



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Выкидыш (самопроизвольный аборт)

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **002 (002.0 - 002.9), 003 (003.0 - 003.1, 003.3 - 003.6, 003.8-003.9), 005 (005.0 - 005.1, 005.3 - 005.6, 005.8-005.9), 020 (020.0 - 020.9)**

Год утверждения (частота пересмотра): **2021**

Возрастная категория: **Взрослые, Дети**

Год окончания действия: **2023**

ID: **670**

Разработчик клинической рекомендации

- **Российское общество акушеров-гинекологов**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)
- 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
- 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики
- 2.1 Жалобы и анамнез
- 2.2 Физикальное обследование
- 2.3 Лабораторные диагностические исследования
- 2.4 Инструментальные диагностические исследования
- 2.5 Иные диагностические исследования
- 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
- 4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации
- 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики
- 6. Организация оказания медицинской помощи
- 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата
- Приложение Б. Алгоритмы действий врача
- Приложение В. Информация для пациента

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

Список сокращений

ВЗОМТ	воспалительные заболевания органов малого таза
ИВ	инфицированный выкидыш
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
КТР	копчиково-теменной размер
НБ	неразвивающаяся беременность
ПВ	привычный выкидыш
СБ	сердцебиение
УВ	угрожающий выкидыш
УЗИ	ультразвуковое исследование
ХА	хромосомная анеуплоидия
ХГЧ	хорионический гонадотропин человека
ШМ	шейка матки

Термины и определения

Анэмбриония - состояние, при котором происходит развитие плодного яйца и его структур, но не происходит формирования эмбриона, который не визуализируется при ультразвуковом исследовании (УЗИ).

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.

Беременность неизвестной (неясной) локализации - отсутствие признаков маточной или внематочной беременности по данным УЗИ при положительном результате мочевого теста на беременность или исследования крови на β -субъединицу ХГЧ.

Беременность неопределенной (неясной) жизнеспособности - маточная беременность, при которой при УЗИ средний внутренний диаметр плодного яйца <20 мм, или желточный мешок и/или эмбрион не визуализируются, или копчико-теменной размер (КТР) эмбриона <6 мм при отсутствии сердцебиения (СБ) эмбриона.

Выкидыш (самопроизвольный аборт) - самопроизвольное прерывание беременности (изгнание или экстракция эмбриона/плода) до 22 недель беременности.

Выкидыш инфицированный (септический) (ИВ) - выкидыш, сопровождающийся признаками инфекции/воспаления органов половой системы.

Выкидыш в ходу - необратимое состояние потери беременности, при котором плодное яйцо/плод находится в процессе изгнания из полости матки.

Выкидыш неполный - неполная экспульсия плодного яйца/плода из полости матки.

Выкидыш полный - полная экспульсия плодного яйца/плода из полости матки.

Выкидыш привычный (ПВ) - наличие у женщины двух и более самопроизвольных потерь беременности в сроках до 22 недель.

Выкидыш угрожающий (УВ) - состояние развивающейся беременности до 22 недель, при котором наблюдаются кровяные выделения из половых путей или признаки отслойки хориона/плаценты по данным УЗИ.

Неразвивающаяся беременность (НБ) - остановка в развитии (отсутствие СБ) эмбриона/плода до 22 недели беременности при отсутствии экспульсии плодного

яйца/плода.

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Выкидыш (самопроизвольный аборт) - самопроизвольное прерывание беременности (изгнание или экстракция эмбриона/плода) до 22 недель беременности. Определение включает также НБ.

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

Хромосомная анеуплоидия (ХА) у эмбриона/плода являются наиболее частой причиной выкидыша в 1-м триместре беременности [1], [2], [3]. Чем раньше во время беременности произошел выкидыш, тем выше вероятность того, что у эмбриона/плода были ХА. Число выкидышей, обусловленное ХА, в 1-м триместре беременности составляет 41-50%. Наиболее частыми типами ХА при ранних выкидышах являются аутосомные трисомии - 52%, моносомии X - 19%, полиплоидии - 22%. Другие формы составляют 7%. Риск трисомии у эмбриона/плода в результате аберрации хромосом возрастает по мере увеличения возраста матери. Наиболее распространенными ХА являются трисомия по 16-й и по 22-й хромосоме. Триплоидия обнаруживается $\approx$ у 15% эмбрионов/плодов. На долю моносомии по X-хромосоме приходится $\approx$ 20% выкидышей, происходящих в 1-м триместре беременности. Взаимосвязь между возрастом матери и моносомией по X-хромосоме, полиплоидией или структурными аномалиями хромосом не установлена [4].

