целью купирования болевого синдрома и достижения противовоспалительного эффекта
----------	--

<b>В</b>	Пациенткам с неполным выкидышем или неразвивающейся беременностью, которым выполняется хирургическое лечение, рекомендована антибиотикопрофилактика с целью предотвращения инфекционно-воспалительных осложнений
----------	--

Доказано, что однократное введение нитроимидазолов, тетрациклинов или пенициллинов эффективно при использовании в качестве профилактических антибиотиков при хирургических процедурах.

<b>В</b>	Рекомендовано назначить 5 МЕ окситоцина внутривенно или внутримышечно после хирургического удаления плодного яйца с целью уменьшения объема кровопотери
----------	---

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

### Хирургические методы лечения

Хирургическое лечение служит методом выбора при неполном выкидыше и обусловленном им кровотечении, а также при инфицированном выкидыше. Оно позволяет удалить остатки хориальной или плацентарной ткани, остановить кровотечение, при инфицированном выкидыше эвакуировать ткани, пораженные воспалительным процессом. Хирургическое вмешательство также может быть предпочтительным в ситуациях, когда имеются сопутствующие заболевания (тяжелая анемия, продолжающееся кровотечение, расстройства гемодинамики и др.) [2].

<b>А</b>	При неполном выкидыше на сроке < 14 недель в качестве хирургического метода лечения рекомендована вакуум-аспирация.
----------	---

Вакуум-аспирация является предпочтительной по сравнению с выскабливанием полости матки, так как характеризуется меньшей травматичностью, меньшей кровопотерей, меньшей интенсивностью боли и меньшей продолжительностью процедуры. Выскабливание полости матки проводится только при невозможности вакуум-аспирации [10].

<b>А</b>	Рекомендована вакуум-аспирация содержимого полости матки или выскабливание полости матки пациенткам с инфицированным выкидышем с целью удаления тканей, пораженных воспалительным процессом
----------	---

Рутинное использование металлической кюретки после вакуумной аспирации не требуется. Использование окситоцина в момент кюретажа также ассоциируется с меньшим объемом кровопотери.

<b>С</b>	Рекомендовано применение методов общей анестезии (преимущественно – внутривенной анестезии) для адекватного анестезиологического обеспечения при хирургическом лечении неразвивающейся беременности, неполного выкидыша и инфицированного выкидыша
----------	--

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

### Профилактика

Методов специфической профилактики самопроизвольного выкидыша не существует. Пациентки должны быть проинформированы о необходимости своевременного обращения к врачу во время беременности при появлении болей внизу живота и кровянистых выделений из половых путей.

## Организация медицинской помощи

Показаниями для госпитализации в стационар являются:

- Угрожающий выкидыш;
- Выкидыш в ходу, сопровождающийся кровотечением;
- Неполный выкидыш, сопровождающийся кровотечением;
- Инфицированный выкидыш;
- Кровотечение из половых путей, сопровождающееся нестабильной гемодинамикой.

Перед проведением хирургического лечения (вакуум-аспирация, кюретаж полости матки) следует получить информированное согласие пациентки на планируемый объем операции.

Перед операцией с пациенткой должны быть обсуждены следующие вопросы:

- Что в себя включает предстоящая операция;
- Цель оперативного вмешательства;
- Преимущества метода и потенциальные риски.

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

## Критерии оценки качества медицинской помощи:

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
2.	Проведено определение ХГЧ в сыворотке крови (свободная β-субъединица)	Да/Нет
3.	Назначена медикаментозная терапия боли при ее наличии	Да/Нет
4.	Назначено медикаментозное лечение УВ в полном объеме	Да/Нет
5.	Выполнено медикаментозное завершение беременности (неполный выкидыш, неразвивающаяся беременность)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение неполного выкидыша или инфицированного выкидыша	Да/Нет
7.	Проведена антибиотикопрофилактика после хирургического вмешательства с целью предотвращения инфекционно-воспалительных осложнений	Да/Нет

## Список литературы

1. Abortion care guideline: executive summary. WHO, 2022
2. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol.* 2018; 132(5):e197–207.
3. Chinese Association of Reproductive Medicine. Standards and Specifications Clinical practice guidelines for progesterone in pregnancy maintenance and luteal phase support. *Chin J Reprod Contracep* 2021;41(2):95–105
4. ESHRE Recurrent Pregnancy Loss Guideline (update 2022).
5. Kim C., Barnard S., Neilson J.P., Hickey M., Vazquez J.C., Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane database Syst Rev.* 2017; 1:CD007223.
6. Management of early pregnancy miscarriage. Clinical practice guideline. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of

