

StatusPraesens

# МЕД ПОЛИТ

Для библиографических ссылок

• Оленев А.С., Латышкевич О.А., Иванов А.В. Прерывание беременности по показаниям со стороны плода: клинические, этические и правовые аспекты // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2026. — №1 (132). — С. 21–28.

# без права на ошибку

Прерывание беременности по показаниям со стороны плода:  
клинические, этические и правовые аспекты



**Авторы:** Антон Сергеевич **Оленев**, докт. мед. наук, главный внештатный специалист по акушерству Депздрава г. Москвы, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ №31 им. Г.М. Савельевой, зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета Медицинского университета МГИМО-МЕД, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии МИ РУДН им. Патриса Лумумбы; Олег Александрович **Латышев**, канд. мед. наук, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью Депздрава г. Москвы, доц. кафедры акушерства и гинекологии им. Г.М. Савельевой ИМД РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Александр Васильевич **Иванов**, директор по развитию ГК StatusPraesens, руководитель Комиссии по правовым аспектам медицинской деятельности МАРС (Москва)

«Предупредить болезнь легче, чем её лечить» — фразу, приписываемую Гиппократу, мы давно привыкли считать аксиомой, не требующей доказательств. Но всегда ли это действительно так? Насколько просто принять «превентивное» решение, когда речь идёт о **пороках развития плода, несовместимых с жизнью** или приводящих к стойкой утрате функций организма будущего ребёнка? Какая роль отведена в такой ситуации врачам? Что они могут, что должны и чего не вправе делать?

**Р**оссийское здравоохранение демонстрирует серьёзные **успехи в снижении младенческой смертности**: по словам министра здравоохранения РФ М.А. Мурашко, в декабре 2025 года этот показатель составил **3,6‰**, а в 15 регионах-лидерах — менее **2,5‰**<sup>1</sup>. И хотя **врождённые аномалии, деформации и хромосомные нарушения** занимают **второе место** в структуре её причин, их доля медленно, но умень-

шается (за 10 лет — с 21,1 до 19,4%)<sup>2</sup>. Положительную динамику демонстрирует и численность впервые признанных **инвалидами** детей с такими состояниями (9860 человек в 2024 году против 14 969 в 2014 году)<sup>3</sup>.

Современные методы диагностики позволяют **верифицировать пороки** развития плода (ПРП) и хромосомные аномалии (ХА) задолго **до рождения**, что создаёт условия для применения

[ Современные методы диагностики позволяют верифицировать ПРП и ХА задолго до рождения, что делает возможными применение методов фетальной хирургии и правильную маршрутизацию беременной. ]

## Хотели как лучше...

Термином «евгеника», означающим в переводе с древнегреческого «породистость», мы обязаны двоюродному брату Чарльза Дарвина (Charles Darwin) — Фрэнсису Гальтону (Francis Galton). Вундеркинд, научившийся читать в 2 года и с 5 лет знакомый с латынью и древнегреческим, вырос в эрудита, занимавшегося метеорологией, статистикой, биологией, психологией, криминалистикой и даже географией<sup>9</sup>. В 1859 году вышла книга Ч. Дарвина «Происхождение видов», и Ф. Гальтон увлёкся изучением наследственности у животных и у людей — с целью улучшения их качеств.

После работ «Наследственный талант и характер» (1865) и «Наследование таланта» (1869) в 1883 году был опубликован его труд «Исследование человеческих способностей и их развития», где был впервые использован термин «евгеника». Ф. Гальтон определял её как науку о выведении новой породы, наделённой благородными качествами, в равной степени применимой к людям, животным и растениям.

Идея о денежном поощрении ранних браков между детьми из семей, обладающих интеллектуальными и физическими достоинствами (для получения «качественного» потомства), несколько шокировала современников, однако Ф. Гальтон просто не обращал на это внимания — исследования, которые сегодня назвали бы «троллингом», учёный проводил и ранее. Так, в 1872 году он опубликовал результаты изучения эффективности молитв: был сделан вывод, что продолжительность жизни от них не увеличивается, а тяжесть болезни уменьшается<sup>10</sup>.

Но вернёмся к евгенике. После публикации работ Ф. Гальтона сторонников улучшения людей становилось всё больше, и на стыке веков **евгенические общества** возникали по всему миру. В фокусе внимания находились антиподы «идеального» человека — душевнобольные, асоциальные индивидуумы и т.п. Как подчёркивал основатель учения, «евгеника ни в коем случае не ограничивается вопросом о правильном спаривании... но главным образом... изучает все влияния, которые улучшают расу, и эти влияния стремятся усилить, а также все влияния, ухудшающие расу, и их стремится ослабить»<sup>11</sup>.