Среди других причин выкидышей выделяют анатомические, инфекционные, эндокринные, иммунологические и другие факторы [5].

К факторам риска выкидыша относят [5], [6], [7], [8], [9], [10], [11], [12], [13], [14], [15], [16], [17], [18], [19], [20], [21], [22]:

- возраст матери >35 лет, возраст отца >40 лет;
- число потерь беременности в анамнезе: риск потери беременности после 1-го выкидыша составляет 13-17%, что соответствует частоте выкидыша в популяции, тогда как после 2-х предшествующих выкидышей риск выкидыша возрастает более чем в 2 раза и составляет 36-38% (Таблица 1);
- ожирение или недостаточная масса тела (>30 кг/м² или $<18,5$ кг/м²);
- избыточное потребление кофеина (>5 чашек кофе в день или >100 г кофеина/сутки);
- употребление алкоголя и наркотиков;
- неблагоприятные условия труда (действие ртути, свинца, паров бензола, циклогексана, нитрокраски, смолы, пыли, пестицидов, шума, вибрации), а также длительное воздействие химических и/или физических факторов, не связанное с профессиональной деятельностью;
- хронические заболевания: антифосфолипидный синдром, тромбофилии высокого риска тромбоемболических осложнений, синдром поликистозных яичников, заболевания щитовидной железы, декомпенсированный сахарный диабет, целиакия;
- острые и хронические инфекционные заболевания: листериоз, сифилис, хламидиоз, токсоплазмоз, острые респираторные вирусные заболевания, инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека, туберкулез;

- прием лекарственных препаратов: итраконазола, метотрексата, нестероидных противовоспалительных препаратов, ретиноидов, пароксетина, венлафаксина;
- заболевания матки: аномалии развития матки, миома матки, операции на шейке матки, внутриматочные синехии;
- лихорадка >38⁰С;
- дефицит фолиевой кислоты.

Таблица 1

Риск выкидыша, возраст матери и число выкидышей в анамнезе [12]

Число выкидышей в анамнезе	Возраст женщины			
	25-29 лет	30-34 года	35-39 лет	40-44 года
1 выкидыш	15%	16-18%	21-23%	40%
2 выкидыша	22-24%	23-26%	25-30%	40-44%
≥3 выкидышей	40-42%	38-40%	40-45%	60-65%

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Выкидыш происходит в 20% клинически диагностированных беременностей [23]. Из них 80% выкидышей происходит до 12 недель беременности [24]. В структуре выкидышей 1/3 беременностей прерывается до 8-ми недель по типу анэмбрионии. В 80% выкидышей сначала происходит гибель, а затем экспульсия плодного яйца [25]. Частота ИВ составляет $\approx 5\%$ от всех выкидышей. При УВ вероятность благоприятного прогноза достигает 85%, но зависит от срока беременности, возраста пациентки и других факторов [20], [26].

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

O02 (O02.0 - O02.9) Другие аномальные продукты зачатия

O03 (O03.0 – O03.1, O03.3 – O03.6, O03.8-O03.9) Самопроизвольный аборт

O05 (O05.0 – O05.1, O05.3 – O05.6, O05.8-O05.9) Другие виды аборта

O20 (O20.0 - O20.9) Кровотечение в ранние сроки беременности

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Классификация выкидыша по сроку беременности [27]:

- ранний (до 9⁶ недель беременности);
- поздний (с 10 до 21⁶ недель беременности).

Классификация выкидыша по стадии развития плодного яйца [27]:

- преэмбриональный (до 4⁶ недель беременности);
- эмбриональный (с 5 до 9⁶ недель беременности);
- фетальный (с 10 до 21⁶ недель беременности).

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Наиболее частыми клиническими проявлениями выкидыша являются боли внизу живота или в пояснице спастического характера и кровяные выделения из половых путей на фоне задержки менструации. Также у пациентки могут быть ощущения давления во влагалище, и выделение слизи из влагалища, которая может быть прозрачной, с розовыми или кровяными включениями (как правило, после 12 недель беременности).

