

# Алгоритм обстеження та лікування жінок з різними формами ранніх втрат вагітності

**І.Б. Вовк, В.К. Кондратюк, О.В. Трохимович, О.Ю. Борисюк**  
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Наведені алгоритми обстеження і тактики лікування жінок з різними формами ранніх репродуктивних втрат. Запровадження даних алгоритмів дозволяє значно підвищити ефективність діагностики даної патології і провести адекватне лікування. Такий підхід до верифікації діагнозу ектопічної вагітності дозволив у 92% випадків своєчасно провести хірургічну лапароскопію зі збереженням маткових труб. Медикаментозний кюретаж у разі вагітності, що завмерла на ранніх термінах, ефективний у 85% випадків, що дає можливість уникнути більш травматичної інструментальної евакуації елементів плодового яйця і є пріоритетним у разі переривання першої вагітності.

**Ключові слова:** *ранні втрати вагітності, алгоритм, діагностика, лікування.*

Ранні втрати вагітності (РВВ) є найбільш частим ускладненням гестаційного процесу. Згідно з сучасними даними до 80% всіх репродуктивних втрат відбуваються у I триместрі вагітності [1–3].

Відсутність тенденції до зниження частоти ранніх репродуктивних втрат свідчить про наявність труднощів, які виникають при веденні вагітності на ранніх термінах. З одного боку, це зумовлено багатофакторністю етіології та патогенетичних механізмів даної патології. З іншого – недосконалістю діагностичних методик, що застосовують, та недосконалістю моніторингу ускладнень, які виникають під час вагітності [4–6].

На сьогодні до ранніх репродуктивних втрат відносять мимовільний викидень, ектопічну вагітність (ЕВ) та завмерлу вагітність. Практично ранні втрати вагітності – це інтегрована універсальна відповідь жіночого організму на будь-яке значуще неблагополуччя в стані здоров'я жінки, плода, навколишнього середовища та багатьох інших факторів [4, 7].

Етіологія РВВ є різноманітною, відсутність чіткої класифікації причин деякою мірою зумовлена складністю ототожнення численних патогенних факторів та механізмів їх взаємодії [3, 8].

Незважаючи на успіхи ранньої діагностики та лікування ЕВ, вона залишається серйозною медико-соціальною проблемою, оскільки спостерігається в 7,4–19,7 випадку на 1000 вагітностей. За останні 30 років кількість випадків ЕВ збільшилася з 0,5% до 1–2%, особливо серед підлітків і жінок у віці від 30 до 39 років [9–11].

Питома частка завмерлої вагітності серед РВВ є також досить високою. На сьогодні, дана патологія посідає одне з провідних місць, про що свідчить постійне зростання її частоти в останні роки з 10–20% до 45–88,8% [13–14]. При цьому, частота нез'ясованих причин завмерлої вагітності складає від 25% до 63% випадків [15, 16].

Частота спонтанних абортів залишається стабільною та досить високою, і серед репродуктивних втрат посідає перше місце, досягаючи в I триместрі 50%. У свою чергу, в міру збільшення числа мимовільних викиднів різко підвищується ризик переривання наступної вагітності [3, 6].

