

Позаматкова вагітність та мимовільний викидень: діагностика і тактика ведення (NG126)

Керівництво Національного інституту охорони здоров'я та удосконалення медичного обслуговування (The National Institute for Health and Care Excellence – NICE)

Опубліковано: 17 квітня 2019. nice.org.uk/guidance/ng126

Адаптовано Л.В. Пахаренко

Рекомендації, які наведені у даному керівництві, представляють погляд NICE, який був сформований після ретельного розгляду наявних доказів. Передбачається, що практикуючі фахівці та лікарі будуть повністю враховувати положення даного керівництва і зважати на індивідуальні особливості, уподобання та цінності своїх пацієнтів, які користуються їхніми послугами. Застосування рекомендацій не є обов'язковим, а положення керівництва не віднімає відповідальності за прийняття рішень щодо певних обставин конкретного пацієнта та обговорення їх із самим пацієнтом, його родиною, доглядачем або опікуном.

Керівники лікарських установ на місцях та постачальники медичних послуг відповідають за застосування принципів керівництва медичними спеціалістами, які виявляють бажання надати відповідні медичні послуги, а також особами, які відповідно мають бажання цими послугами скористатись. Вони повинні це робити в контексті місцевих та національних пріоритетів фінансування та розвитку послуг, а також з огляду на їхні обов'язки належним чином враховувати необхідність усунення незаконної дискримінації, сприяти рівним можливостям та усуненню нерівностей у сфері охорони здоров'я. Ніякі положення даного керівництва не повинні тлумачитись таким чином, щоб це відповідало невиконанню своїх обов'язків.

Керівники лікарських установ на місцях та провайдери відповідають за безпечну діяльність сфери охорони здоров'я щодо навколишнього середовища та повинні сприяти за можливості виконанню положень «Зниження впливу при застосуванні рекомендацій NICE на навколишнє середовище».

Дане керівництво замінює керівництво CG154.

Це керівництво розроблено на підставі керівництва QS69.

Огляд

У даному керівництві розглядається тема діагностики та тактики ведення позаматкової вагітності та мимовільного викидня у жінок із такими ускладненнями, як біль та кровотеча, на ранніх термінах вагітності (13 повних тижнів вагітності). Метою є покращення діагностики ранніх втрат вагітності, а також надання підтримки жінкам для зменшення психологічного впливу внаслідок втрати вагітності.

Для кого дане керівництво розроблено?

- Медичні спеціалісти
- Керівники лікарських установ
- Жінки з ускладненнями вагітності на ранніх термінах (13 повних тижнів гестації), їхні родичі та опікуни.

Рекомендації

Люди мають право бути залученими до обговорення та приймати рішення після наданої інформації щодо їхнього лікування, як описано у посиланні «Ваше лікування».

Положення «Прийняття рішень із використанням рекомендацій NICE» пояснює, як ми використовуємо слова, щоб показати силу (або визначеність) наших рекомендацій, а також інформацію про призначення лікарських засобів (включаючи такі, що застосовуються не за призначенням), професійні рекомендації, стандарти та закони (включаючи згоду та розумові здібності) та гарантії захисту.

1.1 Підтримка та надання інформації

1.1.1 Відносьтесь з повагою до всіх жінок під час лікування ускладнень вагітності на ранніх термінах. Пам'ятайте, що жінки по-різному реагують на ускладнення або втрату вагітності. Надавайте всім жінкам інформацію та підтримку в делікатній формі з урахуванням їхніх особистих обставин та емоційної реакції. Для отримання додаткових рекомендацій щодо надання інформації дивись рекомендації NICE «Досвід пацієнта, отриманий у відділеннях для дорослих Національного інституту охорони здоров'я та удосконалення медичного обслуговування». [2012]

1.1.2 Медичні працівники, які надають допомогу жінкам з ускладненнями вагітності на ранніх термінах в будь-яких умовах, мають усвідомлювати, що такий стан (ускладнення на ранніх термінах гестації) може призвести до суттєвих розладів у деяких жінок та їхніх партнерів.

Медичним працівникам, які надають допомогу таким жінкам, слід пройти навчання, як правильно спілкуватись та повідомляти погані новини. Працівники немедичного профілю, такі, як адміністратори, що працюють в установах, у яких надається допомога жінкам на ранніх термінах вагітності, також повинні пройти навчання зі спілкування з жінками, які мають ускладнення на ранніх термінах гестації. Додаткову інформацію про підтримку під час вагітності надано в керівництві NICE «Психічне здоров'я в антенатальний та постнатальний періоди». [2012, змінено 2019]

1.1.3 Протягом надання допомоги постійно повідомляйте жінці та її партнеру (зі згоди жінки) в різних форматах науково доведеної інформацію. Вона повинна включати (за необхідності) наступні моменти:

- коли і яким чином звертатись по допомогу, якщо відзначається погіршення існуючих симптомів або поява но-

вих, контактний телефон, за яким можна звернутись 24 години на добу

- чого чекати під час очікування на ультразвукове дослідження
- чого очікувати при лікуванні (включаючи вичікувальну тактику), наприклад, щодо змін тривалості та інтенсивності болю та/або кровотечі та можливих побічних ефектів; ця інформація має бути надана з урахуванням лікування, що отримує жінка
- інформацію про післяопераційне лікування (для жінок, які перенесли операцію)
- чого очікувати в період відновлення, наприклад, коли можна повернутись до статевого життя та/або спробувати знову завагітніти, та що робити, якщо знову настане вагітність; ця інформація має бути надана з урахуванням лікування, яке отримує жінка
- інформацію про ймовірний вплив лікування на можливість завагітніти у майбутньому
- де можна отримати доступ до служб підтримки та консультування, включаючи листівки, брошури, веб-адреси та номери телефонів служб довіри різних організацій.

Переконайтесь, що у вас є достатньо часу для обговорення цих питань з жінками під час їхнього лікування, призначте додаткову зустріч, якщо потрібно більше часу. [2012]

1.1.4 Після випадку втрати вагітності на ранніх термінах запропонуйте жінці подальше спостереження у медичного спеціаліста на її вибір. [2012]

1.2 Служби надання допомоги жінкам на ранніх термінах вагітності

1.2.1 На місцях повинна бути організована діяльність таким чином, щоб установи, де можна діагностувати вагітність на ранніх термінах (служби надання допомоги жінкам на ранніх термінах вагітності), були доступні 7 днів на тиждень для жінок з ускладненнями гестації на ранніх термінах та мали можливість проведення ультразвукового дослідження та прийняття рішення про подальшу тактику ведення. [2012]

1.2.2 Служба надання допомоги жінкам на ранніх термінах вагітності повинна:

- бути спеціалізованою установою, у якій медичні працівники є компетентними щодо встановлення діагнозу та лікування жінок, які скаржаться на біль та/або кровотечу на ранніх термінах гестації, **та**
- пропонувати ультразвукове дослідження та визначення рівня хоріонічного гонадотропіну (ХГТ) у сироватці крові **та**
- бути укомплектованою медичними працівниками, які вміють делікатно спілкуватись з пацієнтами та повідомляти погані новини. [2012]