Характерны следующие клинические проявления на разных этапах выкидыша:

- УВ - боли внизу живота и поясничной области, кровяные выделения из половых путей. Тонус матки повышен, тело матки соответствует сроку беременности, шейка матки (ШМ) не укорочена. 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 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.
- ИВ - 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.
- НБ - гибель эмбриона или плода на сроке до 22 недель беременности при отсутствии экспульсии продуктов зачатия из полости матки. Диагноз устанавливается по данным УЗИ.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии диагноза

Диагноз предполагается на основании жалоб пациентки на боли внизу живота и/или в пояснице и кровяные выделения из половых путей на фоне подтвержденной ранее клинической беременности. Диагноз подтверждается при УЗИ матки и придатков (до 9⁶ недель беременности) или УЗИ плода (после 10 недель беременности), в ходе которого устанавливают соответствие плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличие СБ эмбриона/плода, признаки экспульсии плодного яйца/плода из полости матки (Таблица 2).

Таблица 2

Ультразвуковые критерии диагностики выкидыша [24], [28], [29]

Определение	Данные УЗИ
УВ	Наружный зев шейки матки сомкнут, СБ эмбриона (с 5-6 недель беременности или при КТР ≥ 7 мм) /плода визуализируется, имеются признаки отслойки хориона/плаценты с формированием гематомы: ретрохориальной, ретроплацентарной, заоболочечной (ретроамниотической), или кровотечения из половых путей.
Выкидыш в ходу	Цервикальный канал расширен, плодное яйцо деформировано, расположено в нижней части полости матки или в цервикальном канале, СБ эмбриона/плода не визуализируется, имеются признаки тотальной или субтотальной отслойки хориона/плаценты.
Анэмбриония	В матке определяется плодное яйцо диаметром >13 мм без желточного мешка, или >18 мм без эмбриона, или амниотическая полость без желточного мешка и эмбриона при гестационном сроке >6 недель.
Неполный выкидыш	При УЗИ - гетерогенные и/или гиперэхогенные включения вдоль эндометрия или канала ШМ (фрагменты плодного яйца или хориальной ткани).
Полный выкидыш	В матке не определяются продукты зачатия.
НБ [30], [31]	Наружный зев ШМ закрыт, СБ эмбриона/плода не визуализируется. <u>Диагностические критерии НБ:</u> - Отсутствие СБ эмбриона при КТР≥ 7 мм. - Отсутствие эмбриона при среднем диаметре плодного яйца ≥ 25 мм. - Отсутствие эмбриона и СБ через ≥ 14 дней после УЗИ, при котором визуализировалось плодное яйцо без желточного мешка. - Отсутствие эмбриона и СБ через ≥ 10 дней после УЗИ, при котором визуализировалось плодное яйцо и желточный мешок. <u>Сомнительные признаки НБ:</u> - Отсутствие СБ эмбриона при КТР < 7 мм. - Отсутствие эмбриона при среднем диаметре плодного яйца 16-24 мм. - Отсутствие эмбриона и СБ через < 14 дней после УЗИ, при котором визуализировалось плодное яйцо без желточного мешка.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Отсутствие эмбриона и СБ через <10 дней после УЗИ, при котором визуализировалось плодное яйцо и желточный мешок.• Отсутствие эмбриона в сроке ≥ 6 недель от первого дня последней менструации при регулярном менструальном цикле.• Пустое плодное яйцо (без желточного мешка и эмбриона).• Увеличенный в размерах желточный мешок >7мм либо уменьшенный <2 мм.• Относительно небольшие размеры плодного яйца по сравнению с размерами эмбриона (<5 мм разницы между средним диаметром плодного яйца и КТР эмбриона). |
|--|--|

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендована оценка факторов риска выкидыша с целью их возможного устранения при УВ или с целью планирования следующей беременности при выкидыше в ходу или свершившемся выкидыше [20], [24], [32], [33].

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

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендован визуальный осмотр терапевтический, термометрия общая, измерение частоты сердцебиения, измерение частоты дыхания, измерение артериального давления на периферических артериях с целью оценки общего состояния пациентки [5], [20], [24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

- Рекомендована пальпация и перкуссия брюшной стенки с целью выявления болезненности, напряжения (дефанса) мышц передней брюшной стенки, симптомов раздражения брюшины, вздутия живота, наличия свободной жидкости в брюшной полости [5], [20], [33].

