

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
08 вересня 2025 року № 1400

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

СПОНТАННИЙ ВИКИДЕНЬ
(спонтанний аборт)

Загальна частина**Діагноз:** Спонтанний викидень (спонтанний аборт).**Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:**

- O02.1 Завмерла вагітність
- O03 Спонтанний аборт
- O03.0 Спонтанний аборт, Неповний аборт, ускладнений інфекцією статевих шляхів та тазових органів
- O03.1 Спонтанний аборт, Неповний аборт, ускладнений тривалою або надмірною кровотечею
- O03.2 Спонтанний аборт, Неповний аборт, ускладнений емболією
- O03.3 Спонтанний аборт, Неповний аборт з іншими та неуточненими ускладненнями
- O03.4 Спонтанний аборт, Неповний аборт без ускладнень
- O03.5 Спонтанний аборт, Повний або неуточнений аборт, ускладнений інфекцією статевих шляхів та тазових органів
- O03.6 Спонтанний аборт, Повний або неуточнений аборт, ускладнений тривалою чи надмірною кровотечею
- O03.7 Спонтанний аборт, Повний або неуточнений аборт, ускладнений емболією
- O03.8 Спонтанний аборт, Повний або неуточнений аборт з іншими та неуточненими ускладненнями
- O03.9 Спонтанний аборт, Повний або неуточнений аборт, без ускладнень
- O20 Кровотеча в ранні терміни вагітності
- O20.0 Загрозливе невиношування

Розробники:

Гончарук Наталія Петрівна	заступник директора з материнства та дитинства комунального некомерційного підприємства «Свято-Михайлівська клінічна лікарня м. Києва», професор кафедри акушерства та гінекології Національного університету охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Артьоменко Володимир Вікторович	професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету;
Воробйова Ірина Іванівна	завідувач відділення наукових проблем невиношування вагітності державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України»;
Грищенко Ольга Валентинівна	професор кафедри загальної практики – сімейної медицини Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;
Дубоссарська Зінаїда Михайлівна	професор кафедри сімейної медицини факультету післядипломної освіти та пропедевтики внутрішньої

медицини Дніпровського державного медичного університету;

Дубоссарська Юліанна Олександрівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету;
Дядик Олена Олександрівна	завідувач кафедри морфології, клінічної патології та судової медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика;
Жабченко Ірина Анатоліївна	завідувач відділення патології вагітності та пологів державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України»;
Ковида Наталія Романівна	завідувачка відділення патології вагітності та екстрагенітальної патології з ліжками невиношування та приймальним блоком Пологовий будинок № 1 комунального некомерційного підприємства «Свято-Михайлівська клінічна лікарня м. Києва»;
Коньков Дмитро Геннадійович	директор навчально-наукового інституту інноваційних медичних та освітніх технологій Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика;
Ніколенко Маргарита Іванівна	директор медико-біологічного центру «Геном»;
Татарчук Тетяна Феофанівна	заступник генерального директора, завідувач відділення ендокринної гінекології державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України»;
Трохимович Ольга Віталіївна	заступник генерального директора з науково-освітницької діяльності, завідувач відділення медичних проблем планування сім'ї державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України»;
Хаджинова Наталія Афанасіївна	начальник відділу реалізації політик у сфері медичного забезпечення Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України.

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	заступник директора департаменту – начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
----------------------------	--

Рецензенти:

Бойчук
Алла Володимирівна

завідувач кафедри акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, професор;

Педаченко
Наталія Юріївна

завідувач кафедри акушерства та гінекології Національного університету охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, професор.

Дата оновлення стандарту – 2030 рік

Перелік скорочень

ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КТР	куприко-тім'яний розмір
МО	міжнародна одиниця
МО/л	міжнародних одиниць на літр
ОМТ	органи малого тазу
СВ	спонтанний викидень
СДПЯ	середній діаметр плідного яйця
СМД	стандарт медичної допомоги «Спонтанний викидень»
УЗД	ультразвукове дослідження
β-ХГЛ	бета-хоріонічний гонадотропін людини
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № _», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29)

Розділ І. Організація надання медичної допомоги у разі спонтанного викидня

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікарі різних спеціальностей мають бути обізнані щодо основних чинників ризику та клінічних проявів спонтанного викидня (далі - СВ), його ранньої діагностики та лікування для попередження розвитку ускладнень, що можуть становити загрозу для життя жінки. Ведення пацієнток, у яких діагностовано СВ, здійснюється лікарем-акушером-гінекологом в гінекологічному відділенні закладу охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), що надає спеціалізовану медичну допомогу, обраним пацієнткою незалежно від місця реєстрації чи фактичного проживання. Вибір тактики ведення залежить від стадії викидня, терміну вагітності та наявності ускладнень: інфекції статевих шляхів та тазових органів, тривалої або надмірної кровотечі, емболії тощо.

2. Обґрунтування

Викидень – це народження плода до повного 22-го тижня вагітності зростом менше 25 см та масою менше 500 г незалежно від наявності ознак життя.

СВ – патологічне самовільне переривання вагітності без зовнішніх втручань.

