

ВИКИДЕНЬ, ЗВИЧНИЙ ВИКИДЕНЬ ТА ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ: КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ – 2025

КОРОЛІВСЬКИЙ КОЛЕДЖ АКУШЕРІВ І ГІНЕКОЛОГІВ
АВСТРАЛІЇ ТА НОВОЇ ЗЕЛАНДІЇ (RANZCOG)*

ВСТУП

Ці рекомендації були розроблені Групою з розробки рекомендацій (GPP) щодо викидня, звичного викидня та позаматкової вагітності Королівського коледжу акушерів і гінекологів Австралії та Нової Зеландії (Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG)) та схвалені Комітетом і Радою з питань жіночого здоров'я (Women's Health Committee and Council) у березні 2025 року.

Мета: надати клінічні рекомендації медичним працівникам, які забезпечують допомогу жінкам із підозрою або підтвердженою втратою вагітності на ранніх термінах, зокрема з викиднем, звичним викиднем і трубною або нетрубною позаматковою вагітністю.

Сфера застосування: втрата вагітності на ранніх термінах, зокрема викидень (і загроза викидня), звичний викидень та всі позаматкові вагітності, як трубні, так і нетрубні. Гестаційний вік для цих втрат становить до 14 тижнів, за винятком звичного викидня, де гестаційний вік становить до 20 тижнів.

Рекомендації було розроблено за допомогою «Системи оцінювання, розробки та оцінки рекомендацій» (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE)). Відповідні рівні GRADE для кожної рекомендації представлені на онлайн-платформі: <https://magicevidence.org/magicapp/>.

Обґрунтування

«Втрата вагітності на ранніх термінах» – це загальний термін, що охоплює втрати від викидня та позаматкової вагітності, як трубної, так і нетрубної, включно з інтерстиціальною вагітністю. Жінки з ранньою втратою вагітності потребують комплексного догляду, важливою частиною якого є поради та консультування, засновані на доказах.

Ця настанова надає рекомендації щодо менеджменту ранньої втрати вагітності, а також містить рекомендації щодо вичікувального, медикаментозного та хірургічного ведення до 14 тижнів. Термін «звичний викидень» використовується для опису двох або більше втрат вагітності. Ці рекомендації також охоплюють загрозу викидня, хоча вона не є ранньою втратою вагітності.

Епідеміологія

Викидень є поширеним явищем. Ранній викидень (< 14 тижнів вагітності) виявляється в 10–25% випадків встановлених вагітностей залежно від терміну гестації. Відповідно до популяційного реєстру, майже 14% вагітностей, які мали бути доношені, закінчилися втратою плода [1].

Викидні здебільшого трапляються в перші 14 тижнів. Викидень після 14 тижнів трапляється в 1–2% випадків вагітностей. Ризик викидня протягом життя становить майже 25% [2]. Ризик викидня зростає з віком матері: у 40 років 50% вагітностей можуть закінчитися викиднем [3]. Позаматкова вагітність трапляється в одному з 80 випадків (1,25% вагітностей).

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДАЦІЙ

Частина 1. Викидень (до 14 тижнів)

Викидень – це мимовільна, спонтанна втрата вагітності до 20–24 повних тижнів вагітності [6]. Гестаційний поріг для визначення варіюється залежно від країни. Австралія та Нова Зеландія використовують 20 тижнів, а пізніше за цей термін втрата вагітності класифікується як мертвонародження. Викидень може бути пов'язаний із неспровокованою вагінальною кровотечею, супроводжуватися боєм або відбуватися без нього. Більшість викиднів (приблизно 80% усіх випадків втрати вагітності) трапляються в перші 14 тижнів і є ранніми викиднями [7, 8].

Термінологія

Неповний викидень – часткова втрата тканин вагітності¹ протягом перших 20 тижнів вагітності. Неповний викидень проявляється помірною або сильною вагінальною кровотечею, іноді з помітним виходом тканин вагітності, що зазвичай пов'язано з боєм внизу живота та ділянці таза [9].

Повний викидень – викидень, за якого всі тканини вагітності виходять із матки. Повний викидень характеризується вагінальною кровотечею, боєм в ділянці таза та виходом тканин вагітності. За повного викидня кровотеча та біль швидко вщухають.

Завмерлий викидень – стан, за якого ембріон або плід загинув, але тканини вагітності не вийшли та все ще знаходяться в матці. У жінок, у яких стався завмерлий викидень, можуть бути відсутні симптоми або наявні незначна вагінальна кровотеча чи біль. Діагноз може бути поставлений під час планового допологового огляду [10].

Загроза викидня – зазвичай проявляється вагінальною кровотечею та спазмами матки за життєздатної вагітності до 20 тижнів, хоча частіше трапляється в першому триместрі [11].

Звичний викидень (звичне невиношування вагітності) – два або більше викиднів до 20 тижнів вагітності (незалежно від наявності плодового мішка та послідовності викиднів).

Терміни «спонтанний викидень», «біохімічна вагітність», «загибель плодового яйця» є неоднозначними, їх слід уникати.

* Реферативний огляд настанови. З повною версією можна ознайомитися за посиланням: <https://ranzcof.edu.au/wp-content/uploads/Miscarriage-Ectopic-Pregnancy.pdf>

¹ Під терміном «тканина вагітності» маєтись на увазі гестаційний мішок та інші структури, які розвиваються для підтримки та росту вагітності, зокрема плацента та ембріон. – Прим. ред.