Поначалу способы «улучшения человеческой породы» выглядели скорее курьёзными, нежели зловещими: один из основателей советской генетической школы, проф. Ю.А. Филипченко предлагал «поощрение размножения интеллигенции»<sup>12</sup>, а известный врач Л.М. Василевский считал, что «евгенист может мириться с вступлением в брак мужчины не моложе 20 и женщины не моложе 18 лет»<sup>7</sup>. Однако уже в начале XX века в разных странах начали принимать законы, допускавшие сначала добровольную, а потом и принудительную стерилизацию лиц, считавшихся «неполноценными». Затем в нацистской Германии перешли к **системному физическому уничтожению** «загрязняющих расу» (исходя из таких критериев, как «неизлечимое заболевание», «наследственная предрасположенность», «асоциальность» и «расовая принадлежность»)<sup>13</sup>. Программы ликвидации предполагали участие в них врачей, часто решавших судьбу человека после беглого просмотра истории болезни. Открывшиеся после Второй мировой войны подробности и масштабы — число жертв исчислялось сотнями тысяч — привели многих исполнителей на скамью подсудимых, а евгенику — к отторжению обществом.

[ При неутешительном для плода прогнозе дело врачей — помочь женщине сделать самостоятельный осознанный выбор и, если она решит прервать беременность, выполнить медицинское вмешательство. ]

методов **фетальной хирургии** или **маршрутизации беременной** в акушерский стационар, имеющий возможности для оказания новорождённому всей необходимой помощи. Однако бывает и по-другому, когда **прогноз для жизни ребёнка неутешителен**. Как тогда должен поступать акушер-гинеколог, если в методических рекомендациях Минздрава РФ написано, что в таких случаях ему **запрещено рекомендовать прервать беременность** или излагать своё субъективное видение перспектив жизни семьи<sup>4</sup>?

Выступая на заседании Совета по реализации государственной демографической и семейной политики в октябре 2025 года, президент России сказал чрезвычайно важную вещь: «В этой сфере не может и не должно быть **никакого давления**. Решение о рождении ребёнка, безусловно, частное, **личное дело каждого** человека, каждой семьи»<sup>5</sup>. Дело врачей — помочь женщине сделать **самостоятельный осознанный выбор** и, если она решит прервать беременность, выполнить медицинское вмешательство *lege artis* — строго соблюдая технологию.

## Первые попытки

В древности задача предугадать рождение нежизнеспособного или неизлечимо больного ребёнка была невыполнимой — **решение** о его судьбе принимали только **после появления на свет**, исходя из явных внешних признаков. Всем нам хорошо известен миф о спартамцах, сбрасывавших слабых младенцев со скалы (против которого, впрочем, возражают современные исследователи<sup>6</sup>). Однако даже тогда подобный подход не был единодушным: Платон ссылался на Асклепия, говоря, что лечить нужно только сильных и крепких, тогда как Пифагор считал, что люди должны нести бремя **ухода за калеками**<sup>7</sup>.

Важной вехой стало понимание **законов наследственности**: ещё Гиппократ подметил, что «от флегматика родился флегматик, от желчного — желчный, от чахоточного — чахоточный»<sup>8</sup>. Тем не менее попытки **предотвратить передачу болезни потомству** получили распространение только в «новое время». До этого церковь препятствовала лишь близкородственным бракам, в которых видели грех кровосмешения.

Наглядной иллюстрацией сказанному можно считать указ Петра I от 6 апреля 1722 года «О свидетельствовании дураков в Сенате», гласивший: «Которые ни в науку, ни в службу не годились, и впредь не годятся, отнюдь жениться и замуж итить не допускать...»<sup>14</sup> К уже родившемуся большому государю предписывал относиться гуманно: «о подтверждении повивальным бабкам, под смертною казнию, чтобы они **младенцев, рождённых уродами, не убивали**», «а объявляли о них священникам...»<sup>15</sup>.

И всё же профилактика рождения детей с аномалиями развития была непоследовательна и хаотична. Так продолжалось до середины XIX века, когда появилось научное направление под названием «евгеника», получившее поначалу широкую поддержку в разных странах.

