

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ ____
	Экземпляр	№ ____
	Введен в действие	дата
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<p><i>Клинический протокол «Самопроизвольный выкидыш»</i></p> <p><i>Коды МКБ</i></p> <p><i>O02 (O02.0 - O02.9) Другие анормальные продукты зачатия</i></p> <p><i>O03 (O03.0 – O03.1, O03.3 – O03.6, O03.8-O03.9) Самопроизвольный аборт</i></p> <p><i>O05 (O05.0 – O05.1, O05.3 – O05.6, O05.8-O05.9) Другие виды аборта</i></p> <p><i>O20 (O20.0 - O20.9) Кровотечение в ранние сроки беременности</i></p> <p><i>Возрастная группа: взрослые</i></p> <p><i>Год утверждения 2021г</i></p>	

Утверждено приказом № ____
От «__» ____ 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Зав.отделением гинекологии	Мусаева Д.О.		

Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно- поликлинической работе	Адильханов Б.Г.		
	И.о.Заместителя главного врача по хирургической работе	Абдулаев Ш.А.		
	И.о заведующего экспертным отделом	Алибекова А.М.		
2021 г.				

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 аутомсомные трисомии - 52%, моносомии X - 19%, полиплоидии - 22%. Другие формы составляют 7%. Риск трисомии у эмбриона/плода в результате aberrации 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:

- 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 тромбоэмболических 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 $>38^{\circ}\text{C}$;
- дефицит фолиевой кислоты.

Таблица 1

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].

1.5 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

[\[1\]](#), [\[2\]](#)

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 в полости 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.

Сомнительные признаки НБ:

- 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.
- 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 > 7 мм 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).

[1] Относится ко всем пациенткам с выкидышем, если не указано иное

[2] Обследование во время беременности должно соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность»: https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

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 кровотока, 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 тоне маки) 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 $\text{ХГЧ}_2/\text{ХГЧ}_1 > 0,8$, при условии, что уровень ХГЧ ≥ 1000 МЕ/мл рекомендовано УЗИ матки и придатков для определения локализации плодного яйца. При отношении $\text{ХГЧ}_2/\text{ХГЧ}_1 \geq 2$ прогноз развития беременности благоприятный. Если отношение $\text{ХГЧ}_2/\text{ХГЧ}_1 < 0,5$ следует прекратить наблюдение. При отношении $\text{ХГЧ}_2/\text{ХГЧ}_1 = 0,5-0,7$ следует прекратить УЗИ-контроль, но следует продолжать исследовать уровень ХГЧ до уровня ≤ 100 МЕ/мл с кратностью, зависящей от исходного уровня ХГЧ. Если отношение $\text{ХГЧ}_2/\text{ХГЧ}_1$ 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 Иные диагностические исследования

- 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 [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 бромкриптин** 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]. [\[3\]](#)

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] Относится ко всем пациенткам с выкидышем, если не указано иное

[2] Немедикаментозные и медикаментозные методы коррекции жалоб, характерных для беременности, и назначение витаминов и пищевых добавок во время беременности должно соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность»: https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

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

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

[1]

Не применимо.

[1] Методы профилактики должны соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность»: https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

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.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Не применимо.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества диагностики и лечения	Да/Нет
1.	При беременности неопределенной (неясной) локализации назначено повторное исследование уровня хорионического гонадотропина человека (свободная β -субъединица) в сыворотке крови через 48 часов	Да/Нет
2.	Назначено ультразвуковое исследование матки и придатков (до 9 ⁶ недель беременности) или ультразвуковое исследование плода (после 10 недель беременности)	Да/Нет
3.	При подозрении на неразвивающуюся беременность назначено повторное ультразвуковое исследование матки и придатков через 7-10 дней	Да/Нет
4.	Назначено ультразвуковое исследование матки и придатков через 7-14 дней после выкидыша	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое исследование тканей хориона/плаценты при вакуум-аспирации содержимого полости матки	Да/Нет
6.	При инфицированном выкидыше назначена антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия	Да/Нет
7.	Выполнено введение иммуноглобулин человека антирезус Rho[D]** в течение 72 часов после первого приема #мизопростола** или хирургического лечения, пациенткам с признаками отслойки хориона/плаценты или наличием кровяных выделений из матки, при резус (D) отрицательной принадлежности крови пациентки, беременной от партнера с резус (D) положительной принадлежностью крови при отсутствии резус(D)-	Да/Нет