Ведення неповного викидня та завершення викидня	
Рекомендація 1	Рекомендація, заснована на доказах
Сильна рекомендація: Жінкам із неповним викиднем, які клінічно стабільні та не мають ускладнень, слід запропонувати на вибір медикаментозне, хірургічне лікування або вичікувальну тактику після обговорення їхніх переваг і можливої шкоди. Слід враховувати уподобання пацієнтки та доступність цих методів. Рівень доказів за GRADE: Помірний.	
Рекомендація 2	Рекомендація, заснована на доказах
Сильна рекомендація: Жінкам із завершеною вагітністю, які клінічно стабільні та не мають ускладнень, слід запропонувати на вибір медикаментозне, хірургічне лікування або вичікувальну тактику після обговорення їхніх переваг і можливої шкоди. Слід враховувати уподобання пацієнтки та доступність цих методів. Рівень доказів за GRADE: Помірний.	
Рекомендація 3	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: Для жінок, які обирають хірургічний метод, рекомендується проведення аспірації (зокрема, ручної аспірації) як кращої процедури, а дилатації та кюретажу слід уникати, оскільки вони пов'язані з підвищеним ризиком виникнення внутрішньоматкових спайок. Цей ризик ще більше зростає за будь-якого наступного викидня або процедури евакуації матки. Рівень доказів за GRADE: Низький.	
Рекомендація 4	Рекомендація, заснована на доказах
Сильна рекомендація: Під час хірургічного лікування викидня рекомендована антибіотикопрофілактика. Рівень доказів за GRADE: Середній.	
Належна клінічна практика (Good Practice Statement) 1	
ГРП визнає, що відсутні чіткі докази щодо вибору конкретного антибіотика, хоча в дослідженнях здебільшого використовувалася разова доза доксицикліну з метронідазолом або без нього. В ідеалі антибіотики слід застосовувати за дві години до процедури. Послугуйте місцевими протоколами (враховуючи питання резистентності).	
Рекомендація 5	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: Для жінок, які обирають медикаментозне лікування завершення викидня, рекомендований такий режим лікування: • міфепристон² 200 мг перорально; • потім мізопростол 600 мкг (сублінгвально або букально) або 800 мкг (вагінально, букально або сублінгвально) через 24–48 годин; • якщо кровотеча не почалася через 24–48 годин після першої дози мізопростолу, можна призначити повторні дози мізопростолу 400 мкг. Рівень доказів за GRADE: Низький.	
Рекомендація 6	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: Для жінок, які обирають медикаментозне лікування неповного викидня, рекомендований такий режим прийому: • мізопростол 600 мкг (сублінгвально або букально) або 800 мкг (вагінально, букально або сублінгвально); • якщо кровотеча не почалася протягом 24–48 годин після першої дози мізопростолу, можна призначити повторні дози мізопростолу 400 мкг. Рівень доказів за GRADE: Низький.	
Лікування загрози викидня прогестероном	
Рекомендація 7	Рекомендація, заснована на доказах
Сильна рекомендація: Жінкам із загрозою викидня (які мали не більше ніж один викидень) не рекомендується прийом прогестерону, оскільки різниця в показниках живонародження, мертвонародження або передчасних пологів незначна або відсутня. Рівень доказів за GRADE: Помірний.	
² Використання міфепристону та мізопростолу для лікування невиношування вагітності регулюється Австралійським реєстром терапевтичних товарів, і їхнє використання за цим конкретним показанням може вимагати off-label призначення, тобто поза показаннями в медичній інструкції до препарату.	

Частина 2. Звичний викидень

За оцінками фахівців, від 1 до 4% пар стикаються з повторними втратами вагітності [26, 27].

Термінологія

RANZCOG визначає повторний викидень як втрату двох або більше внутрішньоматкових вагітностей терміном до 20 тижнів (незалежно від наявності плодового мішка та послідовності викиднів). Термін «повторний викидень» слід обмежувати випадками, коли всі втрати вагітності були підтверджені як внутрішньоматкові викидні.

Існує різниця у визначенні звичного викидня в окремих країнах, зокрема:

- Європейське товариство репродукції людини та ембріології (European Society of Human Reproduction and

Embryology (ESHRE)) визначає звичний викидень як втрату двох або більше вагітностей;

- Королівський коледж акушерів та гінекологів (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)) використовує це визначення для трьох або більше викиднів у першому триместрі вагітності [22, 23].

Існує обмежена кількість доказів того, що є якась різниця в результатах вагітності для жінок, які мали два викидні, порівняно з трьома, стосовно:

- факторів ризику втрати вагітності, включно з антифосфоліпідним синдромом та статусом носія, що спричинив структурну хромосомну аномалію [26, 28].
- того, чи були втрати послідовними [26, 29, 30].

Існує низка модифікованих та немодифікованих факторів ризику, які можуть бути пов'язані з ризиком звичного ви-

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

кидня, зокрема вік матері та батька, чинники способу життя, як-от надмірне вживання алкоголю та куріння, акушерський анамнез і захворювання матері, як-от тромбофілія, діабет та гіпотиреоз (особливо якщо будь-яке з них неконтрольоване), а також структурні аномалії матки.

Період до зачаття є ідеальною можливістю для обговорення потенційних факторів ризику, які можуть бути пов'язані зі звичним викиднем. Однак для більшості звичних викиднів причинний фактор визначити неможливо [31].