- Strategy and Clinical Programmes, Health Service Executive. April 2012, Guidel. 2014; :22p.
7. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE Guidel [www.nice.org.uk/guidance/ng126](http://www.nice.org.uk/guidance/ng126). 2019; .
  8. Queensland Clinical Guideline: Early Pregnancy Loss. 2017. 39p p.
  9. Wahabi HA, Fayed AA, Esmail SA, Bahkali KH Progesterone for treating threatened miscarriage (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD005943. DOI: 10.1002/14651858.CD005943.pub5.
  10. Выкидыш. Клинические рекомендации РОАГ. ID670 [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/670\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/670_1)

### Методология разработки протокола.

Национальный клинический протокол разработан в соответствии с требованиями Постановления Министерства здравоохранения республики Узбекистан и Национальной палаты инновационного здравоохранения Республики Узбекистан № 59 от 23 декабря 2019 г., приказа Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №317 от 2 декабря 2022 г., письма-указания Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №03-34/25816 от 3 ноября 2023 г.

В разработке протокола принимали участие специалисты акушеры-гинекологи ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка» и его региональных филиалов, Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, Республиканского перинатального центра.

Создание данного протокола продиктовано медицинской значимостью проблемы, различиями в подходах в медицинской практике, существованием большого количества современных источников доказательств эффективности вмешательств.

**Конфликт интересов:** перед началом работы по созданию данного протокола все члены рабочей группы заполнили письменное Уведомление о конфликте интересов. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для применения в клинической практике по теме данного протокола.

**Вовлечение заинтересованных сторон:** при разработке руководящих принципов протокола и рекомендаций запрошены и учтены мнения целевой группы населения (пациентов и членов их семей), включая медицинские (польза для здоровья, побочные эффекты и риски вмешательств), этические, культурные, религиозные аспекты. Запрос мнений осуществлялся путем неформального интервью женщин в профильных отделениях ГУ РСНПМЦЗМиР.

**Сбор, обобщение и критическая оценка доказательств.**

**Методы, использованные для сбора доказательств:** поиск в электронных базах данных, библиотечные ресурсы. В качестве основных источников информации использовались клинические руководства медицинских сообществ и других профильных организаций разных стран на английском и русском языках за период 2013-2023 гг, приоритетными при разработке протокола явились данные последних 5 лет (с 2018 г.). В процессе разработки протокола не использовались учебники и монографии как источники с низким качеством доказательств или отсутствием таковых. Систематический поиск основных источников данных включал следующие базы данных:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS)
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - <https://roag-portal.ru>

В качестве исходного документа для заимствования и адаптации рекомендаций использовались несколько клинических руководств из разных стран.

В случаях, когда в найденных и оцененных клинических руководствах отсутствовали требуемые рекомендации или они были описаны недостаточно/неполно, не подкреплялись доказатель-

ствами, противоречили друг другу, были неприменимы в местных условиях или устарели проводился дополнительный поиск рандомизированных контролируемых испытаний, систематических обзоров, мета-анализов, когортных исследований в базах данных: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> и др.

Проведена критическая оценка качества найденных источников с учетом современности клинических руководств, методологии их разработки, ранжирования рекомендаций по уровням достоверности доказательств и убедительности/силы, применимости к местным условиям оказания медицинской помощи.

**Описание методов для формулирования рекомендаций.** Окончательные рекомендации протокола формулировались путем заимствования части рекомендаций из нескольких клинических руководств в изначальной редакции без изменений, адаптации части рекомендаций клинических руководств к местным условиям, разработки рекомендаций на основе дополнительного поиска литературы. Рекомендации с низким качеством доказательств и не применимые в местных условиях исключались. Заимствованные из клинических руководств рекомендации принимались с тем уровнем доказательности, с каким они были опубликованы изначально. В случае, если авторами зарубежных клинических руководств использовались другие шкалы уровней доказательности, то они (если это возможно) переводились в систему GRADE. В случаях, когда встречались одинаковые рекомендации в разных клинических руководствах, но с разным уровнем доказательности, рабочая группа включала в протокол ту рекомендацию, которая была сформулирована на основе более убедительных научных данных.

Протокол документально рецензирован внутренними и внешними экспертами. В случае, если доказательная база рекомендаций была более весома, чем мнение рецензента/эксперта, или более приемлема для применения в условиях целевого звена здравоохранения, члены рабочей группы, оставляли за собой право отклонить предложения рецензентов.