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

- Рекомендован осмотр ШМ в зеркалах с целью оценки состояния влагалищной порции ШМ, интенсивности кровотечения, наличия во влагалище частей плодного яйца [20].

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

Комментарий: Оценивается объем и характер выделений (кровяные, слизисто-кровянистые, гнойные), наличие экспульсии элементов плодного яйца, пролабирование плодного пузыря, анатомия ШМ, состояние наружного зева и цервикального канала.

- Рекомендовано бимануальное влагалищное исследование с целью дифференциальной диагностики с внематочной беременностью, определения размеров матки и ее соответствия сроку беременности, состояния и болезненности придатков, сводов влагалища [20], [33].

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

Комментарий: При подтвержденной по УЗИ маточной беременности и высоком риске выкидыша (наличии гематомы, умеренных и обильных кровяных выделений из половых путей, повышенном тонусе матки) возможно ограничиться осмотром ШМ в зеркалах.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендовано исследование уровня ХГЧ (свободная β -субъединица) в сыворотке крови, или исследование мочи на ХГЧ при невозможности проведения исследования крови, с целью диагностики беременности [5], [20], [24], [33], [34].

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

Комментарий: Данная рекомендация актуальна независимо от начала последней менструации, указания пациентки на наличие контрацепции, стерилизации, или отсутствие половой жизни.

- Рекомендовано повторное исследование уровня ХГЧ (свободная β -субъединица) в сыворотке крови через 48 часов при беременности неопределенной (неясной) локализации с целью исключения внематочной беременности и определения развития беременности [35], [36], [37].

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

Комментарий: При повторном исследовании производится расчет отношения уровня ХГЧ при повторном заборе (ХГЧ2) к ХГЧ при первом заборе (ХГЧ1), что определяет диагноз и тактику ведения. При отношении $\text{ХГЧ2/ХГЧ1} > 0,8$, при условии, что уровень $\text{ХГЧ} \geq 1000 \text{ МЕ/мл}$ рекомендовано УЗИ матки и придатков для определения локализации плодного яйца. При отношении $\text{ХГЧ2/ХГЧ1} \geq 2$ прогноз развития беременности благоприятный. Если отношение $\text{ХГЧ2/ХГЧ1} < 0,5$ следует прекратить наблюдение. При отношении $\text{ХГЧ2/ХГЧ1} = 0,5-0,7$ следует прекратить УЗИ-контроль, но следует продолжить исследовать уровень ХГЧ до уровня $\leq 100 \text{ МЕ/мл}$ с кратностью, зависящей от исходного уровня ХГЧ. Если отношение ХГЧ2/ХГЧ1 не снижается, и сохраняются жалобы на кровотечение и боль, то может быть выполнена диагностическая лапароскопия для установления диагноза [37].

- Рекомендовано исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови при наличии жалоб на лихорадку, озноб, гнойные выделения из половых путей, с целью диагностики ИВ [20], [38], [39].

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

- Рекомендовано определение антител к антигенам системы Резус резус-отрицательным пациенткам, беременным от партнера с резус-положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови при отсутствии данного исследования во время настоящей беременности с целью выбора правильного алгоритма обследования для профилактики гемолитической болезни плода в случае

сохранения беременности или проведения профилактики резус-изоиммунизации в случае ее прерывания [40], [41], [42]. [1]

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

- Рекомендовано микроскопическое исследование влагалищных мазков при УВ в случае сохранения беременности с целью диагностики и лечения инфекционно-воспалительных и дисбиотических состояний [20], [43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

- Рекомендовано молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) при УВ в случае сохранения беременности с целью диагностики и лечения ИППП [33].

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

- Рекомендовано проведение теста 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) при осмотре ШМ в зеркалах при УВ во 2-м триместре беременности и подозрении на преждевременный разрыв плодных оболочек [38].

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

Комментарий: Частота ложноотрицательных результатов цитологического теста (симптома «папоротника») составляет >20%, частота ложноположительных результатов нитразинового теста (рН) составляет 5-30% [44, 46–50].

[1] Клинические рекомендации: «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода»: https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано УЗИ матки и придатков (до 9⁶ 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, соотношения тела и шейки матки (наличие гипер-анте- или ретрофлексии) [51, 52], [53].