1.2.3 До служб надання допомоги жінкам на ранніх термінах вагітності можуть самостійно звертатись жінки зі звичними викиднями, позаматковою вагітністю або міхуровим заносом в анамнезі. Хоча до даного керівництва не входять рекомендації щодо надання допомоги жінкам зі звичним викиднем, робоча група з розроблення керівництва визнає загальноприйнятною практикою самостійне звернення жінок в установи, які надають допомогу на ранніх термінах вагітності, і вважає і надалі доцільною таку діяльність. Усім іншим жінкам з болем та/або кровотечею слід звертатись до медичних спеціалістів (лікар загальної практики, лікар з невідкладної допомоги, акушерка або медсестра) перед тим, як звернутися до служби надання допомоги жінкам на ранніх термінах вагітності. [2012]

1.2.4 Переконайтесь в тому, що місцева установа з надання послуг на ранніх термінах гестації, куди направлено жінку для вирішення певної клінічної ситуації, є доступною протягом 24 годин. Якщо вона недоступна, а клінічні симптоми потребують подальшого оцінювання, направте жінку до найближчого спеціалізованого закладу, в якому надається спеціалізована допомога та є можливість проведення ультразвукового дослідження (наприклад, гінекологічний відділ або відділ невідкладної допомоги, в якому є можливість отримати консультацію гінеколога). [2012]

1.3 Симптоми та ознаки позаматкової вагітності та їхнє первинне оцінювання

1.3.1 Направте жінок із нестабільними показниками гемодинаміки або осіб, щодо яких є настороженість стосовно інтенсивності болю або кров'янистих виділень, у відділення невідкладної допомоги. [2012]

1.3.2 Майте на увазі, що атиповий перебіг позаматкової вагітності є поширеним явищем. [2012]

1.3.3 Майте на увазі, що позаматкова вагітність може проявлятися різноманітними симптомами. Навіть якщо симптом зустрічається не так часто, він може бути важливим. До симптомів позаматкової вагітності належать:

- загальні симптоми:
 - біль у животі або в ділянці таза
 - аменорея або затримка менструації
 - вагінальна кровотеча з або без згустків
- інші симптоми:
 - болочість грудних залоз
 - шлунково-кишкові симптоми
 - запаморочення, непритомність
 - біль, який віддає у плече
 - симптоми з боку сечової системи
 - відчуття тиску на пряму кишку або біль під час дефекації. [2012]

1.3.4 Майте на увазі, що під час огляду медичний спеціаліст може виявити різні ознаки позаматкової вагітності. До ознак позаматкової вагітності належать:

- більш поширені ознаки:
 - болочість в ділянці малого таза
 - болочість в ділянці придатків
 - болочість в ділянці живота
- інші ознаки:
 - болочість при рухах шийки матки
 - болочість при раптовому віднятті руки під час пальпації живота або перитонеальні симптоми
 - здуття живота
 - збільшення матки
 - тахікардія (більше 100 уд. за 1 хв) або зниження артеріального тиску (менше 100/60 мм рт.ст.)
 - шок або колапс
 - ортостатична гіпотензія. [2012]

1.3.5 Під час клінічного обстеження жінок репродуктивного віку слід враховувати, що:

- вони можуть бути вагітними, тому треба запропонувати зробити тест на вагітність, навіть якщо симптоми є неспецифічними, **та**
- симптоми та ознаки позаматкової вагітності можуть бути схожими на симптоми та ознаки інших захворювань, наприклад, патології травного тракту або інфекцій сечових шляхів. [2012]

1.3.6 Усі медичні працівники, які надають допомогу жінкам репродуктивного віку, мають мати доступ до тестів на вагітність. [2012]

1.3.7 Потрібно негайно звернутись до служби надання допомоги на ранніх термінах вагітності (або в позаробочий час до гінекологічного відділення за неможливості доступу до служби з надання допомоги на ранніх термінах вагітності) для проведення подальшого обстеження жінок із позитивним тестом на вагітність та визначення наявності:

- болю та напруженості живота **або**
- болочості в ділянці таза **або**
- болочості при рухах шийки матки. [2012]

1.3.8 Виключіть можливість позаматкової вагітності навіть за відсутності факторів ризику (наприклад попередньої позаматкової вагітності), оскільки у близько третини жінок із позаматковою вагітністю немає встановлених факторів ризику. [2012]

1.3.9 Направте до служби надання допомоги на ранніх термінах вагітності (або в позаробочий час до гінекологічного відділення за неможливості доступу до служби з надання допомоги на ранніх термінах вагітності) жінок з кровотечею або іншими симптомами чи ознаками ускладнень вагітності на ранньому терміні, у яких є:

- біль **або**
- вагітність у терміні 6 тижнів або більше **або**
- вагітність із невстановленим терміном.

Терміновість такого направлення залежить від клінічної ситуації. [2012]

1.3.10 Застосовуйте вичікувальну тактику у жінок із терміном гестації менше 6 тижнів, у яких є кровотеча, немає болю та які не мають факторів ризику, таких, як позаматкова вагітність в анамнезі. Таким жінкам порадьте:

- повторно звернутись у разі продовження кровотечі або появи болю
- повторити тест на вагітність з сечею через 7-10 днів та звернутись знову, якщо він позитивний
- негативний тест на вагітність означає, що вагітність мимовільно перервалась [2012, зі змінами 2019]

1.3.11 Направте жінок, які звернулись повторно у зв'язку з погіршенням стану, що може свідчити про позаматкову вагітність, до служби надання допомоги на ранніх термінах вагітності (або в позаробочий час до гінекологічного відділення за неможливості доступу до служби надання допомоги на ранніх термінах вагітності) для подальшого обстеження. Рішення про те, чи слід оглядати пацієнтку негайно або протягом 24 годин, буде залежати від клінічної ситуації. [2012]

1.3.12 Якщо жінка направляється до служби надання допомоги на ранніх термінах вагітності (або в позаробочий час до гінекологічного відділення за неможливості доступу до служби з надання допомоги на ранніх термінах вагітності), поясніть причини направлення та на яку допомогу вона може розраховувати при зверненні. [2012]

1.4 Діагностика маткової вагітності, що розвивається, та позаматкової трубної вагітності

1.4.1 Запропонуйте жінкам, які звертаються до служби надання допомоги на ранніх термінах вагітності (або в позаробочий час до гінекологічного відділення за неможливості

доступу до служби надання допомоги на ранніх термінах вагітності) пройти трансвагінальне ультразвукове обстеження для визначення місця локалізації плідного яйця та чи наявні фетальний полюс та серцебиття плода. [2012]

1.4.2 Розгляньте питання проведення трансабдомінального ультразвукового обстеження жінкам зі збільшеною маткою або іншою патологією органів таза, такою, як міома або кіста яєчника. [2012]

1.4.3 Якщо трансвагінальне обстеження є неприйнятним для жінки, то запропонуйте трансабдомінальне обстеження та поясність обмеження ефективності цього методу сканування. [2012]