Загрозливий викидень – будь-яка вагінальна кровотеча, крім кровомазання, до 22-го повного тижня гестації з ознаками прогресуючої, життєздатної вагітності при ультразвуковому дослідженні (далі - УЗД) органів малого таза (далі - ОМТ).

Прогресуючий викидень (аборт у ходу) – вигнання плоду є неминучим або вже відбувається та характеризується переймоподібним болем внизу живота, шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрито, тканина вагітності у цервікальному каналі, маткова кровотеча значна або посилюється.

Неповний викидень – затримка продуктів зачаття при УЗД ОМТ, розміри матки менше терміну гестації, шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрито, супроводжується матковою кровотечею та потребує медикаментозного або хірургічного лікування.

Повний викидень – повне вигнання продуктів зачаття, після попередньо підтвердженої внутрішньоматкової вагітності на УЗД ОМТ, матка щільна, розміри матки менше терміну гестації, цервікальний канал закритий, подальше медикаментозне ведення або хірургічне втручання непотрібне.

Завмерла вагітність (викидень, що не відбувся) встановлюється, якщо при УЗД ОМТ підтверджена нежиттєздатність вагітності, розміри матки менше терміну гестації, цервікальний канал закритий, маткової кровотечі немає.

Поширені фактори ризику викидня включають старший вік батьків, хронічні захворювання (серцево-судинні захворювання, ендокринопатії та метаболічні розлади), використання тератогенних лікарських засобів та/або психоактивних речовин, вплив навколишнього середовища (іонізуючого випромінювання, свинцю, миш'яку та забруднення повітря). Вік матері >35 років є найбільш значущим фактором ризику через достовірний зв'язок старшого віку

матері з хромосомними аномаліями плода. Попередній викидень також підвищує ризик повторного викидня, незалежно від віку матері.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) наявний узгоджений клінічний маршрут пацієнта (далі – КМП), що координує та інтегрує медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення, діагностики та лікування пацієток з ознаками СВ;

2) наявний задокументований індивідуальний план медичної допомоги пацієнткам з ознаками СВ, що містить інформацію щодо діагнозу, плану обстеження, лікування та моніторингу її стану, узгоджений з пацієнткою та/або членами сім'ї/законними представниками;

3) пацієнтки та, за згодою, члени сім'ї/законні представники, мають бути забезпечені інформацією щодо стану пацієнтки, терміну вагітності, стану її ембріону/плода з особливим акцентом на наявність серцевої активності, можливості подальшого виношування, стадії викидня, наявності ускладнень, плану обстеження, лікування та подальшого спостереження, а також контактами для отримання додаткової інформації та консультацій;

4) надання пацієнтці рекомендації щодо усунення факторів ризику викидня, що зазначені у додатку 1 до цього Стандарту;

5) при багатоплідній вагітності, ознаках хромосомної патології, вроджених вадах розвитку плода та/або при виявленні осіб, постраждалих від домашнього насильства, надається допомога відповідно до Порядку надання медичної допомоги жінкам з багатоплідною вагітністю, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 квітня 2015 року № 205, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 06 травня 2015 року за № 501/26946; наказу Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України від 31 грудня 2003 року № 641/84 «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні»; Порядку проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та надання їм медичної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2019 року № 278, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 14 березня 2019 року за № 262/33233;

6) під час виписки пацієнткам і, за згодою, членам сім'ї/законним представникам, надати інформацію щодо показань для звернення за невідкладною допомогою у разі виникнення ускладнень після СВ, відновлення статевого життя, контрацепції та планування наступної вагітності.

Розділ II. Діагностика спонтанного викидня

1. Положення стандарту медичної допомоги

Клінічними ознаками СВ є біль в нижніх відділах живота та кров'янисті виділення зі статевих шляхів різної інтенсивності. Діагноз СВ встановлюється при поєднанні даних анамнезу, скарг пацієнтки, фізикального та гінекологічного обстеження, лабораторних та інструментальних методів досліджень, даних

візуалізації (трансвагінальне УЗД ОМТ проводиться для підтвердження внутрішньоматкової локалізації, терміну вагітності та її життєздатності).

2. Обґрунтування

Біль, що виникає під час викидня, часто має переймоподібний характер і може мати оцінку за візуально-аналоговою шкалою від легкого до сильного, особливо під час вигнання тканини вагітності. Він може бути постійним або періодичним, часто супроводжується вагінальною кровотечею. Обсяг кровотечі при викидні значно варіює, особливо залежно від стадії викидня, терміну вагітності та виділення згустків крові або тканини вагітності.

Найпоширенішими ускладненнями, пов'язаними з викиднем, є кровотеча та інфекція. У пацієток із ознаками гемодинамічної нестабільності спостерігається значна маткова кровотеча в поєднанні з ортостатичними симптомами, анемією та/або тахікардією. Ознаки та симптоми інфекції включають біль внизу живота/тазовий біль, болючість при пальпації матки, гнійні виділення з цервікального каналу та/або системні ознаки інфекції (лихоманка, тахікардія, артеріальна гіпотензія).