## Прогресс не остановить

Разочарование в евгенике и подобных способах «профилактики» побудило к **поиску методов антенатальной диагностики** и максимальному **щадящим вариантам прерывания беременности** с неблагоприятным прогнозом для жизни будущего ребёнка.

До 1970-х годов **показаниями для искусственного аборта** со стороны плода были не конкретные аномалии, а лишь **риск заболеваний, передающихся по наследству**, большинство из которых не грозили смертью сразу после рождения (гемофилия, идиотия, генуинная эпилепсия, тяжкие формы шизофрении или маниакально-депрессивного психоза, болезни глаз, ведущие к слепоте, глухонмота, прогрессирующая мышечная атрофия, атаксия и т.д.)<sup>16</sup>. **Был ли большим плод, изгнанный из матки, не знал никто**. Полной неожиданностью становилось и появление детей с тотальной гипоплазией лёгких вследствие диафрагмальной грыжи, погибавших после пересечения пуповины.

Первые попытки визуализации плода были предприняты с появлением **рентгеновских снимков**<sup>17</sup>. Качество изображений оставляло желать лучшего, но определённые успехи всё же были: в 1917 году американский хирург

Джеймс Томас Кейс (James Thomas Case) опубликовал сообщение о случае **антенатальной диагностики анэнцефалии**, подтверждённой после родов<sup>18</sup>. Дальнейшему развитию метода помешало несколько обстоятельств: во-первых, в приемлемом качестве костные структуры плода визуализировались лишь **в III триместре**, а во-вторых, стало известно о **небезопасности** рентгеновского излучения.

[ Применение вспомогательных репродуктивных технологий существенно снижает риск наступления беременности плодом с ХА при использовании преимплантационной генетической диагностики. ]

Следующим шагом стали попытки рассмотреть эмбрион с помощью **гистероскопа**: публикация Бьёрна Вестина (Björn Westin) на эту тему появилась в журнале Lancet в 1954 году<sup>19</sup>. Через некоторое время наблюдения стали сочетать с некоторыми другими процедурами — сначала с диагностическими (биопсия хориона), а в дальнейшем и с хирургическими<sup>20,21</sup>. Но для популяционного скрининга метод этот не годился — из-за высокой стоимости, сложности и **потенциальных рисков**<sup>22</sup>.

Впечатляющую эволюцию проделал метод **гиперфонографии**, известный нам сегодня как **УЗИ**. В медицине его впервые применили братья Карл и Фридрих Дуссики (Karl Dussik, Friedrich Dussik) в 1948 году — для визуализации желудочков головного мозга<sup>23</sup>. Уже в 1958 году шотландский врач Иан Дональд (Ian Donald) представил **изображение 14-недельного эмбриона**<sup>24</sup>.

Всего за пару десятилетий технический прогресс превратил огромный прибор (более двух метров в высоту!) в компактный аппарат, позволяющий выполнять **трансвагинальные исследования**; с каждым годом повышались его **разрешающая способность** и, как результат, **качество изображения**. Всё это в сочетании с неинвазивностью, невысокой себестоимостью и комфортностью для пациентки вывело **УЗИ** на позицию **основного метода раннего выявления аномалий** развития плода. Инвазивным методам (фетоскопии, амниоцентезу,

биопсии хориона) осталась роль подтверждения ПРП.

**Амниоцентез** проложил путь к генетической диагностике: околоплодные воды содержали фетальные клетки, в которых изначально определяли лишь половые хромосомы (для диагностики заболеваний, сцепленных с полом). В 1966 году Марк Стил (Mark Steele) и Рой Брег (Roy Breg) опубликовали в журнале Lancet статью о карiotипировании кле-

ток плода, позволившем определять носителей трисомий — синдромов Дауна, Эдвардса и др.<sup>25</sup> Уже в следующем году появилось сообщение о **прерывании беременности после получения данных о ХА** плода<sup>26</sup>.

**Биопсия хориона**, позволившая проводить диагностику в I триместре, была дополнена **неинвазивным пренатальным тестом (НИПТ)**, основанным на анализе внеклеточной ДНК плода, циркулирующей в крови беременной. Технологии продолжают развиваться — в 2026 году появилась публикация о возможностях НИПТ для диагностики спинальной мышечной атрофии<sup>27</sup>. Применение вспомогательных репродуктивных технологий существенно снижает риск наступления беременности плодом с ХА при использовании **преимплантационной генетической диагностики**.