Ультразвукове обстеження для діагностики життєздатності маткової вагітності

1.4.4 Роз'ясніть жінкам, що діагноз мимовільного викидня не може бути на 100% точним, якщо він встановлений за даними тільки одного ультразвукового дослідження, існує невелика ймовірність того, що діагноз може бути хибним, особливо на дуже ранніх термінах вагітності. [2012]

1.4.5 Під час проведення ультразвукового дослідження для визначення прогресування маткової вагітності спочатку визначають наявність серцебиття плода. Якщо візуально серцебиття плода не визначається, але є фетальний полюс, виміряйте куприково-тім'яний розмір. Якщо фетальний полюс не візуалізується, то виміряйте тільки середній діаметр плідного яйця. [2012]

1.4.6 Якщо при проведенні трансвагінального ультразвукового сканування куприково-тім'яний розмір становить менше 7 мм, а серцебиття відсутнє, повторіть ультразвукове обстеження мінімум через 7 днів після першого, перш ніж встановити діагноз. Для встановлення діагнозу, можливо, буде потрібно провести знову подальші сканування. [2012]

1.4.7 Якщо при ультразвуковому дослідженні куприково-тім'яний розмір становить 7 мм та більше і серцебиття не визначається, то:

- шукайте інші підтвердження щодо життєздатності плода **та/або**
- перш ніж встановити діагноз, виконайте друге ультразвукове обстеження мінімум через 7 днів після першого. [2012]

1.4.8 Якщо при проведенні трансабдомінального ультразвукового дослідження серцебиття не визначається при вимірюванні куприково-тім'яного розміру, то:

- зафіксуйте (запишіть) показники куприково-тім'яного розміру
- перш ніж встановити діагноз, проведіть друге ультразвукове обстеження мінімум через 14 днів після першого

1.4.9 Якщо при трансвагінальному ультразвуковому дослідженні середній діаметр плідного яйця менше 25,0 мм та фетальний полюс не візуалізується, проведіть повторне сканування з інтервалом мінімум 7 днів після першого для встановлення діагнозу. Можливо, необхідно буде провести повторні сканування для встановлення діагнозу. [2012]

1.4.10 Якщо при трансвагінальному ультразвуковому дослідженні середній діаметр плідного яйця становить 25,0 мм та більше і фетальний полюс не візуалізується:

- шукайте інші підтвердження щодо життєздатності плода **та/або**

- перш ніж встановити діагноз, виконайте друге ультразвукове обстеження мінімум через 7 днів після першого. [2012]

1.4.11 Якщо фетальний полюс не визначається та виміряно середній діаметр плідного яйця при проведенні трансабдомінального ультразвукового дослідження:

- зафіксуйте (запишіть) середній діаметр плідного яйця та
- перш ніж встановити діагноз, виконайте друге ультразвукове обстеження мінімум через 14 днів після першого. [2012]

1.4.12 Не використовуйте тільки гестаційний термін, який встановлений за датою останньої менструації, щоб визначити, чи має вже прослуховуватися серцебиття плода. [2012]

1.4.13 Поясніть жінкам, що дата останньої менструації не може бути точним критерієм визначення терміну вагітності через мінливість менструального циклу. [2012]

1.4.14 Повідомте жінкам, чого слід очікувати від повторного ультразвукового сканування і що повторне дослідження не чинить негативного впливу на наслідки вагітності. [2012]

1.4.15 Дайте номер телефону, за яким можна подзвонити 24 години на добу та поговорити з особою, яка має досвід надання допомоги жінкам із ускладненнями на ранніх термінах вагітності, може порадишити відповідну тактику дій. Дивіться також рекомендацію 1.1.3 про подальшу інформацію, яка може бути надана. [2012]

1.4.16 Під час діагностики повного мимовільного викидня за даними ультразвукового обстеження за відсутності попереднього дослідження, яке б підтвердило факт маткової вагітності, завжди слід пам'ятати про можливість локалізації вагітності в іншому місці. Порадьте жінкам знову звернутись для обстеження (наприклад, для визначення ХГТ, ультразвукового дослідження), поки не буде встановлено остаточний діагноз. (Див. також рекомендації 1.4.23–1.4.32 щодо вагітності у невизначеній локалізації). [2012, зі змінами 2019]

Застосування ультразвукового обстеження для діагностики позаматкової вагітності

1.4.17 При проведенні трансвагінального ультразвукового обстеження на ранніх термінах вагітності зверніть увагу на наступні ознаки, які свідчать про трубку позаматкову вагітність:

- утворення в ділянці придатків матки, яке є рухомим окремо від яєчника^[1] та містить плідне яйце з жовтковим мішком, або
- утворення в ділянці придатків матки, яке є рухомим окремо від яєчника^[1] та містить плідне яйце і фетальний полюс (з або без серцебиття плода). [2019]

1.4.18 При проведенні трансвагінального ультразвукового обстеження на ранніх термінах вагітності зверніть увагу на такі ознаки, що свідчать про високу ймовірність трубної позаматкової вагітності:

- утворення у ділянці придатків матки, яке є рухомим окремо від яєчника^[1] та містить порожнє плідне яйце (іноді його описують як «трубне кільце» або «знак бу-блика»), або

- неоднорідне комплексне утворення придатків матки, яке є рухомим окремо щодо яєчника^[1]. [2019]

Якщо ці ознаки наявні, то перш ніж встановити діагноз, зверніть увагу при скануванні на інші маткові ознаки та ознаки з боку придатків матки, клінічну картину та рівень ХГТ у сироватці крові. [2019]

1.4.19 При проведенні трансвагінального ультразвукового обстеження на ранніх термінах вагітності зверніть увагу на такі ознаки, що свідчать про ймовірність позаматкової вагітності:

- порожня матка **або**
- накопичення рідини у порожнині матки (іноді описується як псевдомішок^[2]).

Якщо ці ознаки наявні, то перш ніж встановити діагноз, зверніть увагу при скануванні на інші маткові ознаки та ознаки з боку придатків матки, клінічну картину та рівень ХГТ у сироватці крові. (Дивіться також рекомендації 1.4.23–1.4.32 щодо вагітності невизначеної локалізації). [2019]

1.4.20 Під час проведення трансабдомінального або трансвагінального ультразвукового дослідження на ранніх термінах вагітності зверніть увагу на наявність помірної або значної кількості вільної рідини у черевній порожнині або дугласовому просторі, що може свідчити про гемоперитонеум. За його наявності зверніть увагу на інші ознаки з боку матки та придатків при ультразвуковому скануванні, клінічну картину та рівень ХГТ, перш ніж встановити діагноз. [2019]

1.4.21 При проведенні трансабдомінального або трансвагінального ультразвукового дослідження на ранніх термінах вагітності обстежте порожнину матки та придатки, щоб побачити, чи є гетеротопна вагітність. [2019]

1.4.22 Усі ультразвукові обстеження повинні виконуватись або безпосередньо контролюватись та перевірятись кваліфікованими медичними працівниками, які пройшли навчання та мають досвід діагностики позаматкової вагітності. [2012, зі змінами 2019]

Визначення рівня хоріонічного гонадотропіну у жінок з вагітністю невстановленої локалізації

1.4.23 Пам'ятайте, що поки не буде визначено місце розташування плідного яйця, у жінок із вагітністю з невстановленою локалізацією може бути позаматкова вагітність. [2012]

1.4.24 Не використовуйте визначення рівня ХГТ у сироватці крові для визначення локалізації вагітності. [2012]

1.4.25 У жінок із вагітністю з невизначеною локалізацією більш важливе значення надається клінічній симптоматиці, ніж результатам ХГТ у сироватці крові. Проведіть огляд жінки при змінах будь-якого симптому незалежно від попередніх результатів та висновків. [2012]

1.4.26 Використовуйте визначення рівня ХГТ у сироватці крові тільки для оцінювання проліферативних процесів трофобласта, що необхідно для подальшої тактики ведення. [2012]

^[1] Іноді має назву «ознака ковзаня».