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) для підтвердження вагітності та встановлення діагнозу СВ проводиться огляд та діагностика шляхом поєднання анамнезу, загального та гінекологічного обстеження, інструментального обстеження (електрокардіографія), лабораторного та клінічного досліджень відповідно до додатку 2 до цього Стандарту;

2) тестування на ВІЛ, серологічне дослідження на сифіліс, поверхневий антиген вірусного гепатиту В (HBsAg), сумарні антитіла до вірусного гепатиту С проводяться відповідно до стандартів медичної допомоги: «ВІЛ-інфекція», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 червня 2025 року № 916; «Сифіліс», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 квітня 2023 року № 743; «Вірусний гепатит В у дорослих», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 січня 2025 року № 165; «Вірусний гепатит С у дорослих», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 липня 2025 року № 1178;

3) для визначення життєздатності, локалізації, терміну вагітності та виключення ектопічної вагітності й гестаційної трофобластичної хвороби провести трансвагінальне УЗД ОМТ та кількісне визначення рівня бета-хоріонічного гонадотропіну людини (далі - β -ХГЛ) у сироватці крові відповідно до додатку 3 до цього Стандарту;

4) проводиться оцінку крововтрати;

5) після хірургічного лікування неповного викидня та/або завмерлої вагітності направляється матеріал на патологістологічне дослідження тканини вагітності;

6) після повного викидня забезпечується:
спостереження за пацієнткою;

кількісне визначення рівня β -ХГЛ у сироватці крові до отримання негативного результату;

за наявності клінічних показань проводиться трансвагінальне УЗД ОМТ;

7) для оцінки психоемоційного стану жінки, виявлення суїцидальних думок проводиться опитування за допомогою Единбурзької шкали післяпологової депресії, наведеної у додатку 7 до Стандарту медичної допомоги «Нормальна вагітність», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 9 серпня 2022 року №1437;

8) у разі повторного СВ проводиться обстеження як при звичному викидні;

9) у разі виявлення ознак хромосомної патології та вроджених вад розвитку плода пацієнтка направляється на консультацію до лікаря-генетика для вибору подальшого обстеження, зокрема методів генетичного аналізу тканини вагітності;

10) за наявності показань проводиться обстеження та консультації інших фахівців.

Розділ III. Лікування спонтанного викидня

1. Положення стандарту медичної допомоги

Першочергово при ознаках СВ пацієнток оцінюють на наявність станів, які вимагають невідкладної медичної допомоги (значна маткова кровотеча з ознаками гемодинамічної нестабільності та/або інфекція з ознаками сепсису), а потім консультують щодо вибору варіанту лікування, включаючи медикаментозне та хірургічне видалення продуктів зачаття.

При загрозливому невиношуванні обирають вичікувальну тактику та призначають прогестагени для збереження вагітності.

При неповному викидні та завмерлій вагітності медикаментозне ведення здійснюється за допомогою простагландинів (мізопростол) та антигестагенних лікарських засобів (міфепристон). Комбіноване лікування міфепристоном і мізопростоном призводить до вищих показників звільнення матки від продуктів зачаття порівняно з монотерапією мізопростоном.

При хірургічному лікуванні неповного викидня та завмерлої вагітності у I триместрі гестації перевага надається методу мануальної або електричної вакуум-аспірації, у II триместрі – методу дилатації та евакуації.

2. Обґрунтування

Жінки з ознаками гемодинамічної нестабільності та матковою кровотечею та/або болем у животі потребують невідкладного втручання. Слід запідозрити неповний викидень з геморагічним шоком або масивною кровотечею.

Якщо стан пацієнтки з завмерлою вагітністю клінічно стабільний, за інформованою згодою враховують ризики та переваги відстроченого надання медичної допомоги після підтвердження нежиттєздатної маткової вагітності при трансвагінальному УЗД ОМТ, що наведена у додатку 3 до цього Стандарту.

Знеболювання пропонується всім пацієнткам, незалежно від методу лікування викидня. Потреби та варіанти лікування болю залежать від індивідуальних особливостей пацієнтки, терміну вагітності та обраного методу лікування викидня.

Реакція жінок на викидень дуже різниться, до однієї третини пацієнток повідомляють про психологічний дистрес, включаючи симптоми депресії, тривоги та посттравматичного стресового розладу, які можуть тривати місяцями.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) визначити метод лікування нежиттєздатної внутрішньоматкової вагітності залежно від стадії викидня, терміну вагітності, клінічного стану та індивідуальних уподобань пацієнтки;

2) при загрозливому невиношуванні, наявності вагінальної кровотечі та викидня в анамнезі призначити прогестаген (вагінально мікронізований прогестерон 400 мг двічі на добу або перорально дидрогестерон 40 мг одразу після початку вагінальної кровотечі, потім по 10 мг тричі на добу до зупинки кровотечі, надалі зменшити дозу до 10 мг двічі на добу), якщо серцева активність плода підтверджена при трансвагінальному УЗД ОМТ; подальше застосування прогестагену рекомендувати відповідно до інструкції для медичного застосування лікарського засобу;

3) медикаментозне ведення неповного викидня та/або завмерлої вагітності у I та II триместрі провести відповідно до додатків 4 та 6 до цього Стандарту;

4) перед проведенням хірургічного лікування викидня виконати підготовку шийки матки;