При формировании окончательной редакции протокола проект протокола был представлен для обсуждения широкому кругу специалистов из числа профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директора региональных филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместители), врачей региональных учреждений системы родовспоможения. Проект протокола для обсуждения был доступен на официальном сайте ГУ РСНПМЦЗМиР (<https://www.akusherstvo.uz/>) и телеграмм-канале. Отзывы принимались по электронной почте с заполнением стандартного Листа отзывов. Заключительное обсуждение проекта протокола и формирование окончательной его редакции проводилось в онлайн формате с участием рабочей группы, рецензентов, эксперта ВОЗ и широкого круга заинтересованных специалистов путем достижения неформального консенсуса.

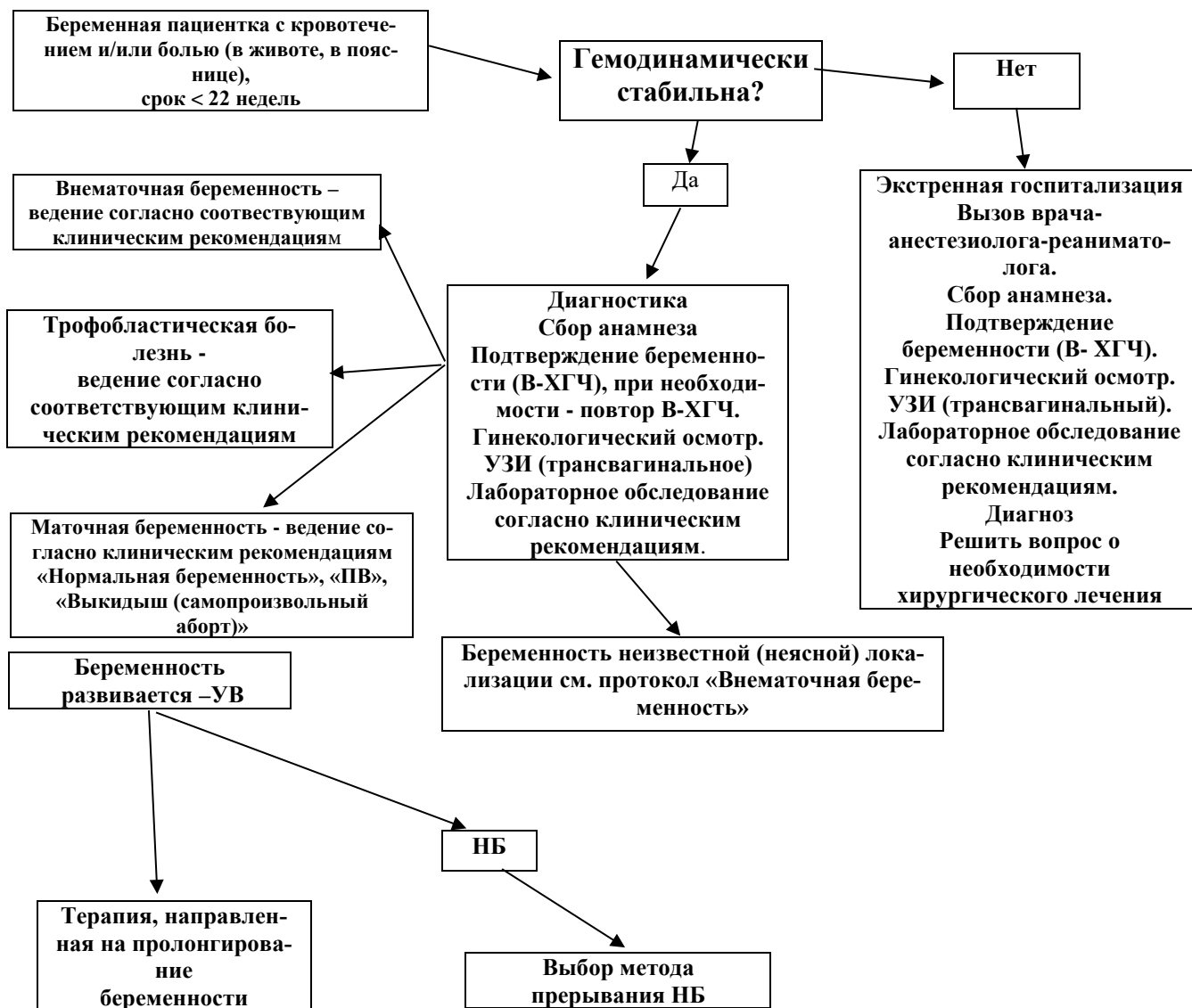
Финансовая поддержка при разработке данного протокола оказана Представительством ВОЗ в Узбекистане и Представительством Фонда ООН в области народонаселения в Узбекистане (ЮНФПА/UNFPA). Внешнее финансирование включало методологическую поддержку в виде обеспечения внешней оценки документа экспертами ВОЗ на всех этапах его разработки и техническую поддержку в виде перевода протокола на узбекский язык и его тиражирования. Мнения и интересы финансирующих органов не повлияли на окончательные рекомендации протокола.