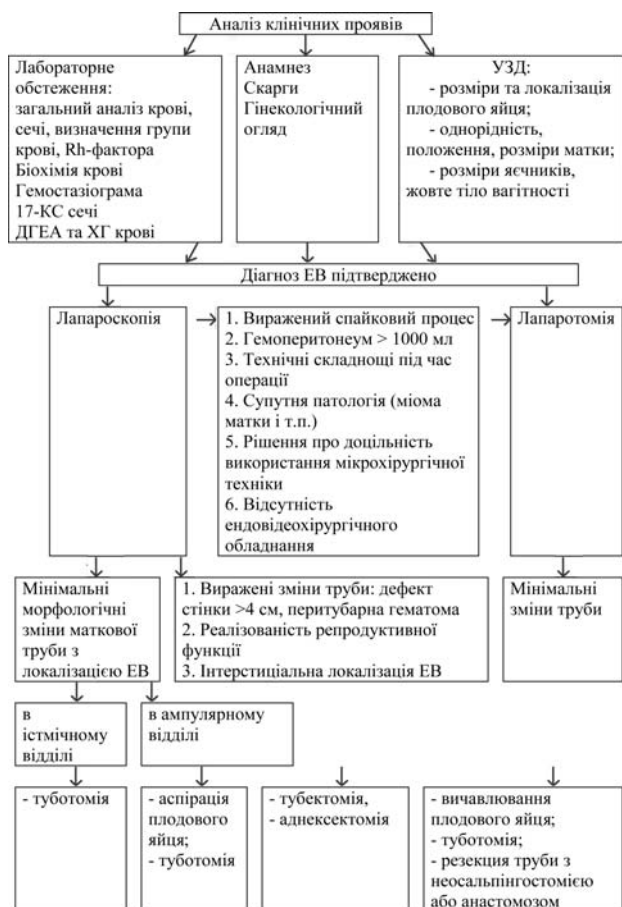
Ураховуючи те, що в 20–40% випадків ранніх репродуктивних втрат їхні етіологія та патогенез залишаються нез'ясованими, це свідчить про необхідність подальшого поглибленого вивчення даної патології з метою розроблення адекватних методів діагностики, лікування та подальшого моніторингу [4, 6].

Нами були розроблені загальні принципи діагностики та лікування різних форм РВВ, представлені у вигляді алгоритмів.

Діагностику різних форм ранніх репродуктивних втрат проводили за такими клінічними ознаками вагітності, як: затримка менструації; нагрудання грудних залоз; зміна смакових, нюхових та інших відчуттів, характерних для вагітності; ознаки раннього гестозу (нудота, блювання та ін.); позитивні імунологічні реакції на вагітність (ХГЛ у сироватці крові та сечі). Важливою ознакою РВВ є порушення менструального циклу – мажучі, кров'янисті виділення зі статевих шляхів після затримки менструації; з початком наступної менструації; до настання очікуваної менструації. Під час оцінювання больового синдрому враховували: односторонній переймоподібний або постійний біль внизу живота, раптовий інтенсивний біль у нижній частині живота; перитонеальні симптоми у нижньому відділі живота різного ступеня вираженості; іррадіацію болю у пряму кишку, область промежини та крижі. Ознаки внутрішньочеревної кровотечі (у разі порушеної ЕВ) включали: притуплення перкуторного звуку у фланках живота; позитивний симптом Куленкампа (наявність ознак подразнення очеревини за відсутності локального м'язового напруження у нижніх відділах живота); у горизонтальному положенні хворі позитивний двосторонній «френікус»-симптом, а у вертикальному – запаморочення, втрата свідомості; у разі значного гемоперитонеума – симптом Щоткіна–Блюмберга; прогресивне зниження показників гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту за результатами аналізу крові. Порушення загального стану оцінювали за наявністю таких симптомів, як: слабкість, запаморочення, втрата свідомості, холодний піт, колапс, гемодинамічні порушення; нудота, рефлекторне блювання; метеоризм, однократна діарея. Дані гінекологічного обстеження характеризували: ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки; розміри матки менші від очікуваного терміну вагітності; одностороннє збільшення та болючість придатків матки; нависання склепінь піхви (у разі гемоперитонеума); різка болючість заднього склепіння піхви («крик Дугласа»); болючість при зміщенні шийки матки. Специфічне лабораторне обстеження включало: якісний або кількісний тест на ХГЛ. Серед інструментальних методів обстеження найбільш значущими є УЗД, за допомогою якого оцінювали: відсутність плодового яйця у порожнині матки; візуалізація ембріона поза порожниною матки; виявлення утворення неоднорідної структури в області проєкції маткових труб; значна кількість вільної рідини у прямокишково-матковій заглибині (дугласовому просторі).