№	Критерии качества диагностики и лечения	Да/Нет
	изоиммунизации	
8.	Выполнена антибиотикопрофилактика при хирургическом лечении неразвивающейся беременности или неполного выкидыша	Да/Нет
9.	Выполнена вакуум-аспирация содержимого полости матки при неполном выкидыше, неразвивающейся беременности и инфицированном выкидыше	Да/Нет

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи акушеры-гинекологи
2. ординаторы акушеры-гинекологи

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, с исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

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

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Методика медикаментозного прерывания НБ

1. **Схема применения #мизопростола**.** Описано два метода медикаментозного опорожнения полости матки при НБ с использованием #мизопростола** с или без предварительного использования

#мифепристона. Эффективность методов варьирует от 13% до 96%. Использование #мизопростола** является наиболее экономически эффективным вмешательством при анэмбрионии и НБ ранних сроков [19], [24], [76], [84].

2. **Схема применения #мифепристона с #мизопростолом**.** Подтверждена эффективность использования перорального приема #мифепристона 200 мг за 24 часа до вагинального назначения #мизопростола** 800 мкг. Подобная альтернативная схема продемонстрировала большую эффективность по сравнению с монотерапией #мизопростолом** [77], [78], [79], [80].

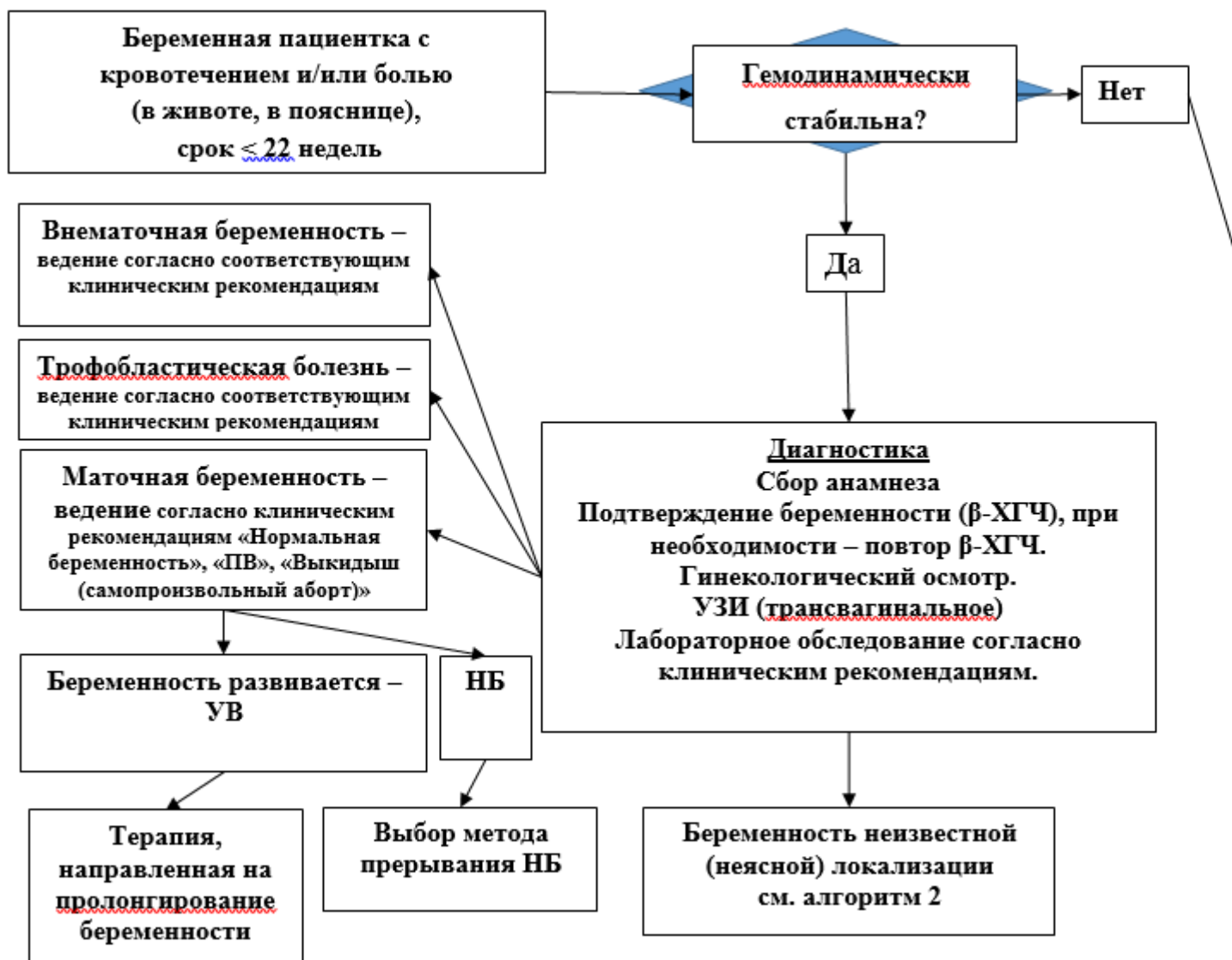
Схема применения #мизопростола при НБ и неполном выкидыше**