Скринінгові тести

Рекомендація 8

Рекомендація, заснована на доказах

Сильна рекомендація: Скринінгові тести на звичне невиношування вагітності зазначені в таблиці; їх слід рекомендувати, якщо вони підтверджені доказами. Рівень доказів за GRADE: Помірний (для рекомендованих тестів).

Належна клінічна практика 2

ГРР пропонує, щоб під час обговорення питання про проведення обстежень на виявлення звичного невиношування вагітності лікарі консультували пацієнток щодо переваг і можливої шкоди знання результатів тестування.

Таблиця. Скринінгові тести

Дослідження	Рекомендації	Тестування	Докази
Набута тромбофілія: антифосфоліпідні антитіла	Рекомендовано рутинно	Вовчаковий антикоагулянт (LA)	Сильні
	Рекомендовано рутинно	Антикардіоліпінові антитіла (aCL) (IgG та IgM)	Сильні
	Розглядайте кожен випадок окремо	Антитіла до бета-2-глікопротеїну 1	Дуже слабкі ^a
Візуалізація	Рекомендовано рутинно	Трьохвимірне УЗД	Умовні
Скринінг щитовидної залози	Рекомендовано рутинно	Тиреотропний гормон, антитіла до тиреоїдної пероксидази, оцінка функції щитовидної залози	Сильні
Генетичний фактор	Розглядайте кожен випадок окремо	Каріотипування периферичної крові батьків ^c	Умовні
Чоловічий фактор	Розглядайте кожен випадок окремо	Фрагментація ДНК сперматозоїдів ^b	Слабкі
Імунологічний фактор	Розглядайте кожен випадок окремо	Антинуклеарні антитіла ^d	Слабкі
	Не рекомендовано рутинно	HLA, цитокіни та NK-клітини	Сильні
Спадкова тромбофілія	Не рекомендовано рутинно	Фактор V Лейдена, мутація гена протромбіну, дефіцит протеїну S ^c	Помірні
	Не рекомендовано рутинно	Протеїн C, дефіцит антипротромбіну та дефіцит метилентетрагідрофолатредуктази	Сильні
Інше	Не рекомендовано рутинно	Синдром полікістозних яєчників, інсулін натще та рівень глюкози натще	Сильні
	Не рекомендовано рутинно	Визначення пролактину	Умовні
	Не рекомендовано рутинно	Визначення резерву яєчників	Сильні
	Не рекомендовано рутинно	Визначення андрогену	Сильні
	Не рекомендовано рутинно	Вітамін D	Сильні
	Не рекомендовано рутинно	Лютеїнізувальний гормон	Сильні
	Не рекомендовано рутинно	Рівень гомоцистеїну в плазмі крові	Сильні

Рекомендовано рутинно: слід рекомендувати як частину рутинного обстеження на звичний викидень.

Розглядайте кожен випадок окремо: за потреби можна розглядати як частину обстеження на звичний викидень.

Не рекомендовано рутинно: не слід рекомендувати рутинно як частину обстеження на звичний викидень.

^a ESHRE: можна розглядати; RCOG: може бути використаний у відповідному перевіркового або дослідницького контексті.

^b Можна зробити, якщо неможливо проаналізувати тканини вагітності.

^c Можна розглядати для діагностичних цілей, обмежені докази, що рекомендують зміни способу життя.

^d Тільки для діагностики.

^e Слід використовувати лише жінкам із додатковими факторами ризику тромбофілії або в контексті досліджень.

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Цитогенетичний аналіз тканин вагітності

Рекомендація 9	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: Цитогенетичний аналіз тканин вагітності після викидня рутинно не рекомендується, оскільки в пацієнток зі звичними викиднями не спостерігається збільшення генетичних аномалій. Генетичні аномалії можуть зустрічатися відносно частіше при спорадичних викиднях, але навряд чи вплинуть на клінічне ведення вагітності під час наступних вагітностей. Рівень доказів за GRADE: Низький	
Належна клінічна практика 3	
ГРР пропонує, щоб під час обговорення питання про проведення обстежень на виявлення звичного невиношування вагітності лікарі консультували пацієнток щодо переваг і можливої шкоди знання результатів тестування.	

Антифосфоліпідний синдром

Рекомендація 10	Рекомендація, заснована на доказах
Сильна рекомендація: Після обговорення асоційованого з даним лікуванням збільшення шансів народження живої дитини (та можливої шкоди), жінкам з антифосфоліпідним синдромом і звичним невиношуванням в анамнезі слід запропонувати: • низьку дозу аспірину (від 75 до 150 мг на добу), починаючи до вагітності або з отримання позитивного тесту на вагітність, у поєднанні з • низькомолекулярним гепарином (доза згідно з місцевими протоколами), починаючи з отримання позитивного тесту на вагітність і до принаймні 34 тижнів. Лікування слід припинити до пологів. Рівень доказів за GRADE: Помірний.	