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

Комментарии: Методом выбора является трансвагинальное УЗИ. Если трансвагинальное УЗИ недоступно, может использоваться трансабдоминальное УЗИ, однако этот метод не так точен, как трансвагинальный, для диагностики осложнений ранних сроков беременности [33].

- Рекомендовано повторное УЗИ матки и придатков через 7-10 дней при подозрении на НБ с целью подтверждения развивающейся беременности или диагноза НБ [28], [30], [31], [32], [33], [54].

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

Комментарий: Методом выбора УЗИ является трансвагинальное УЗИ. Диагноз НБ при возможности подтверждается двумя врачами ультразвуковой диагностики [24], [34]. Особую осторожность следует соблюдать при постановке диагноза НБ до 8 недель беременности, особенно у женщин, не имеющих никаких клинических симптомов [25].

- Рекомендовано УЗИ матки и придатков через 7-14 дней после выкидыша с целью подтверждения полного выкидыша [24], [32], [34], [55].

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

2.5 Другие диагностические исследования

- Рекомендуется 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 [33], [56].

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

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Немедикаментозные методы лечения

- Пациентке с УВ рекомендован лечебно-охранительный режим с целью сохранения беременности [20].

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

Комментарий: Лечебно-охранительный режим включает ограничение физической нагрузки, правильный режим сна и бодрствования, ограничение половой жизни. Нет убедительных данных о том, что соблюдение постельного режима предотвращает потерю беременности [19], [24], [57], однако соблюдение лечебно-охранительного режима, отказа от физических нагрузок и половой жизни в условиях УВ позволяет создать необходимые условия для пролонгирования жизнеспособной беременности [20].

3.2. Медикаментозные методы лечения

- Пациентке с УВ рекомендовано назначить дидрогестерон** или препараты прогестерона** с целью сохранения беременности [20], [58], [59], [60], [61],[62], [63], [64], [65].

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

Комментарий: Профиль безопасности дидрогестерона** и прогестерона** в рекомендованных дозах на ранних сроках беременности хорошо изучен и 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) [58], [59], [60], [61], [62], [64], [65], [66], [67], [68], [69], [70], [71], [72], [73].

- Пациентке с УВ при наличии показаний согласно инструкции к препарату рекомендовано назначить дротаверин** по требованию при наличии жалоб с целью уменьшения спазмов гладкой мускулатуры [20], [25].

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

- Пациентке с УВ при наличии обильных кровяных выделений из влагалища рекомендовано назначить транексамовую кислоту** по схеме согласно инструкции к препарату с целью остановки кровотечения [20].

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

- При ИВ пациентке в условиях стационара рекомендовано назначить антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия с целью лечения инфекционно-воспалительного процесса [74].

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

- При НБ или неполном выкидыше в 1-м триместре (до 12 недель беременности) без признаков анемии, инфицирования, кровотечения, нестабильности гемодинамики с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить #мизопростол** [24], [34], [75],[76] или #мифепристон, а затем #мизопростол** [77], [78], [79],[80].

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

Комментарий: Схемы назначения – см. Приложение А3. В 1-м триместре (до 12 недель беременности) при отсутствии кровотечения и признаков инфицирования возможны 3 пути ведения пациенток: выжидательная тактика в течение 7-14 дней, медикаментозное опорожнение полости матки и хирургическая тактика [24]. Выжидательная тактика возможна в случае нахождения пациентки поблизости от медицинской организации, и информированного добровольного согласия на нее. Она не рекомендована пациенткам с кровотечением, коагулопатией, тяжелой анемией, признаками инфицирования, при нестабильной гемодинамике, а также при предыдущем негативном опыте, связанном с выжидательной тактикой ведения [24], [32], [34].

- При НБ во 2-м триместре (после 12 недель беременности) при интактных плодных оболочках и закрытой ШМ с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить #мифепристон, а затем #мизопростол** [33], [81].

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

Комментарий: Схемы назначения – см. Приложение А3.

- При НБ во 2-м триместре при излитии или подтекании околоплодных вод и расширенном цервикальном канале с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить #мизопростол** [33], [81].

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

Комментарий: Схемы назначения – см. Приложение А3.

- Пациентке после выкидыша во 2-м триместре беременности в день прерывания беременности (но не ранее, чем через 4 часа) рекомендовано назначить бромокриптин** согласно инструкции к препарату или #каберголин в дозе 1 мг однократно с целью предотвращения лактации [82], [83].