Діагностичні ознаки різноманітних форм трубної вагітності

Показник	Клінічні ознаки		
	Прогресивна трубна вагітність	Трубний викидень	Розрив маткової труби
Ознаки вагітності	Позитивні	Позитивні	Позитивні
Загальний стан хворої	Задовільний	Періодично погіршується, короточасні втрати свідомості, тривалі періоди задовільного стану	Колаптоїдний стан, клініка масивної крововтрати, прогресивне погіршення стану
Біль	Відсутній	Характер нападів, що періодично повторюються	З'являється у вигляді гострого нападу
Виділення	Відсутні або незначні кров'яністі	Кров'яністі виділення темного кольору, з'являються після нападу болю	Відсутні або незначні кров'яні
Піхвове дослідження	Матка не відповідає терміну затримки місячних, поряд з маткою визначається утворення ретортоподібної форми, безболісне, склепіння вільні	Такі самі, болючість при зміщенні матки, утворення без чітких контурів, задне склепіння згладжене	Такі самі, симптоми „плаваючої матки”, болючість матки і придатків з ураженого боку, нависання заднього склепіння
Додаткові методи обстеження	УЗД, визначення рівня $\beta$ -ХГЛ, лапароскопія	Кульдоцентез Лапароскопія	Не проводяться



Мал. 1. Алгоритм обстеження та лікування ЕВ

Лапароскопія не тільки як лікувальний, а й як діагностичний метод у візуальному встановленні позаматкової вагітності, надавала інформацію щодо: ретортоподібного

потовщення маткової труби багряно-синюшного кольору; розриву маткової труби; кровотечі з ампулярного отвору або з місця розриву маткової труби; наявності в черевній порожнині і в прямокишково-матковій заглибині крові у вигляді згортків або у рідкому стані; наявності у черевній порожнині елементів плодового яйця.

У таблиці та на мал. 1 представлені діагностичні ознаки різних форм трубної вагітності та алгоритм обстеження та лікувальних дій за умов ЕВ.

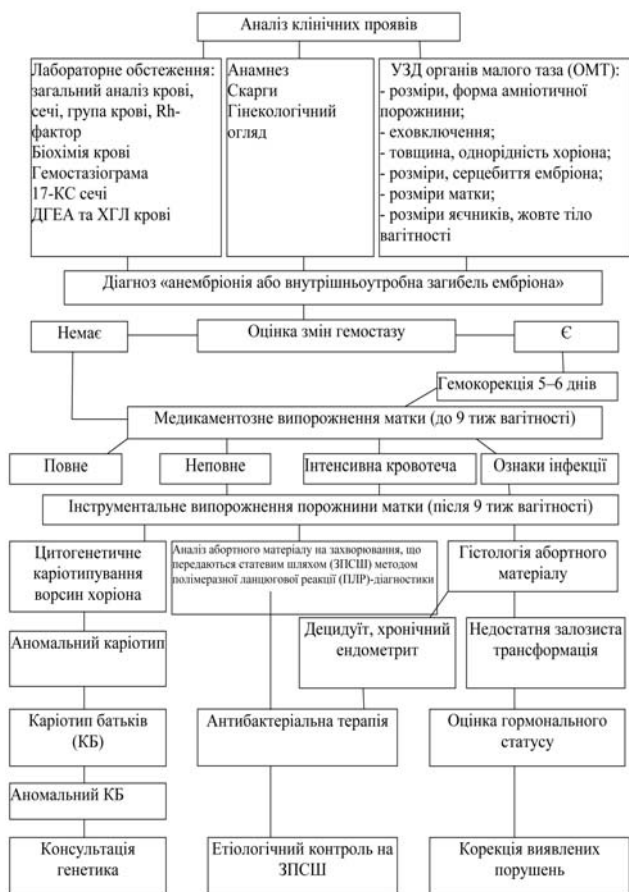
У випадку ЕВ діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки свідчать про відсутність у зскрібку елементів плодового яйця; наявність у зскрібка децидуальної тканини. У разі короткого терміну затримки менструації, зацікавленості жінки у збереженні маткової вагітності та відсутності симптомів внутрішньочеревної кровотечі доцільно обирати очікувальну тактику, орієнтуючись на клінічні ознаки, дані УЗД в динаміці спостереження та концентрацію  $\beta$ -ХГЛ у сироватці крові.