Генетичні / хромосомні чинники

Рекомендація 11	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: Варіанти лікування жінок зі звичними невиношуваннями вагітності зі збалансованими транслокаціями передбачають природне зачаття або проведення екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) з преімплантаційним генетичним тестуванням на структурні перебудови (PGT-SR), враховуючи конкретну транслокацію та її потенційне значення. Рівень доказів за GRADE: Дуже низький.	
Рекомендація 12	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: Наявні дані свідчать про те, що ЕКЗ не покращує стан жінок зі звичними викиднями без відомих генетичних захворювань. Однак якщо проведення ЕКЗ розглядається з інших причин, тоді преімплантаційне генетичне тестування на анеуплоїдії (PGT-A) може бути можливим варіантом після зважування ризиків і переваг ЕКЗ та тестування ембріонів, після урахування суперечливих даних щодо впливу PGT-A на результат живонародження, а також виходячи з особистих уподобань жінки / пари. Рівень доказів за GRADE: Дуже низький.	
Належна клінічна практика 4	
ГРР пропонує особам з аномальним каріотипом батьків пропонувати генетичне консультування. Розгляньте можливість генетичного консультування в жінок із хромосомною аномалією тканин плода або вагітності.	

Фактори анатомії матки

Рекомендація 13	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: Резекція перегородки матки не рекомендована жінкам з анамнезом звичного невиношування вагітності або без нього, які мають перегородку матки. Рівень доказів за GRADE: Дуже низький.	
Належна клінічна практика 5	
ГРР пропонує розглядати доцільність проведення резекції перегородки матки в кожному конкретному випадку з урахуванням переваг і шкоди цієї процедури.	
Належна клінічна практика 6	
ГРР пропонує розглядати хірургічне лікування інших вроджених вад розвитку матки (дугоподібна, однорога, дворога та подвоєна матка) у кожному конкретному випадку, з огляду на переваги та шкоду хірургічного втручання, оскільки немає доказів на користь оперативного лікування замість вичікувальної тактики.	
Належна клінічна практика 7	
ГРР рекомендує не пропонувати резекцію ніші кесаревого розтину (КР) жінкам зі звичним викиднем або без нього через відсутність доказів щодо покращення показників живонароджуваності в цій популяції. Якщо розглядається цей метод, то його слід проводити в індивідуальному порядку з урахуванням симптомів, уподобань пацієнтки, а також переваг і шкоди процедури.	
Належна клінічна практика 8	
ГРР пропонує розглядати гістероскопічний адгезіолізис у жінок зі звичним невиношуванням вагітності або без нього в кожному окремому випадку з урахуванням симптомів, уподобань пацієнтки, а також переваг і шкоди процедури, зокрема обговорення рівня рецидивів.	
Належна клінічна практика 9	
ГРР вважає, що поліпектомія та/або міомектомія / резекція підслизових фібром у жінок зі звичним невиношуванням або без нього не може бути рекомендована через відсутність доказів щодо покращення народжуваності в цій популяції. Доцільність проведення цих процедур має розглядатися в кожному конкретному випадку з урахуванням симптомів, уподобань пацієнтки, а також переваг і шкоди процедури.	

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Гіпотиреоз	
Рекомендація 14	Рекомендація, заснована на доказах
Сильна рекомендація: Жінкам зі звичним невиношуванням і явним гіпотиреозом слід призначати левотироксин. Рівень доказів за GRADE: Помірний.	
Рекомендація 15	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: Для жінок зі звичним невиношуванням вагітності та субклінічним гіпотиреозом, включно з легким субклінічним гіпотиреозом (рівень тиреотропного гормону > 2,5 мОд/л), недостатньо доказів на користь призначення левотироксину. Рівень доказів за GRADE: Дуже низький.	
Рекомендація 16	Рекомендація, заснована на доказах
Сильна рекомендація: Жінкам зі звичним невиношуванням вагітності, у яких рівень тиреотропного гормону $\leq 2,5$ мОд/л та позитивний результат тесту на аутоантитіла до щитовидної залози (ТРОАб), не слід призначати левотироксин. Рівень доказів за GRADE: Помірний.	
Належна клінічна практика 10	
ГРР пропонує для жінок зі звичним невиношуванням вагітності, які планують вагітність та приймають левотироксин, встановлювати розумну цільову дозу на підставі референтних інтервалів, характерних для вагітності, відповідно до місцевих протоколів.	
Належна клінічна практика 11	
ГРР пропонує в жінок із субклінічним гіпотиреозом та/або аутоантитілами до щитовидної залози, які не лікуються левотироксином, перевіряти рівень тиреотропного гормону на ранніх термінах вагітності (7–9 тижнів) з подальшим моніторингом за показаннями, залежно від індивідуальних обставин.	
Лікування прогестероном за звичного невиношування вагітності	
Рекомендація 17	Рекомендація, заснована на доказах
Сильна рекомендація: Прогестагени в першому триместрі не слід рекомендувати вагітним із двома або більше викиднями в анамнезі без кровотеч на ранніх термінах вагітності, оскільки немає доказів того, що вони збільшують рівень народження живої дитини. Рівень доказів за GRADE: Помірний.	
Рекомендація 18	Рекомендація, заснована на доказах
Сильна рекомендація: Прогестерон слід рекомендувати вагітним із двома або більше викиднями в анамнезі та з кровотечами на ранніх термінах вагітності, оскільки він, імовірно, збільшує шанс народження живої дитини та практично не пов'язаний із вродженими аномаліями й серйозними побічними явищами. Лікування має тривати до 16 тижнів вагітності в дозі 400 мг мікронізованого прогестерону вагінально двічі на добу. Рівень доказів за GRADE: Помірний.	