^[2] Таке накопичення рідини має бути диференційоване від плодового мішка у матці на ранньому терміні, що визначається наявністю гіпоехогенної структури, яка розташована ексцентрично, з подвійною децидуальною ознакою (гестаційний мішок, який оточений двома концентричними ехогенними кільцями) в ендометрії.

1.4.27 Зробіть двічі визначення рівня ХГТ у сироватці крові як скоріше з інтервалом 48 годин (але не менше) для визначення подальшої тактики ведення вагітності з невстановленою локалізацією. Подальші додаткові вимірювання проведіть тільки після погодження зі старшим медичним професійним працівником. [2012]

1.4.28 Незалежно від рівня ХГТ у сироватці крові надайте жінкам із вагітністю з невизначеною локалізацією інформацію у письмовому вигляді про те, що робити, якщо їхній стан погіршиться або з'являться будь-які нові симптоми, включаючи інформацію, як отримати невідкладну допомогу 24 години на добу. Порадьте жінкам ще раз звернутись, якщо з'являться нові симптоми або їхній стан погіршиться. [2012]

1.4.29 Для жінок, у яких відзначається зростання рівня ХГТ у сироватці крові більш ніж на 63 % через 48 годин:

- повідомте, що у жінки може розвиватись маткова вагітність (хоча ймовірність позаматкової вагітності не можна виключити)
- запропонуйте жінці провести трансвагінальне ультразвукове обстеження для визначення локалізації вагітності через 7–14 днів. Розгляньте доцільність проведення сканування раніше жінкам із рівнем ХГТ 1500 МО/л та більше у сироватці крові.
 - Якщо підтверджено маткову вагітність, що розвивається, запропонуйте жінці спостереження за вагітністю. Дивіться керівництво NICE з антенатальної допомоги при неускладненій вагітності.
 - Якщо не підтверджено маткову вагітність, що розвивається, негайно направте жінку до більш досвідченого гінеколога на консультацію. [2012]

1.4.30 Для жінок зі зниженням рівня ХГТ у сироватці крові більш ніж на 50 % через 48 годин:

- повідомте жінку, що її вагітність навряд чи прогресує, але це ще не остаточно встановлено, **та**
- надайте їй усну та письмову інформацію про те, де можна отримати підтримку та консультацію. Дивіться також рекомендацію 1.1.3 стосовно додаткової інформації та яким чином можна отримати підтримку та консультацію
- попросіть жінку зробити тест на вагітність з сечею через 14 днів після другого визначення рівня ХГТ у сироватці крові та поясніть, що:
 - якщо тест негативний, то подальші дії не потрібні
 - якщо тест позитивний, то вона повинна знову звернутись до служби з надання допомоги на ранніх термінах вагітності для клінічного огляду протягом 24 годин. [2012]

1.4.31 Направте жінок зі зниженим рівнем ХГТ у сироватці крові більш ніж на 50 % або з його зростанням більш ніж на 63 % на клінічний огляд до служби надання допомоги на ранніх термінах вагітності протягом 24 годин. [2012, зі змінами 2019]

1.4.32 Жінкам із вагітністю з невстановленою локалізацією та наявністю послідовних вимірювань рівня ХГТ у сироватці крові не слід визначати рівень прогестерону у сироватці крові як додаткового методу для діагностики прогресування маткової або позаматкової вагітності. [2012]

1.5 Тактика ведення мимовільного викидня

Загроза мимовільного викидня

1.5.1 Запропонуйте жінці з наявністю вагінальних кров'янистих виділень та підтвердженою матковою вагітністю та серцебиттям плода:

- у разі посилення кров'янистих виділень або їхньої тривалості більше 14 днів звернутись для подальшого обстеження
- у разі припинення кров'янистих виділень слід розпочати або продовжити спостереження за вагітністю. [2012]

Вичікувальна тактика

1.5.2 Застосуйте вичікувальну тактику протягом від 7 до 14 днів як стратегію першої лінії жінкам із підтвердженим діагнозом мимовільного викидня. Розгляньте інші варіанти ведення, ніж вичікувальна позиція, якщо:

- у жінки наявний підвищений ризик кровотечі (наприклад, якщо жінка знаходиться наприкінці першого триместра вагітності) **або**
- у жінки є негативний та/або травматичний досвід попередньої вагітності (наприклад, мертвородження, викидень, кровотеча під час вагітності) **або**
- у жінки є підвищений ризик кровотечі (наприклад, наявність коагулопатії або неможливість переливання крові) **або**
- у жінки наявна інфекція. [2012]

1.5.3 Запропонуйте медикаментозне лікування жінкам із підтвердженим діагнозом викидня, якщо вичікувальна тактика не є прийнятною для жінки. [2012]

1.5.4 Поясніть, що означає вичікувальна тактика і що більшість жінок не потребують подальшого лікування. Також надайте жінкам усну та письмову інформацію про подальші варіанти лікування. [2012]

1.5.5 Надайте всім жінкам, у яких застосовується вичікувальна тактика лікування викидня, усну та письмову інформацію про те, чого можна очікувати, поради щодо зменшення болю та де і коли можна отримати термінову допомогу при невідкладному випадку. Дивіться також рекомендацію 1.1.3 щодо подальшої інформації, яка може бути надана. [2012]

1.5.6 Якщо характер кровотечі та болю свідчить, що викидень відбувся протягом 7–14 днів проведення вичікувальної тактики лікування, порадьте жінці зробити тест на вагітність з сечею через 3 тижні та, якщо він позитивний, знову звернутись по індивідуальну консультацію. [2012]

1.5.7 Запропонуйте повторне ультразвукове дослідження, якщо після застосування вичікувальної тактики кровотеча та біль:

- не розпочались (припускають, що викидень ще не розпочався) **або**
- є постійними та/або посилюються (свідчить про неповний викидень).