В рекомендациях данного клинического протокола все сведения ранжированы по уровню убедительности рекомендаций (УУР) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств):**

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

Алгоритм действий врача при предполагаемой ранней потере беременности



### Схемы назначения гестагенов при угрожающем выкидыше:

**Дидрогестерон:** 4 таблетки (40 мг) однократно, затем по 1 таблетке (10 мг) через каждые 8 часов до исчезновения симптомов. Лечение продолжать в течение 1-й недели после исчезновения симптомов; затем дозу снижать.

**Микронизированный прогестерон:** по 100-200 мг 2 раза в сутки до 12 недели гестации. Вагинальный путь введения является предпочтительным, однако у пациенток с УВ возможно также пероральное применение.

### Методика медикаментозного прерывания НБ (ВОЗ, 2022г)

При неразвивающейся беременности на сроке < 14 недель, для лиц, предпочитающих медикаментозное ведение:

**Рекомендуется** использование мифепристона в комбинации с мизопростолом, а не только мизопростола.

**Рекомендованная схема:** мифепристон в дозе 200 мг перорально, после чего мизопростол в дозе 800 мкг любым путем введения (транsbуккально, вагинально или сублингвально).\*

**Альтернативная схема:** мизопростол в дозе 800 мкг любым путем введения (транsbуккально, вагинально или сублингвально). Если нет ответа на первую дозу, может вводиться еще одна повторная доза, но не ранее чем через 3 часа после первой дозы и не позднее 7 дней (оптимально - через 48 часов)

Мизопростол может вызывать лихорадку в течение 24 часов после введения, что не должно быть истолковано, как признак инфекции. В течение двух-шести часов после введения мизопростола, как правило, возникают сильные схватки и кровотечение

#### **Комментарии:**

Решение касательно способа ведения неразвивающейся беременности (выжидательного, медикаментозного или хирургического) должно основываться на клиническом состоянии женщины и ее предпочтений касательно лечения.

Можно предложить вариант выжидательного ведения, при условии, что пациентка информирована о более длительном процессе экспульсии эмбриональных тканей и повышенном риске неполного опорожнения матки.

С эмбриональными тканями следует обращаться так же, как и с другими биологическими материалами, если женщина не выражает желания распорядиться ими другим способом.

\* Минимальный рекомендуемый интервал между приемом мифепристона и мизопростола должен составлять 24 часа.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**Медицинское вмешательство** – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

1. Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу

\_\_\_\_\_, даю  
(адрес места жительства (пребывания) пациента либо его законного представителя)

информированное согласие на предстоящее медицинское вмешательство в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского учреждения)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены возможные методы и варианты предстоящих медицинских вмешательств, их последствия, необходимость, цель и ожидаемые результаты предстоящего обследования, диагностики и/или лечения, в том числе вероятность развития осложнений, а также последствия отказа от медицинского вмешательства.

3. Я проинформирован, что точно предсказать результат и исход медицинского вмешательства невозможно. Я понимаю, что любое лечение или операция сопряжены с риском для жизни и могут привести к временной или постоянной, частичной или полной нетрудоспособности. Никакие гарантии относительно результатов медицинского вмешательства не предоставляются.

4. Я понимаю, что в процессе диагностических, лечебных и иных вариантов медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных операций или процедур). В таких ситуациях ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

5. Я знаю, что в целях максимальной эффективности предстоящего медицинского вмешательства я обязан поставить врача в известность о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, употреблении алкоголя, наркотических или токсических препаратов.

6. Я понимаю, что при проведении хирургического вмешательства возможна потеря крови и может возникнуть необходимость в переливании донорской крови или ее компонентов, на что я даю добровольное согласие. Я получил разъяснения от лечащего врача о цели переливания крови или ее компонентов, необходимости переливания, характере и особенностях процедуры, возможных последствиях, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от переливания крови и ее компонентов.

7. Я согласен на запись моего лечебно-диагностического процесса на любые информационные носители, с использованием любых технических средств, а также на взятие у меня в диагностических и лечебных целях образцов биологических материалов, в том числе клеток, тканей, биологических жидкостей.

8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа.

9. Я разрешаю предоставлять информацию о моей болезни, прогнозе и лечении только:

---

---

---

(доверенные лица)

11. Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, о чем свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г.