Пункцію черевної порожнини через задне склепіння піхви проводять за відсутності апарату УЗД для діагностики трубного абортів. Наявність у пунктаті рідкої крові – одна з ознак ЕВ. У разі клінічних ознак внутрішньочеревної кровотечі пункцію черевної порожнини через задне склепіння піхви не проводять – затримка часу початку лапаротомії.

На мал. 2 представлений алгоритм обстеження та лікування пацієнток із завмерлою вагітністю.

За умов завмерлої вагітності основними скаргами є наявність кров'янистих виділень зі статевих шляхів, іноді тягучий біль у нижніх відділах живота.

При огляді у дзеркалах шийка матки сформована або дещо вкорочена, зовнішнє вічко закрито. Кров'яністі виділення різного ступеня вираженості. При бімануальному піхвовому дослідженні матка м'якої консистенції, розміри матки менше терміну гестації. Для ультразвукової картини завмерлої вагітності характерним є: гіпоплазія амніотичної порожнини та хоріона, деформації плодового яйця, аномальній жовтковий мішок у вигляді його затримки або передчасної редукції, відсутність

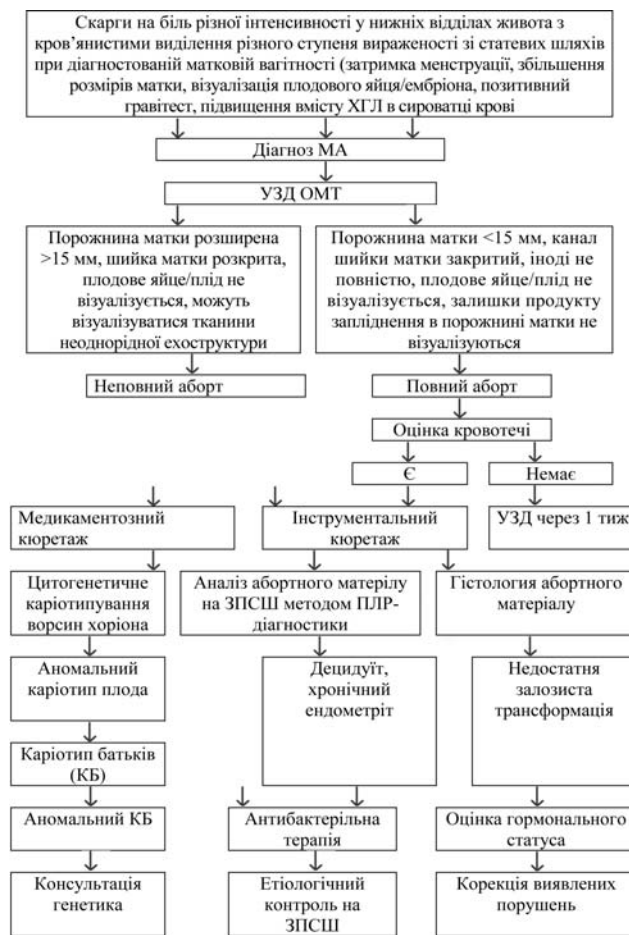


Мал. 2. Алгоритм обстеження та лікування завмерлої вагітності

ембріона при розмірах плодового яйця більше 25 мм, гіпоплазія та відсутність серцебиття в ембріона.

Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують міфепристон 600 мг одноразово перорально з наступним динамічним спостереженням в умовах стаціонару. У більшості жінок після застосування міфепристону протягом 24–36 год відбувається експульсія плодового яйця. За відсутності ефекту через 36–48 год вживають мізопропол 400–800 мг перорально з подальшим спостереженням. Через кілька годин (як правило, протягом 3–6 год) після застосування мізопрополу починається маткова скорочення та вигнання залишків плодового яйця. Жінка залишається для спостереження в умовах стаціонару протягом доби після вигнання і може бути виписана зі стаціонару за відсутності значної кровотечі, симптомів інфекції, можливості негайно звернутися до цього медичного закладу у будь-який час цілодобово. Через 7–10 днів після виписки зі стаціонару в амбулаторних умовах проводять контрольний огляд пацієнтки та УЗД. Перехід до хірургічної евакуації після медикаментозної евакуації здійснюють у разі виникнення значної кровотечі, появи симптомів інфекції, якщо евакуація залишків не розпочалась протягом 8 год після застосування мізопрополу, виявлення залишків плодового яйця у порожнині матки під час УЗД через 7–10 днів.