Обговоріть всі варіанти лікування (продовження вичікувальної тактики, медикаментозне або хірургічне лікування) з жінкою, щоб вона могла зробити усвідомлений вибір. [2012]

1.5.8 Перегляньте стан жінки, яка обрала продовження вичікувальної тактики лікування викидня, як мінімум, через 14 днів після початку. [2012]

Медикаментозне лікування

1.5.9 Не пропонуйте застосовувати міфепристон для лікування викидня, що не відбувся, або неповного викидня. [2012]

1.5.10 Запропонуйте мізопропрост вагінально^[3] для медикаментозного лікування викидня, що не відбувся, або неповного викидня. Вживання препарату перорально є прийнятною альтернативою, якщо жінка має таке бажання. [2012]

1.5.11 Жінкам із викиднем, що не відбувся, призначають одноразово 800 мікрограмів мізопростолу^[3]. [2012]

1.5.12 Порадьте жінкам, якщо кровотеча не розпочалась протягом 24 годин після початку лікування, звернутись до свого лікаря для надання допомоги в індивідуальному порядку. [2012]

1.5.13 Жінкам із неповним викиднем призначте одноразово 600 мікрограмів мізопростолу^[3] (800 мікрограмів можна призначити в якості альтернативи, щоб узгодити протоколи лікування викидня, що не відбувся, та неповного викидня). [2012]

1.5.14 За потреби запропонуйте всім жінкам, які отримують медикаментозне лікування викидня, знеболювальні та протиблювотні препарати. [2012]

1.5.15 Поясніть жінкам, які проходять медикаментозну терапію мимовільного викидня, що може відбуватись протягом лікування, включаючи тривалість та інтенсивність кров'янистих виділень та можливі побічні ефекти, такі, як біль, діарея та блювання. [2012]

1.5.16 Запропонуйте жінкам повторити тест на вагітність з сечею через 3 тижні після медикаментозного лікування викидня, якщо у них не відзначається погіршення стану. У даному випадку порадьте їм звернутись до медичного спеціаліста, який відповідає за їхнє лікування, щодо надання медичної допомоги. [2012]

1.5.17 Рекомендуйте жінкам із позитивним тестом на вагітність з сечею, проведеним через 3 тиж, звернутись на огляд до медичного спеціаліста, щоб пересвідчитись у відсутності міхурового заносу або позаматкової вагітності. [2012]

Хірургічна тактика

1.5.18 У випадках клінічної доцільності запропонуйте жінкам, у яких відбувся викидень, на вибір:

- провести вакуум-аспірацію під місцевою анестезією в амбулаторних або стаціонарних умовах **або**
- хірургічне лікування в операційній під загальною анестезією. [2012]

1.5.19 Надайте усну та письмову інформацію всім жінкам, яким проводиться хірургічне лікування викидня, про доступні варіанти терапії та що очікувати під час та після процедури і її наслідки. Дивіться також рекомендацію 1.1.3 щодо подальшої інформації, яка може бути надана. [2012]

1.6 Тактика ведення трубної позаматкової вагітності

1.6.1 Надайте всім жінкам із позаматковою вагітністю усну та письмову інформацію про:

- варіанти лікування і що очікувати під час та після лікування
- як вони можуть звернутись до медичного спеціаліста за порадою після лікування та до кого, куди і коли звертатись по допомогу у разі невідкладної ситуації.

Дивіться також рекомендацію 1.1.3 щодо подальшої інформації, яка може бути надана. [2012, зі змінами 2019]

1.6.2 Повідомте жінок, які мали позаматкову вагітність, що вони можуть самостійно звернутись до служби надання допомоги на ранніх термінах вагітності з приводу наступних вагітностей у разі ускладнень на ранньому терміні. [2012]

Вичікувальна тактика

1.6.3 Запропонуйте вичікувальну тактику як варіант лікування жінкам у таких випадках:

- клінічно стабільна картина та відсутність болю **та**
- наявність трубної позаматкової вагітності розміром менше 35 мм без ознак серцебиття за даними трансвагінального ультразвукового дослідження **та**
- рівень ХГТ у сироватці крові 1000 МО/л і менше **та**
- є можливість повторно звернутись для подальшого спостереження. [2019]

1.6.4 Розгляньте можливість застосувати вичікувальну тактику жінкам у таких випадках:

- клінічно стабільна картина і відсутність болю **та**
- наявність трубної позаматкової вагітності розміром менше 35 мм без ознак серцебиття за даними трансвагінального ультразвукового дослідження **та**
- рівень ХГТ у сироватці крові більше 1000 МО/л і менше 1500 МО/л **та**
- є можливість повторно звернутись для подальшого спостереження [2019]

1.6.5 Жінкам, у яких застосовується вичікувальна тактика ведення позаматкової вагітності, повторіть визначення рівня ХГТ на 2, 4-й та 7-й дні після первинного результату та:

- якщо рівень ХГТ знижується на 15 % і більше від попереднього значення на 2, 4-й та 7-й дні, то повторіть його визначення щотижня, доки не отримаєте негативний результат (менше 20 МО/л) **або**
- якщо рівень ХГТ не знижується на 15 %, залишається таким самим або зростає порівняно з попереднім значенням, оцініть клінічний стан жінки та зверніться до більш досвідченого професійного лікаря за порадою стосовно подальшої тактики ведення. [2019]

1.6.6 Поясніть жінкам, що згідно з обмеженими доказами, ймовірно, не існує різниці між вичікувальною або медикаментозною тактикою щодо наступних позицій:

- частота позаматкової вагітності, яка завершилась самостійно
- ризик розриву труби
- необхідність додаткового лікування, але існує ймовірна потреба в ургентній госпіталізації у разі погіршення стану
- стан здоров'я, рівень депресії або тривожності. [2019]

1.6.7 Порадьте жінками, що час, необхідний для розродження при позаматковій вагітності самостійно, та наслідки у майбутньому щодо фертильності, ймовірно, будуть однаковими як при вичікувальній тактиці, так і при медикаментозному лікуванні. [2019]

Для того, щоб з'ясувати, чому комітет розробив у 2019 році рекомендації з вичікувальної тактики і яким чином вони можуть позначитись на практичній діяльності, дивіться розділ «Обґрунтування та вплив»

^[3] Незважаючи на те, що це широко використовується у клінічній практиці у Великій Британії, на час публікації (квітень 2019) мізопростол не мав дозволу у Великій Британії на продаж саме за цим показанням. Особа, яка призначає цей препарат, повинна дотримуватись вимог відповідного професійного керівництва та взяти на себе повну відповідальність за прийняте рішення. Необхідно отримати та підписати інформовану згоду. Дивіться «Рекомендації з призначень: призначення неліцензованих лікарських засобів» Генеральної медичної ради для отримання подальшої інформації.

Медикаментозне та хірургічне лікування

1.6.8 Запропонуйте застосування метотрексату^[4] жінкам, у яких:

- немає вираженого болю **та**
- наявна трубна вагітність без розриву труби із розміром менше 35 мм **та**
- відсутнє серцебиття **та**
- рівень ХГТ у сироватці крові менше 1500 МО/л **та**
- відсутня маткова вагітність (підтверджено за даними ультразвукового обстеження) **та**
- які можуть повторно звернутись для подальшого спостереження.