5) хірургічне лікування викидня провести під адекватним знеболенням відповідно до додатків 5 та 6 до цього Стандарту;

6) у разі прогресуючого або неповного викидня при ознаках гемодинамічної нестабільності надати невідкладну медичну допомогу:

розпочати ресусcitaцію, дотримуючись стандарту медичної допомоги «Серцево-легенева реанімація у дорослих (базові та розширені заходи)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 липня 2024 року № 1259;

встановити внутрішньовенний доступ (два катетери 16G) та катетер для спорожнення сечового міхура;

видалити залишки продуктів зачаття методом вакуум-аспірації;

при продовженні кровотечі призначити ректально мізопростол у дозі 800-1000 мкг;

7) у разі кровотечі під час лікування викидня призначити інгібітори фібринолізу (транексамова кислота внутрішньовенно у дозі 1 г (повільно, приблизно 1 мл/хв) 2–3 рази на добу);

8) за наявності ознак геморагічного шоку медична допомога надається в залежності від ступеня тяжкості шоку;

9) до моменту остаточної хірургічної зупинки кровотечі дотримуватись принципу керованої (пермісивної) гіпотензії;

10) антибактеріальні лікарські засоби при хірургічному лікуванні викидня призначають відповідно до Стандарту медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 серпня 2023 року № 1513;

11) Rh-негативним несенсибілізованим жінкам (в терміні від 12 тижнів вагітності) протягом 72 годин після викидня провести профілактику Rh-імунізації шляхом внутрішньом'язового введення імуноглобуліну людини антирезус Rho (D), якщо резус-фактор батька дитини позитивний або невідомий;

12) у разі виявлення екстрагенітальної патології, ВІЛ-інфекції, сифілісу та/або аномальних вагінальних виділень, медична допомога надається відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12 вересня 2024 року № 1581; уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 1 типу у дорослих», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2023 року № 151 та відповідно до стандартів медичної допомоги: «ВІЛ-інфекція», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 червня 2025 року № 916; «Сифіліс», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 квітня 2023 року № 743; «Аномальні вагінальні виділення», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 грудня 2022 року № 2264;

13) у разі позитивного результату опитування за допомогою Единбурзької шкали післяпологової депресії пацієнтку необхідно направити на консультацію до лікаря-психолога або лікаря-психіатра;

14) після викидня пацієнтці призначити метод контрацепції відповідно до медичних критеріїв прийнятності та надати інформацію щодо планування наступної вагітності.

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги:

1. Наявність у ЗОЗ КМП у разі СВ.
2. Відсоток пацієнток з ознаками СВ, яким проведено УЗД ОМТ.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги:

1. Наявність у ЗОЗ КМП у разі СВ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту медичної допомоги «Спонтанний викидень» (далі – СМД).

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасного КМП в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнткам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД

висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надсилаються поштою, у тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості ЗОЗ, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП у разі СВ (наданий екземпляр КМП).

Джерелом інформації є КМП, наданий ЗОЗ, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток пацієнток зі ознаками СВ, яким проведено УЗД ОМТ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження СМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються лікарями-акушерами-гінекологами ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, розташованих на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам у разі СВ, зареєстрованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість гемодинамічно стабільних пацієнток з ознаками СВ, які звернулись за медичною допомогою протягом звітного періоду. Джерелом інформації є форма № 003/о.

Чисельник індикатора складає кількість гемодинамічно стабільних пацієнток з ознаками СВ, яким проведено УЗД ОМТ. Джерелом інформації є форма № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № _», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Спонтанний викидень. Звичне невиношування вагітності», 2025 року. https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України від 31 грудня 2003 року № 641/84 «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні».
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 серпня 2004 року № 417 «Про удосконалення дитячої патолого-анатомічної служби».
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2006 року № 179 «Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 квітня 2006 року за № 427/12301.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 липня 2007 року № 378 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їхнього заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 03 вересня 2007 року за № 1009/14276.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 6 лютого 2015 року № 51 «Про затвердження Порядку транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26 лютого 2015 року за № 220/26665.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 5 червня 2019 року № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 6 вересня 2021 року № 1877 «Про затвердження Порядку проведення патологоанатомічного розтину», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 21 вересня 2021 року за № 1239/36861.
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2022 року № 822 «Про затвердження Стандарту «Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика»».

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 9 серпня 2022 року № 1437 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність»».

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 вересня 2022 року № 1730 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Ектопічна вагітність»».

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 4 серпня 2023 року № 1401 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (І триместр вагітності)»».

15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 серпня 2023 року № 1513 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою»».

16. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 1 лютого 2024 року № 170 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (у терміні від 12 до 22 тижнів)»».

17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 липня 2024 року № 1259 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Серцево-легенева реанімація у дітей (базові та розширені заходи)», «Серцево-легенева реанімація у дорослих (базові та розширені заходи)»».

18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 квітня 2025 року № 693 «Деякі питання проведення прижиттєвої патологоанатомічної діагностики», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 06 травня 2025 року за № 676/44082.

19. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2025 року № 971 «Про затвердження сімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**



Андрій ГАВРИЛЮК

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Спонтанний викидень»
(підпункт 4 пункту 3 розділу I)

Фактори ризику, пов'язані з викиднем

Фактор ризику	Зв'язок факторів ризику та викидня
Материнський вік	Найнижчий ризик викидня становить від 20 до 29 років до 20 років (15,9%) 20–29 років (12%) 35–39 років (18%) 40–44 роки (37%) 45 років і старше (65%)
Попередній викидень	Ризик викидня збільшується з кількістю попередніх викиднів 0 Попередніх (11%) 1 Попередній (20%) 2 Попередніх (28,3%) 3 або більше попередніх (42%)
Індекс маси тіла	Найнижчий ризик викидня при індексі маси тіла 18,5–24,9 кг/м ²
Материнські фактори	Анатомічні фактори (перегородка матки) Ендокринопатія (захворювання щитовидної залози) Імунологічні фактори (системний червоний вовчак) Інфекції: бактеріальні (бактеріальний вагіноз, бруцельоз, хламідіоз, сифіліс); вірусні (віруси герпесу, цитомегаловірус, вірус імунодефіциту людини, краснуха); протозойні (малярія та токсоплазмоз) Тяжкі гострі захворювання Тромбофілія (фактор V Лейден) Неконтрольовані хронічні хвороби (цукровий діабет, артеріальна гіпертензія)
Фактори плода	Хромосомні аномалії (аутосомна трисомія, моносомія X та триплоїдія) Вроджені вади розвитку
Спосіб життя	Куріння сигарет (ризик викидня збільшується з кількістю) Вживання алкоголю та психоактивних речовин, особливо під час першого триместру Забруднення навколишнього середовища (забруднення повітря, пестициди)

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Спонтанний викидень»
(підпункт 1 пункту 3 розділу II)

Підтвердження вагітності та встановлення діагнозу СВ

Нестабільність гемодинаміки:	початкова оцінка гемодинамічної стабільності є важливою
Анамнез:	менструальний цикл та остання нормальна менструація; дата позитивного тесту на вагітність; попередні вагітності та їх наслідки, зокрема викидні; інший важливий гінекологічний анамнез (перегородка матки); визначте метод зачаття, особливо якщо застосовані допоміжні репродуктивні технології; проведіть УЗД ОМТ та кількісне визначення β -ХГЛ; виясніть наявність симптомів вагітності раннього терміну.
Клінічні ознаки та симптоми:	наявність вагінальної кровотечі (час початку, ступінь і тяжкість); біль (переймоподібний біль внизу живота чи біль у спині); постуральне синкопе; блювання; ознаки геморагічного шоку; ознаки вигнання продуктів зачаття.
Підтвердити вагітність:	терміново проведіть кількісне визначення рівня β -ХГЛ у сироватці крові (або тест на вагітність у сечі) серед жінок репродуктивного віку, незалежно від дати останньої менструації, використання контрацепції, проведення хірургічної стерилізації в анамнезі або даних про відсутність статевого життя.
Фізикальне обстеження:	базові дослідження (вимірювання температури тіла, частоти серцевих скорочень, частоти дихання, артеріального тиску, сатурації); обстеження живота (наявність болючості (перитонеальної симптоматики) та збільшення живота); наявність маткової кровотечі (перевірте кількість втрати крові на прокладці); гінекологічне обстеження (індивідуалізоване за клінічними показаннями): дослідження в дзеркалах (джерело та обсяг кровотечі, наявність залишків плідного яйця у цервікальному каналі (видалити і відправити на патологогістологічне дослідження); бімануальне дослідження (болючість рухів шийки матки, стан цервікального каналу, оцінити наявність утворень у ділянці придатків матки (ектопічна вагітність або інші утворення); співвідношення розміру матки відносно дати останньої менструації.

Ультразвукове дослідження:	виконати УЗД ОМТ за клінічними показаннями якомога швидше; задокументувати у протоколі трансвагінальний або трансабдомінальний метод УЗД ОМТ для подальшої інтерпретації.
Інші дослідження:	загальний аналіз крові; група крові та резус фактор, при Rh-негативній належності крові у вагітної - скринінг антитіл до еритроцитів за системою Резус; мікроскопічне дослідження виділень з піхви (скринінг на інфекції, що передаються статевим шляхом, за клінічними показаннями (для жінок групи ризику)).

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Спонтанний викидень»
(підпункт 4 пункту 3 розділу II)

