Выкидыш (самопроизвольный аборт)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N85.3, N85.7, O02, O02.0, O02.1, O02.8, O02.9, O03 · Российское общество акушеров-гинекологов

Выкидыш — самопроизвольное прерывание беременности до 22 недель, включая неразвивающуюся беременность. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, исключению внематочной беременности и выбору выжидательной, медикаментозной или хирургической тактики с учетом кровотечения, инфекции и гемодинамики.

Главное

- Наиболее частая причина выкидыша в I триместре — хромосомная анеуплоидия эмбриона или плода; на ее долю приходится 41–50% таких потерь. Риск выкидыша повышается при возрасте матери старше 35 лет, после двух и более предыдущих выкидышей, при ожирении или недостаточной массе тела, употреблении алкоголя и наркотиков, ряде хронических заболеваний и инфекций.
- Выкидыш происходит примерно в 15–20% клинически диагностированных беременностей; 80% случаев приходится на срок до 12 недель. При угрожающем выкидыше вероятность благоприятного исхода достигает 85%, но зависит от срока, возраста пациентки и других факторов.
- Основные проявления — спастические боли внизу живота или пояснице и кровянистые выделения после задержки менструации. Лихорадка, озноб, недомогание, боли и гноевидные выделения указывают на возможный инфицированный выкидыш.
- Диагноз подтверждают ультразвуком: до 9 недель 6 дней выполняют УЗИ матки и придатков, с 10 недель — УЗИ плода. Метод выбора на ранних сроках — трансвагинальное исследование.
- При неразвивающейся беременности или неполном выкидыше в I триместре без анемии, инфекции, кровотечения и гемодинамической нестабильности допустимы выжидательная тактика 7–14 дней, медикаментозное опорожнение матки или хирургическое лечение.
- При неполном выкидыше и неразвивающейся беременности предпочтительна вакуум-аспирация; выскабливание выполняют только при невозможности вакуум-аспирации. При полном выкидыше эвакуация содержимого матки не показана.

Диагностика

1. Диагноз предполагают при болях внизу живота и/или пояснице и кровянистых выделениях из половых путей на фоне ранее подтвержденной клинической беременности.
2. Рекомендована оценка факторов риска выкидыша с целью их возможного устранения при угрожающем выкидыше или планирования следующей беременности при выкидыше в ходу либо свершившемся выкидыше.
3. Оценить общее состояние: выполнить осмотр, термометрию, измерить частоту сердцебиения, частоту дыхания и артериальное давление. Пальпацией и перкуссией живота выявляют болезненность, дефанс, симптомы раздражения брюшины, вздутие и свободную жидкость.
4. Осмотреть шейку матки в зеркалах: определить объем и характер выделений, интенсивность кровотечения, наличие частей плодного яйца, пролабирование плодного пузыря и состояние наружного зева. Бимануальное исследование используют для дифференциации с внематочной беременностью и оценки матки и придатков.
5. Выполнить УЗИ: до 9 недель 6 дней — матки и придатков, после 10 недель — плода. Оценивают локализацию беременности, соответствие сроку, сердцебиение, признаки экспульсии и соотношение тела и шейки матки; трансвагинальное УЗИ точнее трансабдоминального на ранних сроках.
6. При беременности неясной локализации определить β-субъединицу ХГ в сыворотке и повторить анализ через 48 часов. При отношении ХГ2/ХГ1 более 0,8 и уровне ХГ не менее 1000 МЕ/мл показано трансвагинальное УЗИ для поиска плодного яйца.
7. Неразвивающуюся беременность диагностируют при отсутствии сердцебиения при КТР не менее 7 мм, отсутствии эмбриона при среднем диаметре плодного яйца не менее 25 мм или отсутствии эмбриона и

сердцебиения через 14 дней после визуализации плодного яйца без желточного мешка либо через 10 дней после визуализации плодного яйца с желточным мешком.

8. При подозрении на неразвивающуюся беременность повторить УЗИ через 7–10 дней. После выкидыша выполнить УЗИ через 7–14 дней для подтверждения полного выкидыша.
9. Материал ранних и поздних выкидышей, неразвивающейся беременности или плаценты направить на патолого-анатомическое исследование для подтверждения факта беременности и/или исключения трофобластической болезни.