Метотрексат слід призначати тільки під час першого візиту, коли встановлений остаточний діагноз позаматкової вагітності, а прогресуюча маткова вагітність виключена. Запропонуйте оперативне лікування, якщо застосування метотрексату є неприйнятним для жінки. [2012, зі змінами 2019]

1.6.9 Запропонуйте хірургічне втручання у якості лікування першої лінії жінкам, які не можуть звернутись повторно для подальшого огляду після лікування метотрексатом^[4] та які мають:

- позаматкову вагітність та інтенсивний біль
- позаматкову вагітність розміром 35 мм і більше
- позаматкову вагітність з наявним серцебиттям плода за даними ультразвукового сканування
- позаматкову вагітність та рівень ХГТ у сироватці крові 5000 МО/л і більше. [2012]

1.6.10 Запропонуйте на вибір метотрексат^[4] або хірургічне лікування жінкам з позаматковою вагітністю, у яких рівень ХГТ у сироватці крові становить не менше 1500 МО/л і менше 5000 МО/л та які можуть звернутись повторно та відповідають наступним критеріям:

- відсутність сильного болю
- наявна трубна вагітність без розриву труби із розміром менше 35 мм та відсутністю серцебиття
- відсутність маткової вагітності (підтверджено на ультразвуковому дослідженні).

Роз'ясніть жінкам, які обрали терапію метотрексатом, що їхні шанси у подальшому оперативному втручанні зростають, і воно може бути терміновим, якщо їхній стан погіршиться. [2012]

1.6.11 У жінок із позаматковою вагітністю, які вживали метотрексат, визначте рівень ХГТ у сироватці крові двічі у перший тиждень (4-й та 7-й дні) після лікування, а потім проведіть одне визначення рівня ХГТ у сироватці крові щотижня до отримання негативного результату. Якщо концентрація ХГТ залишається на тому самому рівні або зростає, проведіть оцінювання стану жінки з метою визначення подальшої тактики. [2012]

Застосування лапароскопії

1.6.12 Якщо жінкам із позаматковою вагітністю показано хірургічне лікування, то його слід проводити за наявності можливості лапароскопічно, беручи до уваги стан жінки та складність оперативного втручання. [2012]

1.6.13 Хірурги, які надають допомогу жінкам із позаматковою вагітністю, повинні бути компетентними у виконанні лапароскопічного втручання. [2012]

1.6.14 Керівники медичних закладів та менеджери повинні забезпечити наявність обладнання для лапароскопічної хірургії. [2012]

Сальпінгектомія та сальпінготомія

1.6.15 Запропонуйте сальпінгектомію жінкам, яким планується провести хірургічне втручання з приводу позаматкової вагітності, за умови відсутності у них інших факторів ризику безплідності. [2012]

1.6.16 Розгляньте сальпінготомію як альтернативу сальпінгектомії жінкам із факторами ризику виникнення безплідності, такими, як пошкодження протилежної труби. [2012]

1.6.17 Повідомте жінок, яким має проводитись сальпінготомія, що одна з п'яти жінок можуть потребувати подальшого лікування. Таке лікування може включати метотрексат та/або сальпінгектомію. [2012]

1.6.18 Жінкам, яким проведено сальпінготомію, визначте рівень ХГТ у сироватці крові через 7 днів після операції, а далі – щотижня до отримання негативного результату. [2012]

1.6.19 Порекомендуйте жінкам, яким проведено сальпінгектомію, пройти тест на вагітність із сечею через 3 тижні. Порадьте жінкам звернутись повторно для обстеження, якщо тест позитивний. [2012]

1.7 Анти-D-резус-профілактика

1.7.1 Запропонуйте анти-D-резус-профілактику у дозі 250 МО (50 мкг) всім резус-негативним жінкам, яким проводиться хірургічне втручання з приводу позаматкової вагітності або мимовільного викидня. [2012]

1.7.2. Не пропонуйте анти-D-резус-профілактику жінкам, які:

- отримують виключно медикаментозне лікування позаматкової вагітності чи викидня **або**
- мають загрозу мимовільного викидня **або**
- мають повний мимовільний викидень **або**
- мають вагітність невідомої локалізації. [2012]

1.7.3. Не застосовуйте тест Клейхауера для визначення кількісної оцінки кровотоку від плода до матері. [2012]

Терміни, що застосовуються у даному керівництві

Вагітність на ранніх термінах

Вагітність у першому триместрі (тобто до повних 13 тижнів гестації).

Вичікувальна тактика

Тактика, яка також має назву «очікуй та спостерігай», коли не застосовується ні медикаментозне, ні хірургічне лікування. Мета полягає у тому, щоб побачити, чи проблема вирішиться самостійно.

Вагітність невизначеної локалізації

Стан, коли наявний позитивний тест на вагітність, але за даними трансвагінального ультразвукового обстеження вагітності ні в порожнині матки, ні поза маткою плідне яйце не визначається.

^[4] Незважаючи на те, що це широко використовується у клінічній практиці у Великій Британії, на час публікації (квітень 2019) метотрексат не мав дозволу у Великій Британії на продаж саме за цим показанням. Особа, яка призначає цей препарат, повинна дотримуватись вимог відповідного професійного керівництва та взяти на себе повну відповідальність за прийняте рішення. Необхідно отримати та підписати інформовану згоду. Дивіться «Рекомендації з призначень: призначення неліцензованих лікарських засобів» Генеральної медичної ради для отримання подальшої інформації.

Рекомендації для проведення дослідження

Комітет, який розробив керівництво, сформулював наступні рекомендації для досліджень, які ґрунтуються на розгляді доказів з метою покращення керівництва NICE та надання допомоги пацієнтові у майбутньому. Повний набір рекомендацій для дослідження Групи з розроблення рекомендацій детально надано у повному керівництві.

1. Відділення для визначення вагітності на ранніх термінах

Необхідно провести національне оцінювання необхідності надання послуг у відділеннях для визначення вагітності на ранніх термінах, встановити фактори, які впливають на наслідки вагітності. До факторів слід віднести положення про те, чи надається допомога у спеціалізованому підрозділі, наявність персоналу та години роботи спеціалізованих служб. Результати повинні включати як результати процесу обслуговування, так і наслідки вагітності. Зібрані дані повинні використовуватись для аналізу економічної ефективності служб для визначення вагітності на ранніх термінах гестації порівняно з іншими моделями надання допомоги.

Чому це важливо

Перший звіт роботи відділення з оцінювання ранньої вагітності в Англії було опубліковано понад 20 років тому. Він став поштовхом до швидкого розвитку центрів ведення проблем на ранніх термінах вагітності. Сьогодні в Англії та Уельсі нараховується 150 відділень з оцінювання ранньої вагітності (Асоціація відділень з оцінювання ранньої вагітності, 2012). Проте існує значна відмінність між центрами стосовно доступу до послуг та рівня надання медичної допомоги. Крім того, було проведено дуже мало якісних досліджень стосовно ефективності відділень з оцінювання ранньої вагітності, спрямованої на поліпшення фізичного та емоційного здоров'я, порівняно з послугами, що надаються за межами спеціалізованого відділення.