Частина 3. Трубна позаматкова вагітність

Позаматкова вагітність виникає, коли запліднена яйцеклітина імплантується та дозріває поза маткою. Більшість позаматкових вагітностей (97%) імплантуються у фаллопієві труби [101]. Інші позаматкові вагітності, що не пов'язані з трубами, як-от інтерстиціальна (іноді її називають роговою, хоча інтерстиціальна та рогова вагітності не є однаковими), цервікальна та вагітність у рубці після КР, обговорюються в частині 4.

Дослідження факторів, що сприяють позаматковій вагітності (інфекції, що передаються статевим шляхом, ендометріоз), виходять за рамки цих рекомендацій.

Термінологія

Сальпінгектомія – видалення фаллопієвої труби.

Сальпінготомія / сальпінгостомія – розріз фаллопієвої труби та видалення позаматкової трубної вагітності. Сальпінготомія спрямована на збереження маткової труби.

Ультразвукові особливості трубної позаматкової вагітності	
Рекомендація 19	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: У жінок з ознаками та симптомами позаматкової вагітності, таку вагітність можна вірогідно діагностувати, якщо на УЗД є утворення придатків, яке містить гестаційний мішок (з жовтковим мішком, ембріональним полюсом або серцем плода чи без), або порожній гестаційний мішок («симптом бульбика»), або утворення придатків з ознаками ковзання і неоднорідною структурою («симптом плями»). Рівень доказів за GRADE: Низький.	
Належна клінічна практика 12	
Порожня матка або рідина в порожнині матки можуть свідчити про позаматкову вагітність або стійку вагітність невідомої локалізації. Для постановки діагнозу слід враховувати інші ультразвукові ознаки, симптоми та рівень хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ). У ситуаціях, коли ультразвукові ознаки не є діагностичними, розгляньте можливість повторного УЗД, якщо стан жінки стабільний. Час повторного УЗД залежить від симптомів, рівня ХГЛ та наявності місцевих ресурсів.	

Ведення трубної позаматкової вагітності

Належна клінічна практика 13	
Жінки з позаматковою вагітністю, які мають гемодинамічну нестабільність або ознаки розриву, рівень ХГЛ > 5000 МО/л або утворення в придатках розміром > 35 мм, чи мають протипоказання до медикаментозного лікування або вибіркової тактики, повинні лікуватися хірургічним шляхом.	
Рекомендація 20	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: Жінкам з позаматковою вагітністю і з утворенням придатків розміром < 35 мм (без серцевої діяльності плода), які клінічно стабільні, бажають та можуть повернутися для подальшого спостереження та мають: - рівень ХГЛ < 1500 МО/л, може бути запропонований вибір вибіркової тактики АБО медикаментозного лікування метотрексатом АБО хірургічне лікування; - рівень ХГЛ ≥ 1500 МО/л та < 5000 МО/л, і не мають значного болю чи ознак розриву, може бути запропонований вибір медикаментозного лікування метотрексатом АБО хірургічне лікування. Рівень доказів за GRADE: Низький.	
Належна клінічна практика 14	
ГРР пропонує обговорити варіанти лікування позаматкової вагітності, включно з пов'язаними з ними перевагами та ризиками, щоб прийняти обґрунтоване рішення.	
Належна клінічна практика 15	
Жінку слід поінформувати, що може знадобитися невідкладна допомога при позаматковій вагітності, якщо вагітність або медикаментозне лікування неефективні.	
Рекомендація 21	Рекомендація, заснована на доказах
Сильна рекомендація: Жінкам, які обирають медикаментозне лікування позаматкової вагітності та мають рівень ХГЛ < 3000 МО/л або утворення придатків розміром < 20 мм, слід запропонувати одну дозу метотрексату. Жінкам, які обирають медикаментозне лікування позаматкової вагітності та мають рівень ХГЛ від 3000 до 5000 МО/л або утворення придатків від 20 до 35 мм, слід запропонувати дві дози системного метотрексату з інтервалом 4–7 днів. Рівень доказів за GRADE: Помірний.	
Належна клінічна практика 16	
У процесі медикаментозного лікування позаматкової вагітності потрібен контроль рівня ХГЛ та можуть знадобитися подальші дози метотрексату.	
Рекомендація 22	Рекомендація, заснована на доказах
Сильна рекомендація: Жінку слід попередити про підвищений ризик тимчасових побічних ефектів, пов'язаних із двома дозами метотрексату (наприклад, нудоти, діареї, мукозиту, болю в животі, незначних відхилень від норми лабораторних показників). Рівень доказів за GRADE: Помірний.	
Належна клінічна практика 17	
Жінкам, які отримують лікування метотрексатом, слід порадити почекати три місяці, перш ніж знову вагітніти, а також обговорити контрацепцію.	
Рекомендація 23	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: У жінок із трубною позаматковою вагітністю медикаментозне лікування може сприяти подальшій внутрішньоматковій вагітності. Однак їх слід попередити, що сальпінгектомія пов'язана з вищою ймовірністю розриву позаматкової вагітності порівняно з медикаментозним лікуванням. Рівень доказів за GRADE: Низький.	