Визначення життєздатності та локалізації вагітності

Нормальний β-ХГЛ:	сироватковий β-ХГЛ вперше стає позитивним на 9-й день після зачаття (β-ХГЛ понад 5 МО/л підтверджує наявність вагітності); для потенційно життєздатної внутрішньоматкової вагітності до 6-7 тижнів вагітності: - середній час подвоєння β-ХГЛ становить 1,4-2,1 доби; - у 85% спостерігається підвищення серійних рівнів β-ХГЛ щонайменше на 66% кожні 48 годин; - у 15% спостерігається підвищення серійних рівнів β-ХГЛ на 53–66% кожні 48 годин; - найповільніше зростання протягом 48 годин становить 53%.
Ультразвукове дослідження	трансвагінальне УЗД ОМТ у I триместрі проводить лікар з ультразвукової діагностики, трансабдомінальне УЗД ОМТ може бути менш точним; внутрішньоматкова вагітність зазвичай візуалізується на трансвагінальному УЗД ОМТ, коли середній діаметр плідного яйця (далі - СДПЯ) більше або дорівнює 3 мм та може бути менш інформативним за наявності лейоміоми матки, дифузного аденоміозу, багатоплідної вагітності у ранньому терміні.
Серійне визначення β-ХГЛ:	при стабільному стані рекомендоване серійне визначення β-ХГЛ (повторіть β-ХГЛ через 48 годин (до 72 годин) після початкового рівня; однократне визначення β-ХГЛ не диференціює життєздатну та нежиттєздатну вагітність та не можна використовувати для виключення внутрішньоматкової вагітності.
Дискримінаційна зона:	при внутрішньоматковій вагітності дискримінаційною зоною є рівень β-ХГЛ у сироватці крові, вище якого плідне яйце має бути видно на трансвагінальному або трансабдомінальному УЗД ОМТ (одне значення β-ХГЛ не вважається дискримінаційним); рівень β-ХГЛ, який визначає дискримінаційну зону при трансвагінальному УЗД ОМТ, складає від 1 000 до 3 500 МО/л.
Рівень прогестерону:	рівень прогестерону в сироватці крові підвищується під час вагітності; зниження між 6 і 8 тижнями вагітності (з найнижчою межею на 7 тижні) відповідає лютеїново-плацентарному зсуву (на рівні прогестерону можуть впливати вік матері, індекс маси тіла та кількість пологів); може бути маркером життєздатності вагітності, але не передбачає місце імплантації при вагітності невідомої локалізації.

Діагностика нежиттєздатної внутрішньоматкової вагітності

Результати підозрілі, але не діагностичні:	ембріон не візуалізується при СДПЯ 16–24 мм; відсутність серцевої активності при куприко-тім'яному розмірі (далі – КТР) менше 7 мм; відсутність ембріона з серцевою активністю через 7-10 днів після УЗД ОМТ, яке показало плідне яйце з жовтковим мішком; відсутність ембріона з серцевою активністю через 7-13 днів після УЗД ОМТ, яке показало плідне яйце без жовткового мішка; відсутність ембріона через 6 тижнів або більше після дати останньої менструації; порожній амніон (амніон видно поруч із жовтковим мішком без видимого ембріона); збільшений жовтковий мішок (понад 7 мм); мале плідне яйце по відношенню до розміру ембріона (менше 5 мм різниці між СДПЯ та КТР).
Критерії діагностики при трансвагінальному УЗД ОМТ	відсутній плід при СДПЯ більше або дорівнює 25 мм; видно плід із КТР більше або дорівнює 7 мм, але відсутня серцева активність плода під час спостереження протягом щонайменше 30 секунд; відсутність ембріона з серцевою активністю через 11 днів або більше після УЗД ОМТ, яке виявило плідне яйце з жовтковим мішком; відсутність ембріона з серцевою активністю через 2 тижні або більше після УЗД ОМТ, яке виявило плідне яйце без жовткового мішка; відсутність ембріона з серцевою активністю через 7 днів або більше після УЗД ОМТ, що виявило фетальний полюс менше 7 мм без серцевої активності.
Інтервали для повторного трансвагінального УЗД ОМТ	інтервал між початковим і наступним УЗД ОМТ залежить від СДПЯ під час первинного обстеження (доки СДПЯ не досягне 25 мм, фетальний полюс не визначається — діагноз встановити не можна); інтервал для повторного трансвагінального УЗД ОМТ оцінюється на основі очікуваної нормальної швидкості росту плідного яйця 1 мм/день (наприклад: якщо СДПЯ = 12 мм, повторіть трансвагінальне УЗД ОМТ через 13 днів або більше (вихідний СДПЯ 12 мм + зростання протягом 13 днів на 13 мм = очікуваний СДПЯ 25 мм)) уникайте повторних неінформативних трансвагінальних УЗД ОМТ