Алгоритм діагностики та лікування неповного мимовільного аборт (МА), що представлений на мал. 3, базується на наявності скарг на біль різної інтенсивності у нижніх відділах живота та кров'янистих виділень різного ступеня вираженості зі статевих шляхів.



Мал. 3. Алгоритм обстеження та лікування МА

силання на тягучий біль в нижніх відділах живота, з посиленням в динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер, що дедалі зменшується. Можлива експульсія плодового яйця.

При огляді у дзеркалах шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите. Кров'яністі виділення різного ступеня вираженості. При бімануальному піхвовому дослідженні матка м'якої консистенції, розміри матки менше терміну гестації, різний ступінь розкриття шийки матки. При УЗД порожнина матки розширена >15 мм, шийка матки розкрита, плодове яйце/плід не візуалізується, можуть візуалізуватися тканини неоднорідної ехоструктури.

Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують мізопропол – 800–1200 мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару. Препарат вводить у заднє склепіння піхви лікар під час огляду у дзеркалах. Подальше спостереження за жінкою проводить аналогічно, як і за умов медикаментозної евакуації завмерлої вагітності. Показаннями до проведення інструментальної ревізії стінок порожнини матки є наявність інтенсивної кровотечі, ознаки інфекції та відсутність ефекту від медикаментозного кюретажа.

При повному МА скарги на тягучий біль в нижніх відділах живота різної інтенсивності можуть бути відсутніми. Незначні кров'яністі виділення зі статевих шляхів (але можуть бути відсутні). Тягучий біль в нижніх відділах живота, з посиленням в динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер. Характерними є посилення на експульсію плодового яйця.

При огляді у дзеркалах шийка матки сформована, зовнішнє вічко розкрите. Незначні кров'яністі виділення або їхня



відсутність. При бімануальному піхвовому дослідженні матка щільна. Розміри її менше терміну гестації. Канал закритий, проте іноді не повністю. При УЗД порожнина матки <15 мм, канал шийки матки закритий, іноді не повністю, плодове яйце/плід не візуалізується, залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються. За відсутності скарг, кровотечі та тканини в порожнині матки за даними УЗД немає необхідності в інструментальній ревізії матки. Контрольне УЗД через 1 тиж. Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Упровадження алгоритмів обстеження жінок з різними формами РВВ у відділенні планування сім'ї та оперативної реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» дозволило значно підвищити ефективність діагностики даної патології та своєчасно провести адекватне лікування.

Відтак, протягом останніх 3 років не було жодного упушеного випадка «гострого» живота та крововтрати більше 200 мл. При догоспітальному обстеженні за допомогою ультразвукової діагностики встановлювали ту чи іншу форму репродуктивної втрати з наступною негайною госпіталізацією в стаціонар, де за відсутності загрозованих для життя симптомів проводили дообстеження.

Такий підхід до верифікації діагнозу ЕВ дозволив в 92% випадків своєчасно провести лікування шляхом лапароскопії зі збереженням маткових труб.

Медикаментозний кюретаж за умов замерлої вагітності ранніх термінів є ефективним у 85% випадків та дозволяє уникнути більш травматичної інструментальної евакуації елементів плодового яйця, що є пріоритетним у випадках переривання першої вагітності.

**Алгоритм обстеження і лічення жінчин с разными формами ранних потерь беременности**  
**И.Б. Вовк, В.К. Кондратюк, О.Б. Трохимович, О.Ю. Борисюк**

Представлены алгоритмы обследования и лечебной тактики жнщин с разными формами ранних репродуктивных потерь. Внедрение данных алгоритмов позволяет значительно повысить эффективность диагностики данной патологии и провести адекватное лечение. Такой подход к верификации диагноза эктопической беременности позволил в 92% случаев своевременно провести хирургическую лапароскопию с сохранением маточных труб. Медикаментозный кюретаж при замершей беременности ранних сроков эффективен в 85% случаев, что дает возможность избежать более травматичной инструментальной эвакуации элементов плодного яйца и является приоритетным при прерывании первой беременности.