Сальпінгектомія порівняно із сальпінгостомією / сальпінготомією за стабільної позаматкової вагітності

Рекомендація 24	Рекомендація, заснована на доказах
Сильна рекомендація: Жінкам із трубною позаматковою вагітністю слід рекомендувати сальпінгектомію замість сальпінготомії, оскільки існує вища ймовірність розриву трубної позаматкової вагітності за допомогою однієї процедури. Рівень доказів за GRADE: Помірний.	
Належна клінічна практика 18	
Сальпінготомія може розглядатися залежно від уподобань жінки, бажання уникнути ЕКЗ або відсутності доступу до ЕКЗ, а також анамнезу хвороби. Жінку слід попередити про вищий ризик невдалого лікування та необхідність подальшого лікування, зокрема за допомогою метотрексату або сальпінгектомії.	

Частина 4. Нетрубна позаматкова вагітність

Нетрубна позаматкова вагітність виникає, коли ембріон імплантується поза порожниною матки або фаллопієвими трубами [112]. Ці вагітності трапляються рідко, їхня частота коливається від 5 до 8,3% усіх позаматкових вагітностей, хоча вони стають дедалі більш поширеними, особливо вагітність у рубці після КР [112, 113].

Термінологія

Інтерстиціальна позаматкова вагітність: виникає, коли запліднена яйцеклітина імплантується в найпроксимальнішу частину фаллопієвої труби (так званий інтерстиціальний відділ). Інтерстиціальний відділ має довжину близько 1–2 см, перетинає м'язовий міометрій стінки матки та відкривається через отвір маткової труби в порожнину матки [114, 115].

Позаматкова вагітність шийки матки: виникає, коли запліднена яйцеклітина імплантується в ендцервікальний канал нижче за рівень внутрішнього вічка [116].

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Вагітність у рубці після КР: виникає, коли запліднена яйцеклітина імплантується в дефект міометрія, що виник на місці попереднього розрізу матки [115].

Усі ці вагітності несуть ризик розвитку небезпечних для життя ускладнень, зокрема сильної кровотечі, розриву матки та розвитку розладів спектра прирощеної плаценти [115, 117].

Існує кілька систем класифікації вагітності в рубці після КР; у цьому керівництві буде використано два типи:

- тип I (ендогенний) – запліднена яйцеклітина імплантується на рубець та прогресує до цервіко-істмічного простору або порожнини матки. Цей тип може призвести до життєздатної вагітності, але високо ризикований;

- тип II (екзогенний) – запліднена яйцеклітина імплантується на рубець та прогресує до сечового міхура та черевної порожнини. Цей тип частіше призводить до розриву матки та кровотечі.

Ведення інтерстиціальної позаматкової вагітності	
Рекомендація 25	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: За інтерстиціальної позаматкової вагітності застосовується: Медикаментозне лікування: Клінічно стабільним жінкам може бути запропоновано медикаментозне системне лікування метотрексатом, як зазначено в рекомендації 21, або внутрішньоміхурове його введення (під контролем УЗД). Хірургічне лікування: Якщо жінка має високий ризик кровотечі, не бажає приймати метотрексат або медикаментозне лікування чи вибікувальна тактика не дали результатів, слід запропонувати наступне хірургічне лікування: 1. Лапароскопічну корнуостомію. 2. Лапароскопічну клиноподібну / корнуальну резекцію з іпсилатеральною сальпінгектомією. Рівень доказів за GRADE: Низький	
Належна клінічна практика 19	
Вибікувальну терапію інтерстиціальної позаматкової вагітності слід пропонувати лише жінкам із клінічно стабільним станом, у яких низький початковий рівень ХГЛ (< 1500 МО/л) і які погоджуються на моніторинг, доки рівень ХГЛ не стане < 20 МО/л.	
Належна клінічна практика 20	
Корнуостомія може бути кращою за резекцію рогу матки, оскільки вона обумовлює менше пошкодження матки та фаллопієвих труб і має більше шансів зберегти фертильність.	
Ведення цервікальної позаматкової вагітності	
Рекомендація 26	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: За цервікальної позаматкової вагітності: Жінкам із клінічно стабільним станом слід запропонувати медикаментозну терапію у вигляді системного лікування метотрексатом, як зазначено в рекомендації 21, або шляхом внутрішньоміхурової ін'єкції під контролем ультразвуку (залежно від доступності місцевих можливостей). Рівень доказів за GRADE: Низький	
Належна клінічна практика 21	
Слід уникати вибікувальної тактики ведення цервікальної позаматкової вагітності через ризик сильної кровотечі.	
Рекомендація 27	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: Якщо жінка із цервікальною позаматковою вагітністю клінічно нестабільна, не бажає приймати метотрексат або лікування метотрексатом було неефективним, тоді можна рекомендувати дилатацію та кюретаж. Рівень доказів за GRADE: Низький	
Належна клінічна практика 22	
ГРР пропонує проведення УЗД під час процедури дилатації та кюретажу за цервікальної позаматкової вагітності.	
Належна клінічна практика 23	
ГРР пропонує в жінок із цервікальною позаматковою вагітністю розглянути можливість проведення оперативної гістероскопії замість дилатації та кюретажу, якщо це дозволяють умови та обставини.	
Належна клінічна практика 24	
ГРР пропонує для зупинки кровотечі за цервікальної позаматкової вагітності, окрім дилатації та кюретажу або оперативної гістероскопії, запропонувати такі додаткові процедури за наявності можливостей: 1. Тампонада катетером Фолея. 2. Емболізація маткових артерій. 3. Перев'язка маткових артерій.	