Начальная доза #мизопростола** составляет 800 мкг вагинально. 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) [19], [24], [75], [84].

#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 [76], [84].

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Алгоритм 1. Алгоритм действий врача при предполагаемой ранней потере беременности



Алгоритм 2. Алгоритм диагностики при беременности неизвестной (неясной) локализации



Приложение В. Информация для пациента

Ранние потери – наиболее частое осложнение беременности, оно встречается в 15-20% случаев от числа всех наступивших беременностей. В настоящее время методы обследования настолько чувствительны и точны, что позволяют установить факт беременности на очень раннем сроке, до появления плодного яйца в полости матки или за ее пределами. При появлении во время беременности таких симптомов, как интенсивная боль внизу живота, в пояснице, в плече или кровотечения из половых путей необходимо срочно обратиться к врачу. Врач проведет обследование, включающее анализы крови и ультразвуковое исследование для того, чтобы установить локализацию плодного яйца (в полости матки или вне ее) и жизнеспособность эмбриона. Иногда для того, чтобы поставить правильный диагноз требуется наблюдение, так как четко установить локализацию или жизнеспособность эмбриона при первом осмотре не представляется возможным. В этом случае врач может предложить Вам госпитализацию (при подозрении на внематочную беременность или при сильном кровотечении) или наблюдение в домашних условиях при отсутствии обильных кровяных выделений. Согласно рекомендациям врача в ряде случаев необходимо несколько раз сдавать анализ крови на β -ХГЧ с интервалом в 48 часов, чтобы выяснить, развивается ли беременность. После того, как плодное яйцо будет обнаружено в полости матки, Вам могут предложить повторное УЗИ для оценки жизнеспособности эмбриона.

Врач может рекомендовать Вам прием препаратов, способствующих вынашиванию беременности, но если беременность сохранить все же не удалось, то в большинстве случаев причиной являются нарушения в развитии плода (изменения числа хромосом или аномалии в развитии плода). Обычно такая ситуация не повторяется в будущем, однако, если это у Вас уже не первая потеря беременности, Вам предложат пройти специальное обследование для выявления факторов риска и причин потерь беременности.

При неразвивающейся беременности или неполном выкидыше существует несколько вариантов эвакуировать погибшее плодное яйцо из полости матки. Одна тактика называется выжидательной, когда Вы ждете полного выкидыша 7-14 дней, после чего выполняется УЗИ. Если в процессе ожидания начинается сильное кровотечение, Вы должны немедленно обратиться в медицинскую организацию, причем предусмотреть возможность сделать это круглосуточно.

Другая тактика состоит в медикаментозном прерывании погибшей беременности. В этом случае после проведения обследования врач выдаст Вам таблетки, под действием которых ускоряется процесс выкидыша и минимизируется кровопотеря.

При этом Вас могут беспокоить боли (можно выпить обезболивающий препарат) и возможно повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

И, наконец, третий метод – хирургический. Он является предпочтительным, если у Вас низкий гемоглобин, большая потеря крови, воспалительный процесс или нет возможности быстро и круглосуточно обратиться в медицинскую организацию, например, в виду его удаленности от места Вашего проживания. На период проведения процедуры Вас госпитализируют (в стационар или в стационар одного дня) и используя один из методов обезболивания хирург опорожнит полость матки одним из способов – вакуум прибором или специальными хирургическими инструментами. Вы можете обсудить тот или иной метод прерывания неразвивающейся беременности с врачом после установления факта ранней потери беременности. После хирургического лечения может понадобиться назначение антибактериального препарата и обезболивания.