Національний аудит відділень з оцінювання ранньої вагітності допоможе компенсувати цю недостатність інформації. Такий аудит має проводитись відповідно до положень National Caesarean Section Sentinel Audit, перехресного національного опитування щодо надання послуг та оцінки результатів. Отримані дані будуть включати інформацію про місце обслуговування, години праці та залучених медичних працівників. Результати також будуть включати час відвідування, тривалість перебування, показники прийому, час, який потрібний на отримання лікування, та досвід жінок. Отримання деяких з цих даних передбачає залучення служб надання допомоги на ранніх термінах вагітності, що здійснюватимуть більш формальне спостереження за жінками, ніж повинні, на час проведення аудиту. Оцінка повинна бути структурована таким чином, щоб забезпечити порівняння між різними моделями догляду.

Зібрані порівняльні дані результатів будуть використані для аналізу ефективності витрат на відділення для визначення вагітності на ранніх термінах порівняно з іншими моделями лікування.

2. Ультразвукове дослідження для визначення життєздатності маткової вагітності

Яким чином час та частота проведення ультразвукового обстеження впливають на діагностику та наслідки ускладнень вагітності на ранніх термінах, включаючи досвід жінок та економічну ефективність?

Чому це важливо

Обґрунтування кількості ультразвукових досліджень з метою покращення діагностики та оптимізації наслідків ускладнень вагітності на ранніх термінах проводять до вирішення проблем стосовно вагітності з невизначеною лока-

лізацією та маткової вагітності з неясною життєздатністю. Доказова база щодо часу та частоти проведення ультразвукового обстеження обмежена, а кількість сканувань проводиться окремими відділеннями відповідно до можливостей та попиту. Деякі медичні працівники вважають за краще почекати 5 днів між скануваннями, тоді як інші – 10–14 днів. Ці рішення зумовлені як наявністю ресурсів, так і клінічним поглядом, але, зокрема, вплив різних підходів щодо вартості та досвіду жінок є незрозумілим. З даних літератури ясно, що немає чіткого консенсусу, але є загальна думка, що до 14 днів діагноз має бути встановлений. Для визначення найбільш відповідного часу для сканування ефективність сканування, виконаного через 14 днів, можна порівняти зі скануваннями, виконаними через 7 днів, для діагностики позаматкової вагітності або життєздатності плода.

3. Прогестерон/прогестоген для лікування загрози мимовільного викидня

Чи є прогестерон і прогестогени ефективними для лікування загрози викидня?

Чому це важливо

Приблизно 20 % вагітностей перериваються у першому триместрі, та багато жінок скаржаться на кров'янисті виділення та/або біль на ранніх термінах вагітності, які не приводять до її переривання. У багатьох країнах жінкам із кров'янистими виділеннями та/або болем призначають прогестерон або прогестогени, щоб спробувати знизити ризик викидня. Докази ефективності цього лікування були непереконливими, але дані мета-аналізу кількох невеликих досліджень свідчать про те, що застосовувати прогестогени краще, ніж плацебо. Однак існують теоретичні ризики призначення будь-якого лікування під час вагітності, і для багатьох лікарів це буде суттєвою зміною у практичній діяльності. Відсутність переконливих доказів робить це пріоритетним напрямком для досліджень.

Необхідно провести дуже велике багатоцентрове рандомізоване контрольоване дослідження у жінок, які отримували лікування прогестероном / прогестогеном або плацебо. Дослідження має бути достатньо великим, щоб бути достатньо потужним для виявлення відмінностей у довгострокових результатах. Слід відібрати жінок з болем і кровотечею та одноплідною матковою прогресуючою вагітністю, що настала самостійно, у терміні гестації 6–12 тижнів. Прогестерон/прогестоген або плацебо будуть призначати з моменту початку кровотечі до кінця 13-го тижня. Першочерговим результатом може бути факт вагітності, яка триває після закінчення першого триместра. Також необхідно оцінити, чи плід живий, а також наслідки вагітності, термін вагітності під час пологів та наявність вроджених аномалій.

4. Тактика ведення мимовільного викидня

Чи впливає тактика ведення (вичікувальна, медикаментозна або хірургічна) на досвід жінок із підтвердженим мимовільним викиднем, включаючи психологічні та емоційні наслідки?

Чому це важливо

Тактика ведення жінок з мимовільним викиднем у Великій Британії значно змінилась за останні два десятиліття, особливо щодо переходу від стаціонарного лікування до амбулаторного або щоденного нагляду та впровадження медикаментозної та вичікувальної тактики як альтернативи хірургічному втручання.

Незважаючи на ці зміни, існує недостатньо досліджень щодо ефективності різних підходів з погляду жінки, зокрема, впливу на її психологічний та емоційний стан. Викидень

є шоком для багатьох жінок, підхід до лікування сам по собі може вплинути на потребу жінки у консультуванні, що приведе до витрат Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (National Health Service, NHS). Тому це важлива галузь для дослідження.

Недостатність інформації в літературі могла б спонукати до проведення порівняльного дослідження у жінок із різним підходом до лікування (вичікувальна тактика, медикаментозна або хірургічна) та в різних клінічних умовах (наприклад, відділення для визначення вагітності на ранніх термінах, гінекологічне відділення або відділення невідкладної гінекологічної допомоги). Зібрані дані можуть бути як кількісними (за допомогою затверджених анкет психологічного здоров'я), так і якісними (зокрема, зосередження уваги на досвіді жінок конкретного типу лікування та умов надання медичної допомоги).

5. Порівняння між вичікувальною, медикаментозною та хірургічною тактиками ведення позаматкової вагітності

Чи впливає тактика ведення на досвід жінок із підтвердженою позаматковою вагітністю, включаючи психологічні та емоційні наслідки?

Чому це важливо

Сьогодні не існує доказів, які б свідчили про психологічний вплив на стан різних методів лікування позаматкової вагітності. Однак емоційний вплив може бути значним, що за певних умов призводить до посттравматичного стресового розладу. Необхідно провести якісне порівняльне дослідження для оцінювання того, яким чином цей вплив може бути зменшений. Це допоможе максимізувати емоційне відновлення жінок у короткостроковій і довгостроковій перспективі, дозволить жінкам і клініцистам обрати оптимальний спосіб лікування та визначити, яка підтримка потрібна жінкам під час і після лікування. Це також може знизити витрати Національної служби охорони здоров'я з надання довгострокових консультацій даних категорії жінок.

Обґрунтування та вплив

У цих розділах коротко пояснюється, чому комітет надав рекомендації та яким чином вони можуть вплинути на практичну діяльність. Вони пов'язують деталі наукових доказів і повний опис обговорення комітету.

Застосування ультразвукового обстеження для діагностики трубної позаматкової вагітності

Рекомендації 1.4.17–1.4.20

Чому комітет розробив рекомендації

Існували переконливі докази того, що при ультразвуковому дослідженні наявність утворення у ділянці придатків матки з ознаками вагітності на ранніх термінах (гестаційний мішок, який містить жовтковий мішок або фетальний полюс із або без серцебиття) був надійним показником позаматкової вагітності.