**Ключевые слова:** *ранние потери беременности, алгоритм, диагностика, лечение.*

**Algorithm for evaluation and treatment of women with various forms of early pregnancy losses**  
**I.B. Vovk, V.K. Kondratjuk, O.B. Trohimovich, O.Yu. Borisiuk**

Algorithms of examination and treatment tactics of women with different forms of early reproductive loss are present. Implementation of these algorithms can significantly increase the efficiency of diagnosis of this disease and adequate treatment. This approach to the verification of the diagnosis of ectopic pregnancy has allowed in 92% of cases to conduct the surgical laparoscopy with preservation of the fallopian tubes. Medical curettage of missed abortion in early pregnancy is effective in 85% of cases, thus avoiding the more traumatic instrumental evacuation and is a priority for interruption of the first pregnancy.

**Key words:** *early pregnancy loss, algorithm, diagnosis, treatment.*

**Сведения об авторах**

**Вовк Ирина Борисовна** – ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8, тел.: (096) 37-48-494

**Кондратюк Валентина Константиновна** – ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8, тел.: (050) 334-53-87

**Трохимович Ольга Витальевна** – ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8. E-mail: o.trohimovych@mail.ru

**Борисюк Олег Юрьевич** – ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8, тел.: (050)3 51-19-74

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1218 с.
2. Игнатко И.В., Давыдов А.И. Профилактика репродуктивных потерь при привычном невынашивании беременности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – № 2. – С. 40–46.
3. Стрижаков А.Н. Потеря беременности / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко. – М.: МИА, 2007. – 224 с.
4. Карлійчук Є.С., Кравченко О.В. Реабілітація репродуктивної функції у жінок після викидня, що не відбувся /Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед. – 2011. – С. 421–424.
5. Доброхотова Т.А., Чернышенок Т.А., Акушева А.А. Реабилитация репродуктивной функции у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе // Журнал акушерства и женских болезней. – 2006. – № 1. – С. 91–94.
6. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности – М.: ТриандаХ, 2002. – 303 с.
7. Половинка В.О. Фактори ризику розвитку невиношування вагітності / О.В. Половинка // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 6. – С. 80–82.
8. Тетрашвили Н.К. Ранние потери беременности (иммунологические аспекты, пути профилактики и терапии): Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008.
9. Эктопическая беременность: медико-социальные проблемы / А.С. Гаспаров, А.Г. Косаченко, А.Н. Хачатрян и др. // Лапароскопия

- и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. – М.: ПАНТОРИ, 2002. – С. 207–208.
10. Чернова И.С. Репродуктивная функция женщин после лечения эктопической беременности / И.С. Чернова, Л.В. Адамян, А.В. Козаченко // Материалы III международного конгресса по репродуктивной медицине. – М.: МедиаСфера, 2009. – С. 263.
11. Тактика ведения послеоперационного периода при прогрессирующей трубной беременности / В.А. Бенько, И.А. Усевич, Т.Р. Никонок и др. // Проблемы достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. – 2009. – Т. 145, Ч. 3. – С. 302–303.

12. Доброхотова Ю.Э. Неразвивающаяся беременность: аспекты этиологии. Возможности цитокотерапии в программе реабилитации в раннем послеабортном периоде / Доброхотова Ю.Э., Сухих Г.Т., Озерова Р.И. // Проблемы репродукции. – 2004. – № 3. – С. 32–36.
13. Сидорова И.С. Неразвивающаяся беременность / И.С. Сидорова, Н.А. Шешукова // Гинекология. – 2006. – Том 08, № 3. – С. 34–39.
14. Радзинский В.Е. Неразвивающаяся беременность / В.Е. Радзинский, В.И. Димитрова, И.Ю. Майскова // М.: Гэотар-Медиа, 2009. – 200 с.
15. Давтян Е.Л. Неразвивающаяся беременность I триместра: патогенез и профилактика: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Е.Л. Давтян. – М., 2006. – 20 с.

Статья поступила в редакцию 18.06.2013