Трансвагінальне УЗД ОМТ для оцінки вагітності на ранніх термінах

Плідне яйце:	рання сонографічна ознака вагітності; використовуйте СДПЯ для визначення терміну вагітності до того, як можна буде чітко виміряти КТР; візуалізується з 4 тижнів і 3 днів після дати останньої нормальної менструації; справжнє плідне яйце ексцентрично розміщене в порожнині ендометрію та оточене «ехогенним кільцем»; внутрішньопорожнинна рідина («псевдогестаційний мішок») розташований по середній лінії, зміщуючи передню та задню поверхні порожнини ендометрія; при відсутності ознак внутрішньоматкової або ектопічної вагітності та позитивному тесті на вагітність — вагітність ідентифікується як вагітність невідомої локалізації.
Жовтковий мішок:	є першою структурою, видимою в плідному яйці, і стає помітним на 5,5 тижні гестації або при СДПЯ 8-10 мм; наявність жовткового мішка є остаточним доказом для диференціації плідного яйця; кількість жовткових мішків зазвичай вказує на кількість амніотичних мішків у випадку двійні (тобто два жовткових мішки вказують на діамніотичну двійню, монохоріальна моноамніотична двійня має один жовтковий мішок).
Ембріон та серцева активність:	фетальний полюс (ембріональний диск) візуалізується на 5–6 тижні вагітності; КТР у 6 тижнів і 0 днів становить 4 мм; протягом ембріонального періоду (6–10 тижнів) КТР збільшується приблизно на 1 мм на день; серцева активність виявляється на 6-6,5 тижні вагітності (до 6 тижнів вагітності ЧСС буде повільною (від 100 до 115 ударів за 1 хвилину) і після 6 тижнів швидко збільшується.
Жовте тіло:	може сильно відрізнятися за зовнішнім виглядом від солідних до кістозних форм, розміром до 3 см; часто виявляється периферична васкуляризація.
Раннє визначення терміну вагітності в I триместрі:	плідне яйце (немає жовткового мішка, ембріона або серцевої активності) понад 5 тижнів вагітності; плідне яйце і жовтковий мішок (немає ембріона, серцевої активності) понад 5,5 тижнів вагітності; плідне яйце і жовтковий мішок (живий ембріон, КТР < 5 мм (занадто малий для вимірювання)) понад 6 тижнів вагітності; для визначення терміну вагітності використовуйте КТР, якщо він доступний.

Стандартна ультразвукова документація

Методика:	для полегшення інтерпретації вказати яке використовується УЗД ОМТ (трансвагінальне або трансабдомінальне);
Анамнез пацієнтки:	дата останньої менструації (якщо відома) та передбачувана дата пологів за датою останньої менструації; попереднє УЗД ОМТ, проведене при поточній вагітності та його результати; чи проводився тест на β -ХГЛ (сеча або сироватка крові) і коли.
Внутрішньоматкові дані:	наявність внутрішньоматкового плідного яйця (якщо воно візуалізується - одиничне або множинне); СДПЯ в мм та передбачуваний термін вагітності; наявність жовткового мішка; наявність фетального полюса та його довжина; наявність серцевої активності плода та/або ЧСС в ударах на хвилину; наявність і об'єм кровотечі; гестаційний вік у тижнях і днях та передбачувана дата пологів за результатами цього УЗД ОМТ; наявність і розміри залишків продуктів зачаття; при багатоплідній вагітності - кількість жовткових мішків і хоріонів, товщина міжамніотичної мембрани; можлива ектопічна внутрішньоматкова імплантація (рогова, інтрамуральна, цервікальна, у рубці).
Позаматкові дані:	опис придатків матки (лівий та правий); наявність вільної рідини та її об'єм (відсутній, мінімальний, помірний, великий).

Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Спонтанний викидень»
(підпункт 3 пункту 3 розділу III)

**Медикаментозне лікування при нежиттєздатній
внутрішньоматковій вагітності у I триместрі**

Показання:	улюбднання жінки; завмерла вагітність або неповний викидень.
Протипоказання:	підозра на гестаційну трофобластичну хворобу; гемодинамічна нестабільність; підвищений ризик кровотечі (наприкінці I триместру) або наслідків кровотечі (коагулопатії або неможливість переливання крові); ознаки інфекції; внутрішньоматкова спіраль (потребує видалення); медичні протипоказання (артеріальна гіпертензія, алергія на простагландини).
Мізопростол:	для неповного викидня до 13 тижнів рекомендований режим: 1-й день: Мізопростол 400–800 мкг вагінально, перорально або сублінгвально; 2-й або 3-й день: Повторіть мізопростол 400–800 мкг вагінально, перорально або сублінгвально; для викидня, що не відбувся, призначають: 200 мкг міфепристону перорально і через 48 годин 800 мкг мізопростолу (вагінально, перорально або сублінгвально), якщо раніше не відбулось вигнання плідного яйця; якщо відбулося повне вигнання залишків плідного яйця, повторна доза мізопростолу не використовується.
Адміністрування:	лікування може бути запропоноване у денному стаціонарі; забезпечити пероральну аналгезію (ібупрофен 800 мг перорально), за потреби призначити протиблювотні засоби та лікарські засоби, що усувають нудоту.
Подальше ведення:	визначити β -ХГЛ 1-й день (день призначення мізопростолу) та 8-й день (для підтвердження зниження рівня); повторний огляд у ЗОЗ на 2-й та 8-й день; провести початкову оцінку успішності на основі анамнезу та обстеження, зберігати настороженість щодо гестаційної трофобластичної хвороби та/або ектопічної вагітності УЗД ОМТ проводиться: за клінічними показаннями для оцінки наявності залишків плідного яйця якщо рівень β -ХГЛ не знизився понад 90% за більш ніж 7 днів; хірургічне лікування не показано протягом одного тижня після медикаментозного ведення, крім випадків, коли:

жінка наполягає на цьому
існують інші клінічні показання (триває тяжка кровотеча,
біль)

тест на вагітність у сечі рекомендувати через 3–6 тижнів, якщо:
не проводилось патологогістологічного дослідження
продуктів зачаття;
нормальна менструація не настала протягом 4–6 тижнів;
триває вагінальна кровотеча;

Поради для жінок: проінформуйте пацієнтку щодо особливостей, а саме:
кровотеча після викидня сильніша, ніж менструація;
кровотеча може супроводжуватися болісними скороченнями
матки;
якщо кровотеча не розпочнеться через 24 години після
медикаментозного лікування, потрібно звернутися до лікаря
для визначення подальшої тактики;
потенційні побічні ефекти включають біль, діарею та
блювання.