## Сегодняшние алгоритмы

В нашей стране **ключевые положения**, касающиеся искусственного аборта, регламентирует **Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»** (далее — Закон №323-ФЗ), приказы Минздрава РФ и клинические рекомендации (КР) «Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода и антенатальной гибели плода»<sup>28</sup>.

КР лишь конкретизируют отдельные моменты, связанные с подготовкой и выполнением вмешательства, а также с реабилитацией пациентки. Существуют также региональные нормативные правовые акты, регулирующие организацию пренатальной диагностики (например, приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 30 декабря 2025 года №1418).

Согласно ст. 56 Закона №323-ФЗ, искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям возможно на любом сроке беременности. Перечень таких показаний был утверждён приказом Минздрава России №736 ещё в 2007 году<sup>29</sup>; в отношении врождённых аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений сказано, что «вопрос о прерывании беременности решается индивидуально консилиумом врачей» (единственное исключение — ХА, подтверждённые кариотипированием плода, для которых консилиум в сроке до 22 нед не упомянут).

Отметим, что в марте 2025 года на федеральном портале проектов нормативных правовых актов был размещён проект нового перечня (ID 155512)<sup>30</sup>, в который включён код МКБ-10 O35 «Медицинская помощь матери при аномальных или предполагаемых аномалиях и повреждении плода» с примечанием «в ситуациях, когда существует высокая вероятность серьёзных угроз для жизни и здоровья новорождённого». Согласно пояснительной записке, поскольку речь идёт о состояниях с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребёнка после рождения, «принятие приказа... не может повлечь дополнительные риски, связанные с ростом детской инвалидности и увеличением числа брошенных детей».

Общий алгоритм действий прописан в Порядке оказания акушерско-гинекологической помощи, вступившем в силу в январе 2026 года (Порядок 747н)<sup>31</sup>. Исключить или заподозрить ПРП или ХА — задача пренатального скрининга, который проводят трижды (с 11 по

[ В конце XX века УЗИ стало основным методом раннего выявления аномалий развития плода. Инвазивным методам (фетоскопии, амниоцентезу, биопсии хориона) осталась роль подтверждения ПРП. ]

13 нед 6 дней, с 18 по 20 нед 6 дней и с 34 по 35 нед 6 дней). Если при скрининговом УЗИ I триместра ПРП не выявлен, но расчётный индивидуальный риск рождения ребёнка с ХА оценивается как высокий (1:100 и выше) или средний (от 1:101 до 1:1000), то беременной показано выполнение НИПТ (исключение — наличие более двух плодов при многоплодии). Кроме того, пациенток из группы высокого риска направляют в отделение антенатальной охраны плода медорганизации III уровня на повторное скрининговое УЗИ I триместра и перерасчёт индивидуального риска.

Если высокий риск рождения ребёнка с ХА подтверждён результатами повторного скринингового УЗИ I триместра либо УЗИ II триместра либо НИПТ, а также при ПРП (выявленных при УЗИ) или при повышенном риске моногенной и (или) ХА у плода по данным анамнеза, должна быть проведена инвазивная диагностика: биопсия хориона или плаценты, амнио- или кордоцентез. Показания к выполнению этих вмешательств совместно определяют врач-генетик и акушер-гинеколог КДО перинатального центра (ПЦ), медико-генетической консультации (центра) или АДКЦ.

При подтверждении подозрений лечащий врач направляет беременную в ПЦ на перинатальный консилиум, который проводят не позднее 7 календарных дней со дня установления диагноза. Руководит консилиумом зам. главного врача ПЦ; к участию в работе, помимо акушера-гинеколога, привлекают (в том числе с помощью телемедицинских технологий) специалистов по профилю заболевания или состояния плода, неонатолога, генетика, врача УзД. Кроме того, могут быть при-

глашены специалист по социальной работе (для информирования женщины о мерах социальной поддержки и ранней помощи) и юрист (для консультирования по правовым вопросам). Порядок 747н не требует обязательного присутствия медицинского психолога, однако мы считаем психологическое сопровождение таких пациенток необходимым. В КР указано, что по желанию беременной её может сопровождать супруг или партнёр.