После прерывания беременности не рекомендуется заниматься сексом в течение 2 недель, далее необходимо использовать методы контрацепции в течение нескольких месяцев. Вы можете задать все интересующие Вас вопросы о планировании следующей беременности врачу акушеру-гинекологу.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С Самопроизвольный выкидыш

№	№ истории болезни:	ФИО	Возраст:	Да-1 Нет-0
1.	<u>Титульный лист.</u> 1. Дата поступления, время поступления 2. Дата выписки, время выписки 3. Указание температуры при поступлении 4. Указание непереносимости лекарственных средств 5. Указание номера истории болезни 6. Выставление клинического, заключительного диагноза, при поступлении, с указанием даты, кода заболевания.			

	7.Указание вида транспортировки больного 8.Вес, рост больного	
2.	Оформление 2-й страницы титульного листа 1. Обязательно указание хирургической операции с датой. 2.Отметка о выдаче л\н с указанием номера и с подписи нетрудоспособного 3.Указание исхода заболевания 4.Подписи заведующего, лечащего врача	
3.	Лист назначений 1.Подпись пациента, лечащего врача, палатной медсестры на листе назначений 2.Дата назначения препаратов, с датой отмены препаратов, с указанием дозировки. формы, с указанием пути введения препарата 3 .Указание даты назначения , даты выполнения диагностических назначений 4.Указание лечебного стола	
4.	Температурный лист. Имеется указание: (температурной реакции, АД, веса, стула, суточного диуреза). (да-нет)	
5.	Первичный осмотр лечащего врача имеется. (да-нет) Первичный осмотр зав. отделением имеется (да-нет)	
6.	Жалобы изложены подробно (да-нет)	
7.	Анамнез заболевания изложен подробно (сбор эпидемиологического анамнеза,) (да-нет) 1.Обращение за медицинской помощью произошло своевременно (в течение первых трех дней от начала заболевания) 2.Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях осуществлялось в полном объеме (первичный осмотр в день обращения, динамическое наблюдение) 3. терапия на амбулаторном этапе назначена своевременно	
8.	Анамнез жизни изложен подробно (о хронических заболеваниях, перенесенных операциях, аллергических реакциях)	
9.	При физикальном обследовании проведены: 1. аускультация, термометрия, оценка уровня сознания, измерение ЧСС, пульса, АД, ЧДД, (да-нет)	
10.	Гинекологический осмотр.	
11.	УЗИ ОМТ	
12.	Предварительный диагноз. Обоснование диагноза имеется (да-нет)	
13.	1.Лабораторное подтверждение диагноза выполнено в течение 48 часов (да-нет) 2.ОАК (при поступлении, повтор по показаниям, при выписке) 3.ОАМ (при поступлении, повтор по показаниям, при выписке) 4. Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический 5. Выполнен общий анализ мочи, мазок на флору, онкоцитологию.	
14.	Инструментальные исследования: при поступлении, повтор по показаниям 1.ЭКГ контроль каждые 10дней 1раз (да-нет)	

15.	Дневники. Имеются: ежедневно, информативны, отображают динамику и обоснование новых назначений с указанием данных лечащего врача. (да-нет)	
16.	Клинический диагноз, осложнения и сопутствующие заболевания 1. Установлен, обоснован, соответствует обследованию. 2. Указаны осложнения, сопутствующие заболевания в полном объеме 3. Клинический диагноз выставлен на 3 -5 день (на 5 й день тяжелым больным, которые нуждаются в дообследовании) нахождения в стационаре.	
17.	Консультации специалистов По показаниям	
18.	Этапный эпикриз: 1. каждые 10 й день пребывания в стационаре (да-нет) 2. имеется указание динамики состояния пациента (да-нет) 3. имеется указание динамики лабораторно – диагностических данных (да-нет)	
19.	Выписной эпикриз 1 Персональные данные пациента 2 Дата и время выписки 3 Заключительный диагноз согласно классификации заболевания 4. Данные всех выполненных лабораторно - инструментальных исследований 5 .Указание объективного статуса пациента при выписке и при поступлении 6 .Указание подробных рекомендаций для следующего этапа лечения.	