Додаток 5
до Стандарту медичної допомоги
«Спонтанний викидень»
(підпункт 5 пункту 3 розділу III)

**Хірургічне лікування нежиттєздатної
внутрішньоматкової вагітності у I триместрі**

Показання:	уподобання жінки неефективність медикаментозного ведення рекомендуйте, якщо наявні: гемодинамічна нестабільність; стійка надмірна вагінальна кровотеча; ознаки інфікування залишків плідного яйця; підозра на гестаційну трофобластичну хворобу.
Застереження:	обережно, якщо є підвищений ризик кровотечі (підозра на артеріовенозну мальформацію або коагулопатію) або перфорація матки в анамнезі.
Підготовка шийки матки:	для дозрівання шийки матки до хірургічної евакуації призначити мізопростол: вагінально за 3–4 години до операції 400 мкг або за 2–3 години до операції 400 мкг перорально, сублінгвально, трансбуккально використовуйте воду як лубрикант
Надання медичної допомоги:	провести вакуум-аспірацію під загальним знеболенням; забезпечити аналгезію за показаннями; у разі наявності клінічних показань (ендометрит) до операції призначити антибактеріальні лікарські засоби; під час виконання вакуум-аспірації УЗД ОМТ проводять за клінічними показаннями.
Подальше спостереження:	рекомендувати динамічне спостереження за наявності клінічних симптомів; оцінити результати патологогістологічного дослідження; рутинне визначення β -ХГЛ та рутинне проведення УЗД ОМТ не рекомендується.
Повторний кюретаж:	розглянути гістероскопію або кюретаж під контролем УЗД ОМТ, щоб полегшити евакуацію продуктів зачаття з матки та мінімізувати ризик внутрішньоматкових сінехій; призначити антибактеріальну терапію.

Додаток 6
до Стандарту медичної допомоги
«Спонтанний викидень»
(підпункт 3 пункту 3 розділу III)

**Лікування при нежиттєздатній
внутрішньоматковій вагітності у II триместрі**

Потенційна етіологія:	з боку плода: хромосомні аномалії; вроджені вади розвитку; з боку матері: попередні викидні у другому триместрі; аномалії розвитку матки; захворювання матері (серцево-судинні, аутоімунні захворювання, тромбофілія); передчасний розрив плідних оболонок; плацентарні ускладнення (відшарування плаценти); хоріоамніоніт.
Клінічні прояви:	переважно проявляється, як внутрішньоутробна загибель плода; може проявлятися переймами або розривом плідних оболонок.
Обстеження:	проведіть забір мазків із нижньої частини піхви та періанальної ділянки.
Умови надання допомоги:	за можливості надайте допомогу в умовах, відокремлених від жінок з неускладненою вагітністю або зі здоровими немовлятами; забезпечте адекватне знеболення відповідно до потреб жінки.
Медикаментозне ведення:	підходить для будь-якого терміну вагітності; у разі попередньої операції на матці ризик розриву матки при застосуванні мізопростолу є низьким та супроводжується меншою частотою ускладнень порівняно з окситоцином; якщо шийка матки закрита і плодові оболонки інтактні, міфепристон і мізопростол є лікарськими засобами першої лінії (міфепристон призначають у дозі 200 мг перорально з подальшим прийомом мізопростолу через 24-48 годин по 400 мкг трансбукально, сублінгвально або вагінально кожні 3-6 годин до вигнання тканини вагітності); можна використовувати тільки мізопростол; якщо плодові оболонки розірвані та/або шийка матки відкрита, рекомендується застосування мізопростолу або внутрішньовенного окситоцину.
Народження плаценти:	рекомендується активне ведення, якщо плацента не народилася протягом: 30 хвилин (спорожнити сечовий міхур і почати внутрішньовенну інфузію 10 МО окситоцину в 500 мл 0,9% розчину натрію хлориду або суміші 5% декстрази з фізіологічним розчином зі швидкістю 20-40 крапель/хв);

	60 хвилин (провести інструментальне / ручне видалення плаценти);
	необхідно передбачити та підготуватися до можливої кровотечі; необхідно зберегти пуповину, плодові оболонки та плаценту для патологогістологічного дослідження.
Хірургічне втручання:	метод дилатації та евакуації може бути безпечно використаний для лікування нежиттєздатної внутрішньоматкової вагітності в II триместрі (12–21 ⁺⁶ тижнів гестації); може бути показано у випадках продовження надмірної кровотечі, гемодинамічної нестабільності, ознак затримки продуктів зачаття, підозри на гестаційну трофобластичну хворобу.
Пригнічення лактації:	рекомендувати консервативні та підтримувальні заходи (мінімальна стимуляція грудей, холодні компреси, анальгетики); у разі необхідності, рекомендувати застосування лікарських засобів (інгібіторів пролактину).
Подальше спостереження:	спостереження лікаря-акушера-гінеколога; провести 3D УЗД ОМТ для оцінки матки та виключення аномалій.