Главная цель перинатального консилиума — определение дальнейшей тактики, исходя из прогноза для жизни и здоровья плода, а также возможности коррекции выявленного заболевания (состояния). Согласно Порядку 747н, консилиум руководствуется следующим:

- если возможна внутриутробная хирургическая коррекция ПРП, беременную направляют в медорганизацию, оказывающую соответствующую медицинскую помощь;
- если новорождённому потребуются плановая хирургическая помощь в раннем неонатальном периоде, беременную маршрутизируют для родоразрешения в медорганизацию, имеющую лицензию на работы (услуги) по детской хирургии (или сердечно-сосудистой хирургии), в структуре которой создан ПЦ;
- если новорождённому потребуются экстренное хирургическое вмешательство, беременную направляют на родоразрешение в ПЦ, в котором возможно оказание такой помощи (в том числе с привлечением специалистов из других медорганизаций), или в ПЦ, имеющий в своей структуре отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых с экспресс-лабораторией и оснащённый автомобилем скорой медицинской помощи класса «С» для медицинской эвакуации ребёнка в медорганизацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «детская хирургия» (или «сердечно-сосудистая хирургия»).

[ При неблагоприятном прогнозе для жизни ребёнка, а также при аномалиях, приводящих к стойкой потере функций организма, беременная принимает решение о сохранении или прерывании беременности. ]

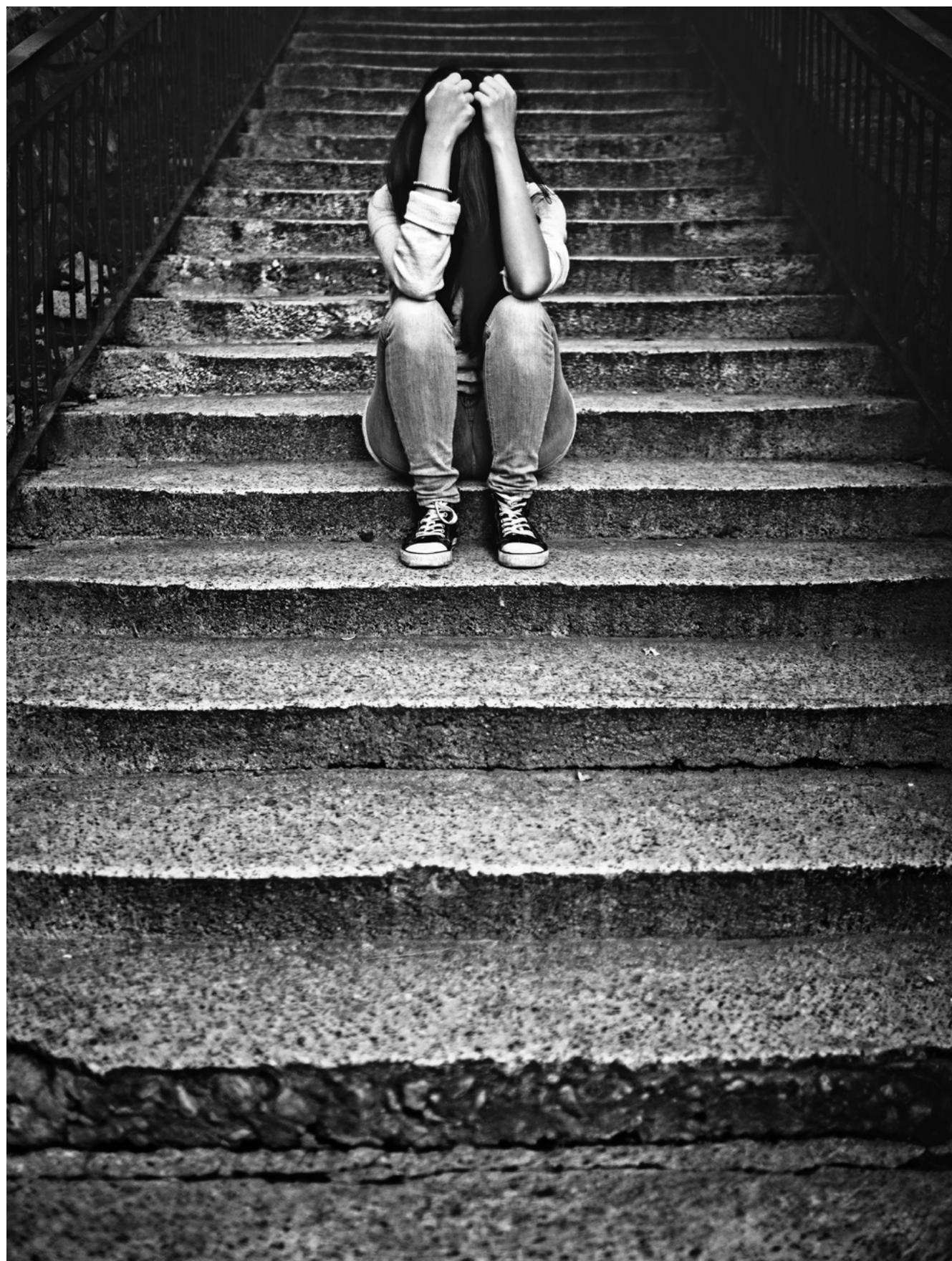


Таблица 1. Организационная модель процедуры элиминации плода (фетоцида)