Інші ознаки, такі, як складне неоднорідне утворення у ділянці придатків матки, утворення у ділянці придатків матки з порожнім гестаційним мішком, порожня порожнина матки, накопичення рідини у порожнині матки або вільна рідина у черевній порожнині, можуть свідчити про підозру на позаматкову вагітність. Але докази свідчать, що вони не є достатньо надійними, щоби тільки за їхньою допомогою діагностувати позаматкову вагітність. Комітет використовував свої знання та досвід для того, щоб рекомендувати використовувати інші ознаки, наявні при ультразвуковому дослідженні, клінічну картину та рівні хоріонічного гонадотропіну (ХГТ)

у сироватці крові для підтвердження або заперечення діагнозу позаматкової вагітності.

Яким чином рекомендації можуть вплинути на практичну діяльність

Рекомендації не змінять кількості ультразвукового сканування, але стандартизують його застосування у практичній діяльності у рамках Національної служби охорони здоров'я. Визначивши особливості, які слід використовувати для застосування наявності позаматкової вагітності або підозри на позаматкову вагітність (яку пізніше можна дообстежити), встановлення діагнозу позаматкової вагітності слід покращити, а отже, і знизити ризики для жінок.

Повна інформація про докази та обговорення комітету надані в «Огляді доказів А: точність ультразвукової діагностики при трубній позаматковій вагітності».

Тактика ведення позаматкової вагітності

Вичікувальна тактика

Рекомендації 1.6.3–1.6.7

Чому комітет надав рекомендації

Фактичні дані не продемонстрували суттєвих відмінностей у кількості позаматкових вагітностей, що розрішуються самостійно, необхідності у додатковому лікуванні, частоті розриву маткової труби або впливу на якість життя між вичікувальною тактикою та медикаментозним лікуванням. Тому комітет рекомендував пропонувати вичікувальну тактику у випадках клінічної стабільності жінок із позаматковою вагітністю невеликих розмірів та низьким рівнем ХГТ. Також застосування вичікувальної тактики слід розглянути для клінічно стабільних жінок із позаматковою вагітністю невеликих розмірів та незначно підвищеним рівнем ХГТ як альтернативу медикаментозному лікуванню.

Комітет вважає на підставі власного досвіду, а також беручи до уваги відсутність будь-яких доказів, що час, за який позаматкова вагітність завершилась самостійно, та вплив на здатність завагітніти у майбутньому, є подібними як при дотриманні вичікувальної тактики, так і при застосуванні медикаментозного лікування.

Яким чином рекомендації можуть вплинути на практичну діяльність

Ці рекомендації приводять до стандартів тактику ведення пацієнтів з позаматковою вагітністю та свідчать, що застосування вичікувальної тактики є доречним для жінок при клінічній обґрунтованості. Унаслідок цього у більшості жінок може бути застосована вичікувальна тактика. Це може привести до економії коштів за рахунок зменшення застосування медикаментів та лікування, пов'язаного із побічною дією ліків. Локальні протоколи будуть необхідні для оцінювання, моніторингу та подальшого спостереження за жінками, яким було застосовано вичікувальну тактику.

Повна інформація про докази та обговорення комітету надані в «Огляді доказів В: вичікувальна тактика проти медикаментозного лікування трубної позаматкової вагітності».

Контекст

Позаматкова вагітність та мимовільний викидень негативно впливають на якість життя багатьох жінок. Приблизно 20% вагітностей закінчуються викиднями, викидні можуть призвести до значних розладів. Переривання вагітності на ранніх термінах у Великій Британії щорічно становить понад

50 000 випадків. Частота позаматкової вагітності становить 11 на 1000 вагітностей, з материнською смертністю 0,2 на 1000 орієнтовних позаматкових вагітностей. Приблизно дві третини цих смертей пов'язані з наданням неналежної медичної допомоги.

Жінки, які не мають негайного доступу до медичної допомоги (наприклад, жінки, які є нещодавніми мігрантами, шукачі притулку, біженці, або жінки, які мають труднощі з читанням чи володінням англійською мовою), є особливо вразливими. Тому поліпшення діагностики та лікування ранніх втрат вагітності є життєво важливим, щоб знизити частоту пов'язаної з цим психологічної захворюваності та уникнути зайвих смертей жінок із позаматковою вагітністю.

Пошук додаткової інформації та ресурсів

Ви можете побачити все, що NICE повідомляє з приводу позаматкової вагітності і мимовільного викидня, у нашій інтерактивній блок-схемі щодо позаматкової вагітності та викидня.

Щоб дізнатися про погляд NICE на теми, пов'язані з цим керівництвом, дивіться нашу веб-сторінку про вагітність.

Докладні відомості та обговорення комітету з підготовки рекомендацій на 2019 рік наведені в «Огляді доказів». Докладніше про докази та обговорення рекомендаційного комітету з підготовки рекомендацій у 2012 році дивіться повну версію. Ви також можете знайти інформацію про створення керівництва, включаючи дані про комітет.

NICE розробив інструменти та ресурси, які допоможуть вам реалізувати ці настанови на практиці. Щоб отримати загальну допомогу та поради щодо впровадження настанов NICE на практиці, дивіться «Ресурси, які допоможуть вам застосувати рекомендації на практиці».

Оновлення інформації

Квітень 2019: Ми переглянули докази і розробили нові рекомендації з діагностики трубної позаматкової вагітності, використовуючи дані ультразвукового дослідження та застосування вичікувальної тактики ведення позаматкової вагітності. Ці рекомендації позначені [2019].

Ми також внесли деякі зміни без перегляду доказів:

- Рекомендація 1.1.2 надала додаткове посилання на відповідні рекомендації NICE щодо антенатального та постнатального здоров'я.
- Рекомендація 1.1.3 була оновлена, щоб привести формулювання щодо отримання згоди відповідно до інших рекомендацій NICE.
- Рекомендація 1.3.10 була доповнена додатковою інформацією, яка охоплює більш широкий спектр факторів, щоб не пропустити потенційну позаматкову вагітність.
- Заголовки розділів 1.4 і 1.6 були оновлені, щоб уточнити, що це стосується тільки трубної позаматкової вагітності.
- Рекомендація 1.4.16 була оновлена, щоб відобразити можливість вагітності невстановленої локалізації, а також додати перехресне посилання на поради щодо вагітності невстановленої локалізації.
- Рекомендація 1.4.22 була оновлена для відображення точної ультразвукової практики.
- Рекомендація 1.6.1 була оновлена і тепер містить поради щодо викидня у секції позаматкової вагітності.
- Рекомендація 1.4.31 була оновлена, щоб стало зрозуміло, що зниження рівня ХГТ у сироватці крові становить менше 50%.
- Рекомендація 1.6.7 була змінена, щоб відобразити точну практику та рекомендації щодо призначення метотрексату.

Ці рекомендації позначені [2012, зі змінами 2019].

Рекомендації, позначені [2012] останніми, мали перегляд доказів у 2012 році. У деяких випадках у формулювання були внесені незначні зміни, щоб привести мову та стиль відповідно до сучасності, не змінюючи значення.