Лечение

- При угрожающем выкидыше назначают лечебно-охранительный режим: ограничение физической нагрузки, правильный режим сна и бодрствования и ограничение половой жизни. Постельный режим не имеет убедительных доказательств предотвращения потери беременности (УУР С, УДД 5).
- При угрожающем выкидыше назначают дидрогестерон или препараты прогестерона (УУР А, УДД 1). При наличии жалоб и показаний согласно инструкции к препарату рекомендуют дротаверин по требованию; при обильных кровяных выделениях — транексамовую кислоту по инструкции (УУР С, УДД 5).
- При неразвивающейся беременности или неполном выкидыше до 12 недель без анемии, инфекции, кровотечения и нестабильной гемодинамики используют мизопростол либо мифепристон с последующим мизопростолом (УУР А, УДД 1). Выжидательная тактика длится 7–14 дней и возможна при близости медицинской организации и информированном согласии.
- Выжидательная тактика не рекомендуется при кровотечении, коагулопатии, тяжелой анемии, признаках инфекции, нестабильной гемодинамике или негативном предыдущем опыте такого ведения.
- При неразвивающейся беременности во II триместре с интактными оболочками и закрытой шейкой матки назначают мифепристон, затем мизопростол. При излитии или подтекании вод и расширенном цервикальном канале назначают мизопростол (УУР С, УДД 5).
- При инфицированном выкидыше в стационаре назначают системную антибактериальную терапию широкого спектра. При отсутствии улучшения клинико-лабораторных показателей через 48–72 часа схему корректируют по результатам культурального исследования (УУР А, УДД 1). Возможные эмпирические схемы с внутривенным введением включают гентамицин и клиндамицин с бета-лактамными антибактериальными препаратами или без них; бета-лактамные антибактериальные препараты, пенициллины и гентамицин с метронидазолом; цефалоспорины второго или третьего поколения с метронидазолом; пиперациллин/тазобактам. Карбапенемы и другие препараты резерва назначает консилиум.
- При неполном выкидыше и неразвивающейся беременности выполняют вакуум-аспирацию; при инфицированном выкидыше — вакуум-аспирацию или выскабливание (УУР А, УДД 1). Для хирургического лечения применяют преимущественно внутривенную общую анестезию; при использовании пропофола его доза не должна превышать 2,5 мг/кг.
- При хирургическом лечении проводят антибиотикопрофилактику: азитромицин 500–1000 мг однократно внутрь, либо метронидазол 500 мг внутрь перед вмешательством и по 500 мг через 4 и 8 часов после него, либо доксициклин по инструкции. После хирургического удаления плодного яйца вводят окситоцин 5 МЕ внутривенно или внутримышечно.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при угрожающем выкидыше, выкидыше в ходу с кровотечением, неполном выкидыше с кровотечением, инфицированном выкидыше и кровотечении из половых путей с нестабильной гемодинамикой.
- Выписать пациентку после выкидыша можно при отсутствии кровотечения и признаков инфекции; после угрожающего выкидыша — после купирования его симптомов.
- При резус-отрицательной крови у пациентки, беременности от Rh-положительного или неизвестного по Rh партнера и отсутствии резус-изоиммунизации назначают иммуноглобулин человека антирезус Rho[D] в течение 72 часов после первого приема мизопростола или хирургического лечения.

Частые вопросы

Какие УЗИ-критерии подтверждают неразвивающуюся беременность?

Диагноз подтверждают, если сердцебиение отсутствует при КТР не менее 7 мм, эмбрион не определяется при среднем диаметре плодного яйца не менее 25 мм либо эмбрион и сердцебиение отсутствуют через 14 дней после УЗИ с плодным яйцом без желточного мешка или через 10 дней после УЗИ с плодным яйцом и желточным мешком.

Как действовать при беременности неясной локализации?

Определить β-ХГ и повторить его через 48 часов. При ХГ2/ХГ1 более 0,8 и уровне ХГ не менее 1000 МЕ/мл выполнить трансвагинальное УЗИ; при отношении менее 0,5 наблюдение прекращают, а при отношении 0,5–0,7 прекращают УЗИ-контроль и продолжают определять ХГ до уровня не более 100 МЕ/мл.

Как выбрать тактику при неразвивающейся беременности или неполном выкидыше в I триместре?

При отсутствии анемии, инфекции, кровотечения и гемодинамической нестабильности возможны выжидательная тактика 7–14 дней, медикаментозное опорожнение матки или хирургическое лечение. Медикаментозно применяют мизопростол либо мифепристон с последующим мизопростолом.

Что делать при инфицированном выкидыше?

Лечение проводят в стационаре: назначают системную антибактериальную терапию широкого спектра. При отсутствии клинико-лабораторного улучшения через 48–72 часа антибиотики корректируют по результатам культурального исследования.

Как удаляют ткани при инфицированном выкидыше?

При инфицированном выкидыше выполняют вакуум-аспирацию эндометрия или выскабливание полости матки с целью удаления тканей, пораженных воспалительным процессом.

Нужно ли назначать анти-D-иммуноглобулин после выкидыша?

Да, его назначают резус-отрицательным пациенткам без резус-изоиммунизации, если партнер имеет резус-положительную или неизвестную резус-принадлежность. Введение проводят в течение 72 часов после первого приема мизопростола или хирургического лечения; показанием также являются признаки отслойки хориона или плаценты и кровяные выделения из матки.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/670-vykidysh-samoproizvolnyj-abort. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/670_2