Ответственный	Действие
<p>Врач акушер-гинеколог (лечащий врач отделения патологии беременности)</p>	<p><b>Первичный осмотр, назначение 10% р-ра калия хлорида</b> внутривенно (указать «плоду при элиминации») в дозировке в зависимости от срока беременности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• менее 14 нед — 0,75–3 мл;</li> <li>• 14–28 нед — 4,5–15 мл;</li> <li>• более 28 нед — 7,5–15 мл.</li> </ul> <p><b>Антибиотикопрофилактика:</b> цефалоспорины 1-го поколения. При селективном фетоциде: цефазолин 2 г за 30 мин до манипуляции*.</p> <p><b>Оформление:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ИДС на медицинское вмешательство по проведению искусственного прерывания беременности.</li> <li>• ИДС на выполнение элиминации плода.</li> <li>• ИДС на применение терапии препаратом «вне инструкции» (off-label).</li> </ul> <p>Оповещение и организация операционной бригады в составе лечащего врача акушера-гинеколога, врача анестезиолога-реаниматолога, анестезистки, врача УЗИ, операционной медицинской сестры, санитарки.</p> <p>Экипировка всех членов бригады.</p> <p>Хирургическая обработка рук (врач УЗИ, врач акушер-гинеколог, операционная сестра).</p> <p>Обработка операционного поля.</p> <p>В асептических условиях и под постоянным ультразвуковым контролем в вену пуповины вводится фентанил с целью обезболивания плода (в расчётной дозе 10 мкг/кг).</p> <p>После аспирации крови плода для подтверждения правильности установки иглы в желудочек сердца плода вводится 10% р-р калия хлорида. Если остановка сердечной деятельности не произошла, рекомендовано повторное введение калия хлорида через 30–60 сек. Альтернативный метод — проведение кордоцентеза и введение лидокаина в дозе 100 мг/кг расчётной массы плода.</p> <p>Взятие образца крови плода для последующего кариотипирования.</p> <p>Оформление протокола («Инструментальные исследования» — «Кордоцентез»)</p>
<p>Акушерка</p>	<p>Переодевание пациентки в индивидуальную сорочку в предоперационной.</p> <p>Транспортировка пациентки в операционную.</p> <p>Транспортировка пациентки в палату</p>
<p>Врач анестезиолог-реаниматолог, анестезистка</p>	<p>Оформление протокола консультации пациентки (предоперационный осмотр). ИДС на проведение анестезиологического пособия.</p> <p>Назначение и списание препарата фентанил в дозе 10 мкг/кг в целях обезболивания плода в вену пуповины. В протоколе манипуляции описать и обосновать назначение фентанила («в целях обезболивания плода в вену пуповины при фетоциде»).</p> <p>Экипировка в фильтре: хирургический костюм, шапочка, бахилы, маска.</p> <p>Оказание анестезиологического пособия пациентке (обезболивание пациентки).</p> <p>Оформление протокола анестезиологического пособия</p>
<p>Врач УЗИ</p>	<p>Подготовка аппарата УЗИ (транспортировка аппарата в операционную, подключение, настройка параметров).</p> <p>Экипировка в фильтре: хирургический костюм, шапочка, бахилы, маска.</p> <p>Обработка датчика УЗ-аппарата раствором антисептика.</p> <p>Обработка рук хирургическим способом.</p> <p>Обеспечение постоянной ультразвуковой навигации во время процедуры.</p> <p>После введения хлорида калия подтверждение асистолии документируют не менее 2 мин.</p> <p>Контрольное УЗИ плода проводится через 30–60 мин для подтверждения отсутствия сердечных сокращений плода</p>