Від зачаття до народження¹

Змінюємо ВСЕСВІТ разом



● Підтримка лютетінової фази¹

● Загрозливий викидень та звичне невиношування¹

● Профілактика передчасних пологів¹

● Одна капсула – два шляхи введення

BESINS
HEALTHCARE
By your side, for life

РЕКОМЕНДОВАНО
НАСТАНОВАМИ
ESHRE, NICE

УТРОЖЕСТАН®
Світовий лідер серед
препаратів прогестерону*

1. Інструкція до застосування лікарського засобу Утрожестан® РП № UA/2651/01/01 та UA/2651/01/02 від 02.01.2019 наказ №879 від 11/05/2023.

National Institute for Health and Care Excellence updated the guideline 'Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management (NG126)'. November 2021. ESHRE Guideline Group on RPL; Bender Atik R, Christiansen OB, Elson J, Kolte AM, Lewis S, Middeldorp S, Mcheik S, Peramo B, Quenby S, Nielsen HS, van der Hoorn ML, Vermeulen N, Goddijn M. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. Hum Reprod Open. 2023 Mar 2;2023(1):hoad002. Recurrent pregnancy loss (eshre.eu) (<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss>)

Utrogestan is the N°1 global leader in progesterone products in value & volume. Based on internal analysis by Besins Healthcare Monaco S.A.M. using data from the following source: IQVIA MIDAS® Quarterly Volume and Value Sales data (Standard Units, Counting Units and LEU MNF (i.e. Euro fixed quarter exchange rate)) for the time period MAT Q3 2024; Geography: 75 countries; Molecule List: PROGESTERONE, reflecting estimates of real-world activity. Copyright IQVIA. All rights reserved. *Countries: ALGERIA, ARGENTINA, AUSTRALIA, AUSTRIA, BANGLADESH, BELARUS, BELGIUM, BOSNIA, BRAZIL, BULGARIA, CANADA, CENTRAL AMERICA, CHILE, CHINA, COLOMBIA, CROATIA, CZECH REPUBLIC, DOMINICAN REPUBLIC, ECUADOR, EGYPT, ESTONIA, FINLAND, FRANCE, GERMANY, GREECE, HONG KONG, HUNGARY, INDIA, INDONESIA, IRELAND, ITALY, JAPAN, JORDAN, KAZAKHSTAN, KOREA, KUWAIT, LATVIA, LEBANON, LITHUANIA, LUXEMBOURG, MALAYSIA, MEXICO, MOROCCO, NETHERLANDS, NEW ZEALAND, NORWAY, PAKISTAN, PERU, PHILIPPINES, POLAND, PORTUGAL, PUERTO RICO, ROMANIA, RUSSIA, SAUDI ARABIA, SERBIA, SINGAPORE, SLOVAKIA, SLOVENIA, SOUTH AFRICA, SPAIN, SRI LANKA, SWEDEN, SWITZERLAND, TAIWAN, THAILAND, TUNISIA, TURKEY, UAE, UK, URUGUAY, US, VENEZUELA, VIETNAM & WEST AFRICA.

УТРОЖЕСТАН®. Форма випуску та склад: капсули по 100 мг, N 30 або по 200 мг, N 14.

Одна капсула містить прогестерону натурального мікронізованого. Показання: зниження здатності до запліднення при первинній або вторинній безплідності при частковій або повній лютетіновій недостатності (дисовуляція, підтримка лютетінової фази під час підготовки до екстракорпорального запліднення, програма донації яйцеклітин); профілактика звичного викидня або загрози спонтанного викидня при недостатності лютетінової фази.

Передменструальний синдром; порушення менструального циклу (дисовуляція, ановуляція); фіброзно-кістозна мастопатія; передклімактеричний період; замісна гормонотерапія у менопаузі (у поєднанні з естрогенною терапією); безплідність при недостатності лютетінової фази.; загроза перерваних пологів. Профілактика передчасних пологів у жінок з короткою шийкою матки або у жінок з наявністю передчасних пологів в анамнезі.

Протипоказання: тяжкі порушення функцій печінки; алергія на будь-який компонент препарату. Побічна дія: зміна менструального циклу, аменорея, кровотечу в середині циклу, головний біль.

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Ведення вагітності в рубці після кесаревого розтину	
Рекомендація 28	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: Жінок з вагітністю в рубці після КР рекомендується проконсультувати про високі ризики такої вагітності, що асоційовані з високою ймовірністю викидня, пророщення плаценти (<i>placenta accreta spectrum</i>), передчасних пологів, кровотечі, розриву матки, гістеректомії, перинатальної смерті та смерті матері. Можуть бути різні результати I та II типів вагітності в рубці після КР, що необхідно обговорити із жінкою. Рівень доказів за GRADE: Низький.	
Належна клінічна практика 25	
ГРР рекомендує повідомити жінок із I типом вагітності в рубці після КР, які вирішили зберегти вагітність, що їм знадобиться багатопрофільна допомога з доступом до лікарні третинного рівня.	
Рекомендація 29	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: За відсутності ембріональної активності та якщо жінка з вагітністю в рубці після КР відповідає критеріям вибіркової тактики ведення вагітності (див. рекомендацію 20), вибіркова тактика може бути варіантом вибору за умови, що жінка усвідомлює пов'язані з цим ризики. Рівень доказів за GRADE: Низький.	
Рекомендація 30	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: Клінічно стабільним жінкам може бути запропонований медикаментозний менеджмент вагітності в рубці після КР за допомогою метотрексату, або системно (внутрішньом'язова ін'єкція), або шляхом внутрішньомішкової ін'єкції (з калієм чи без нього). Системний метотрексат слід ввести двома дозами (з інтервалом від 4 до 7 днів). Рішення щодо застосування подальших доз слід приймати відповідно до місцевих протоколів або за клінічними показаннями. Рівень доказів за GRADE: Низький.	
Рекомендація 31	Рекомендація, заснована на доказах
Умовна рекомендація: У разі необхідності хірургічного втручання (див. належну клінічну практику 13), спосіб лікування залежить від типу вагітності в рубці після КР: • хірургічні варіанти втручання за I типу вагітності в рубці після КР передбачають дилатацію та кюретаж (з балонною тампонадою або без неї) та емболізацію маткових артерій; • II тип вагітності в рубці після КР краще лікувати за допомогою гістероскопічної та лапароскопічної резекції або метотрексату з подальшою гістероскопічною резекцією. Рівень доказів за GRADE: Низький.	