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

- Пациенткам с медикаментозным прерыванием НБ с целью купирования болевого синдрома и достижения противовоспалительного эффекта рекомендовано назначить нестероидные противовоспалительные препараты [76], [84].

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

- Пациенткам с неполным выкидышем или НБ, которым выполняется хирургическое лечение, рекомендована антибиотикопрофилактика с целью предотвращения инфекционно-воспалительных осложнений [24], [85].

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

Комментарий: Для пациенток, у которых не выявлено хламидийной инфекции, назначается #метронидазол** 1 г перорально в день прерывания беременности.

Для пациенток, не обследованных на хламидийную инфекцию или с хламидийной инфекцией, назначается #азитромицин** 1 г перорально в сочетании с #метронидазолом** 1 г перорально в день прерывания беременности.

Альтернативная схема для пациенток, не обследованных на хламидийную инфекцию или с хламидийной инфекцией: #доксциклин** 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, начиная со дня медикаментозного прерывания беременности в сочетании с 1 г #метронидазола** перорально однократно в день прерывания беременности.

- Пациенткам с резус (D) отрицательной принадлежностью крови, беременным от партнера с резус (D) положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови при отсутствии резус(D)-изоиммунизации рекомендовано назначить

иммуноглобулин человека антирезус Rho[D]** в течение 72 часов после первого приема #мизопростола** или после хирургического лечения выкидыша, а также пациенткам с признаками отслойки хориона/плаценты или наличием кровяных выделений из матки [24], [34], [41], [44], [82]. [\[1\]](#)

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

- Рекомендовано назначить 5 МЕ окситоцина** внутривенно или внутримышечно после хирургического удаления плодного яйца с целью уменьшения объема кровопотери [86].

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

3.3 Хирургические методы лечения

- При неполном выкидыше и НБ рекомендована вакуум-аспирация содержимого полости матки с целью эвакуации остатков хориальной/плацентарной ткани и остановки кровотечения [24], [87].

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

Комментарий: Вакуум-аспирация является предпочтительной по сравнению с выскабливанием полости матки, так как характеризуется меньшей травматичностью, меньшей кровопотерей, меньшей интенсивностью боли и меньшей продолжительностью процедуры [24], [32], [87], [88]. Выскабливание полости матки проводится только при невозможности вакуум-аспирации.

- Пациентке с ИВ рекомендована вакуум-аспирация содержимого полости матки или выскабливание полости матки с целью удаления тканей, пораженных воспалительным процессом [24], [32], [87], [88].

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

- Для адекватного анестезиологического обеспечения при хирургическом лечении НБ, неполного выкидыша и ИВ рекомендовано применение методов общей анестезии (преимущественно – внутривенной анестезии) [89–93].

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

Комментарии: В качестве анестетиков рекомендуется использовать пропофол** (не более 2,5 мг/кг), тиопентал натрия**, фентанил** и кетамин**. При проведении общей анестезии рекомендуется обеспечивать оксигенацию путем использования лицевой маски, ларингеальной маски или путем проведения эндотрахеальной анестезии. Стратификация риска и мероприятия по профилактике аспирации должны основываться на сроке беременности: до 16 недель риск осложнений не отличается от такового вне беременности. При невозможности проведения общей анестезии (аллергия на лекарственные препараты, недавний прием пищи) возможно применение нейроаксиальной анестезии. При проведении спинальной анестезии применяются спинальные иглы малого диаметра 25-27G. Рекомендуемая дозировка местных анестетиков составляет для бупивакаина** 5 - 10 мг (изобарический или гипербарический раствор), для левобупивакаина** 5-7,5, для лидокаина** 20-40 мг.

- Пациентке с полным выкидышем вакуум-аспирация содержимого полости матки или выскабливание полости матки не рекомендованы [24], [33], [34].

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

[1] Клинические рекомендации «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода»: https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Не применимо.

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

Не применимо.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показаниями для госпитализации в стационар:

- УВ.
- Выкидыш в ходу, сопровождающийся кровотечением.
- Неполный выкидыш, сопровождающийся кровотечением.
- ИВ.
- Кровотечение из половых путей, сопровождающееся нестабильной гемодинамикой.

Показания к выписке из стационара:

1. После выкидыша при отсутствии кровотечения и признаков инфицирования.
2. После купирования симптомов УВ.