Ответственный	Действие
Операционная медицинская сестра	<p>Подготовка операционной.</p> <p>Экипировка в фильтре: хирургический костюм, шапочка, бахилы, маска.</p> <p>Подготовка операционного стола:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• стерильные пелёнки для ограничения операционного поля 2 шт.;</li> <li>• цапки 2 шт.;</li> <li>• лоток почкообразный 1 шт.;</li> <li>• ёмкость для обработки насадки для датчика УЗИ (колба либо лоток);</li> <li>• стерильные салфетки марлевые 20 шт.;</li> <li>• корнцанг 1 шт.;</li> <li>• игла для аспирационной биопсии 1 шт. Используем 20g или 18g длиной 250 мм;</li> <li>• шприц стерильный 10 мл 2 шт.;</li> <li>• шприц стерильный 5 мл 1 шт.;</li> <li>• насадка на датчик УЗ-аппарата 1 шт. (стерильная!);</li> <li>• антисептический раствор спиртовой;</li> <li>• перчатки стерильные 2 пары;</li> <li>• халаты стерильные 2 шт.</li> </ul> <p>Опционально при необходимости забора материала для генетического исследования + шприцы 20 мл, флакон культуральный для сбора амниотической жидкости, пробирки для крови плода после кордо- и кардиоцентеза.</p> <p>Заранее подготовить шприц 10 мл с раствором калия хлорида, фентанил (инсулиновый шприц у анестезистки)</p>

\* Зарубежный клинический опыт.



Таблица 1. Организационная модель процедуры элиминации плода (фетоцида)



Таблица 2. Алгоритм прерывания беременности по медицинским показаниям

Решение консилиума оформляют протоколом (на бумажном носителе или в электронном виде).

При ПРП, **несовместимом с жизнью**, сочетанных ПРП с **неблагоприятным прогнозом** для жизни, ХА, генетических нарушениях или ПРП, **приводящих к стойкой потере функций** организма и **при отсутствии методов эффективного лечения**, беременную информируют о факторах риска для жизни и здоровья плода (ребёнка) и её самой — для **принятия самостоятельного решения** о сохранении беременности или о её прерывании. В последнем случае Порядок 747н предписывает направлять беременных в сроке **до 22 нед в гинекологический стационар не ниже II уровня**, а начиная с 22 нед — в ПЦ; последующая верификация диагноза обязательна.

По нашему мнению, госпитализация в акушерский стационар целесообразна уже с 18 нед. Однако понятно, что каждое учреждение исходит из собственных возможностей, и главное здесь — соблюдение требований Порядка 747н. Если помимо ПРП имеются серьёзные заболевания у самой беременной, то маршрутизация вырабатывается индивидуально, с учётом всех факторов риска.

## Terra incognita

Процедура искусственного аборта отработана и подробно описана; приоритет безопасных технологий над устаревшими (кюретажем, различными «заливками») не вызывает практически никаких возражений. Но есть один сложный вопрос, достоверных данных по которому немного. Речь идёт о **фетоциде** (элиминации) — остановке сердечной деятельности плода, которую рекомендовано выполнять **перед прерыванием беременности** после 21 нед 6 дней в связи с ПРП, несовместимыми с жизнью.

С одной стороны, согласно КР, решение о таком вмешательстве может быть принято только при **крайне неблагоприятном прогнозе** для жизни будущего ребёнка. С другой стороны, в **Порядке 747н** сказано, что женщина может настаивать на искусственном аборте при ХА, генетических нарушениях и ПРП, **приводящих к стойкой потере функций** организма. Если же она захочет сохранить беременность, врачи будут **обязаны проводить реанимационные мероприятия** ребёнку, рождённому в сроке 22 нед и более, **при наличии признаков живорождения**

[ Фетоцид — остановка сердечной деятельности плода, которую рекомендовано выполнять перед прерыванием беременности на сроках после 21 нед 6 дней в связи с ПРП, несовместимыми с жизнью. Эту манипуляцию начали выполнять относительно недавно — с начала 1990-х годов. ]

(дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольные движения мускулатуры)<sup>32</sup> — Закон №323-ФЗ не делает исключений для тех, кто проживёт недолго или станет инвалидом.

Складывается крайне **психотравмирующая ситуация** — как для беременной, так и для врачей. Вопрос из сугубо медицинского становится ещё и **юридическим** (особенно с учётом условия «при отсутствии методов эффективного лечения»), не говоря уже об **этической стороне** такого выбора.

Фетоцид начали выполнять относительно недавно — с начала 1990-х годов (точнее определить сложно — элиминация не была событием, которое афишировали). **Количество таких вмешательств увеличилось** и будет расти в дальнейшем, по мере развития пренатальной диагностики — **взамен случаев гибели детей** с аномалиями сразу или вскоре после рождения. Это демонстрирует анализ 305 фетоцидов (с 2010 по 2020 год), проведённый Шаннин Россер (Shannyn Rosser) и соавт. Его результаты: ежегодное количество вмешательств увеличилось с 20 до 54; наиболее частыми показаниями со стороны плода были неврологические аномалии (36%), анеуплоидии или генетические аномалии (22%) и врождённые пороки сердца (19%)<sup>33</sup>.