Частина 5. Імуноглобулін антирезус Rh D (анти-D)
Цей розділ розглядає докази щодо застосування анти-D імуноглобуліну за загрози викидня, медикаментозного або хірургічного лікування та позаматкової вагітності.

Належна клінічна практика 26
Недостатньо доказів, щоб визначити, чи зменшує рутинне тестування на резус-антиген D з подальшим введенням анти-D імуноглобуліну (за показаннями) ризик сенсibiliзації для несенсибилізованих жінок із негативним резус-фактором крові, у яких виникла загроза викидня або викидень до 10 тижнів вагітності; дана процедура більше не рекомендується.
Належна клінічна практика 27
За хірургічного втручання з приводу позаматкової вагітності в жінок із резус-D-негативною групою крові ГРР рекомендує застосовувати анти-D імуноглобулін.
Належна клінічна практика 28
Недостатньо доказів, щоб визначити, чи знижує анти-D імуноглобулін ризик сенсibiliзації в жінок із позаматковою вагітністю, яка лікується медикаментозно або застосовується вибіркова тактика; тому використання анти-D імуноглобуліну можна розглядати після обґрунтованого обговорення цього методу лікування із жінками з резус-D-негативною групою крові.
Належна клінічна практика 29
Дози 250 МО анти-D імуноглобуліну достатньо для одноплідної вагітності на терміні гестації до 12 тижнів, після 12 тижнів слід використовувати 625 МО.

ВИКИДЕНЬ, ЗВИЧНИЙ ВИКИДЕНЬ ТА ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ: КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ – 2025. Королівський коледж акушерів і гінекологів Австралії та Нової Зеландії (RANZCOG)
Ці рекомендації були розроблені Групою з розробки рекомендацій із викидня, звичного викидня та позаматкової вагітності Королівського коледжу акушерів і гінекологів Австралії та Нової Зеландії (Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG)) та схвалені Комітетом і Радою з питань жіночого здоров'я (Women's Health Committee and Council) у березні 2025 року.
Мета: надати клінічні рекомендації медичним працівникам, які забезпечують допомогу жінкам із підозрюваною або підтвердженою втратою вагітності на ранніх термінах, зокрема викиднем, звичним викиднем і трубною або нетрубною позаматковою вагітністю.
Сфера застосування: втрата вагітності на ранніх термінах, зокрема викидень (і загроза викидня), звичний викидень та всі позаматкові вагітності, як трубні, так і нетрубні. Гестаційний вік для цих втрат становить до 14 тижнів, за винятком звичного викидня, де гестаційний вік становить до 20 тижнів.
Запропонована інформація призначена для надання загальних рекомендацій лікарям. Ці дані не слід використовувати як заміну належного оцінювання з урахуванням обставин кожного випадку та потреб будь-якої жінки. Представлений документ відображає новітні клінічні та наукові досягнення станом на дату видання та може бути змінений.
Ключові слова: клінічні рекомендації, викидень, звичне невиношування вагітності, позаматкова вагітність, Королівський коледж акушерів і гінекологів Австралії та Нової Зеландії, RANZCOG.

MISCARRIAGE, RECURRENT MISCARRIAGE AND ECTOPIC PREGNANCY. CLINICAL GUIDELINE – 2025. Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG)
This guideline has been developed by the Miscarriage, Recurrent Miscarriage and Ectopic Pregnancy Guideline Development Group of the Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) and approved by the Women's Health Committee and Council in March 2025.
Objectives: to provide clinical guidance and advice to registered health professionals providing care to women with suspected or confirmed early pregnancy loss, including miscarriage, recurrent miscarriage and tubal or non-tubal ectopic pregnancy.
Scope: Early pregnancy losses including miscarriage (and threatened miscarriage), recurrent miscarriage and all ectopic pregnancies both tubal and non-tubal. The gestational age limit for this guideline is up to 14 weeks, except for investigation of recurrent miscarriage where the gestational age limit is up to 20 weeks.
The information is intended to provide general advice to practitioners. This information should not be relied on as a substitute for proper assessment with respect to the circumstances of each case and the needs of any woman. This document reflects emerging clinical and scientific advances as of the date issued and is subject to change.
Keywords: clinical guideline, miscarriage, recurrent miscarriage, ectopic pregnancy, Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, RANZCOG.