Отметим, что клинические рекомендации «Многоплодная беременность»<sup>34</sup> предусматривают **селективную элиминацию одного из плодов** при наличии у него грубых аномалий развития, сочетании фето-фетального трансфузионного синдрома (ФФТС) и селективной задержки роста, при дискордантности более 40% (в сроке до 22 нед беременности), при IV стадии ФФТС в случае отсутствия технической возможности выполнения фетоскопической лазерной коагуляции анастомозов. В нашей практике только в подобных ситуациях отмечались случаи хориоамнионита.

Российские КР предписывают проводить **фетоцид по следующей схеме:**

[ **Количество фетоцидов увеличилось и будет расти в дальнейшем, по мере развития пренатальной диагностики — взамен случаев гибели детей с аномалиями сразу или вскоре после рождения. ]**

под УЗ-контролем в вену пуповины вводят 10 мкг/кг **фентанила**, а затем — 2–3 мл 10% р-ра **хлорида калия** в желудочек сердца плода. Если остановки сердечной деятельности не произошло, инъекцию хлорида калия повторяют через 30–60 сек. Асистолию следует документировать не менее 2 мин, контрольное УЗИ нужно выполнить через 30–60 мин. **Альтернативные методы:** через 3 мин после обезболивания фентанилом ввести в вену пуповины **лидокаин** (100 мг/кг) либо интраторакально (интраамнионоально) 1 мг **дигоксина**. В некоторых случаях мы считаем целесообразным выполнять процедуру с 18-й недели беременности (с учётом возможности сочетания ПРП с неиммунной водянкой или объёмным образованием — в этом случае масса плода может быть равна 500 г или больше).


Проводить ли **антибиотикопрофилактику** перед фетоцидом — **вопрос дискуссионный**. На последнем конгрессе FIGO её предлагают в качестве **рутинного назначения**, отечественные КР этот вопрос не затрагивают. В нашей практике инфекционные осложнения встречались лишь после селективной элиминации **при многоплодии**, поэтому в таких случаях мы считаем антибиотикопрофилактику целесообразной (цефазолин 2,0 г за 30 мин до манипуляции), либо вопрос должен быть решён индивидуально (**в зависимости от инфекционного статуса пациентки**).

**Особенности выполнения фетоцида**, включая организацию работы мультидисциплинарной команды, обезболивание плода, поддержку пациентки, **могут варьировать** в разных медорганизациях. Мы разработали организационную **мо-**

**дель проведения процедуры элиминации** (табл. 1) и **алгоритм прерывания беременности** по медицинским показаниям при подтверждённых ПРП или аномалиях развития (табл. 2). Оба документа основаны на принципах доказательной медицины, медицинской этики и максимальной психологической поддержки пациентки с чётким распределением выполняемых задач.

Проведение фетоцида при прерывании беременности по медицинским показаниям остаётся сложным, но необходимым компонентом современного акушерства. Опыт нашего ПЦ демонстрирует, что успешность выполнения этой процедуры зависит от нескольких условий: неукоснительного **соблюдения требований законодательства** и подзаконных актов, принятия **решения самой пациенткой** на основании надлежащего информирования и рекомендаций **перинатального консилиума**, использования **эффективной и безопасной методики** вмешательства. Не менее важно обеспечение **психологической поддержки** женщины на всех этапах оказания медицинской помощи.



Разработанный в нашем учреждении алгоритм выполнения фетоцида с 18-й недели гестации в случаях, когда предполагаемая масса плода может достигать 500 г и более, помогает **предотвратить рождение нежизнеспособного плода**. Внедрение подобных алгоритмов, сочетающих техническую точность, правовую корректность и гуманистическую направленность, — залог оказания **качественной и бережной медицинской помощи** в одной из самых непростых жизненных ситуаций. Представленный подход может служить основой для разработки и унификации регламентов по проведению фетоцида в других ПЦ. 

[ **Внедрение в акушерстве алгоритмов, сочетающих техническую точность, правовую корректность и гуманистическую направленность, — залог оказания качественной и бережной медицинской помощи. ]**

Библиографию см. на с. 80–86.