Agrīna grūtniecības neiznēsāšana:

diagnostikas un rīcības algoritms

Izstrādāts RAKUS Ginekoloģijas klīnikā 2025. gada novembrī

Darba grupas vadītāja – asoc. prof. Jana Žodžika
Darba grupas locekļi – prof. Dace Rezeberga, Zane Grabe, Krista Brēmere, Marta Spodareva-Burjaka, Estere Strautmane

Saīsinājumi:

USG - ultrasonogrāfija
CRL - galvas-rumpja garums (*crown-rump length*)

MSD - vidējais augļa olas diametrs (*mean sac diameter*)
SD - sirdsdarbība
HCG - horiogonadotropīns
NSPL - nesteroīdais pretiekaisuma līdzeklis
DIK - diseminēta intravazāla koagulācija
TOAK - tiešie orālie antikoagulanti (dabigatrāns, rivaroksabāns, apiksabāns, endoksabāns)
MMH - mazmolekulārie heparīni (enoksaparīns, dalteparīns, tinzaparīns, nadroparīns, reviparīns)
BV - bakteriālā vaginoze
A/b terapija – antibakteriālā terapija
NMP - neatliekamā medicīniskā palīdzība

Algoritmu mērķis

Algoritma mērķis ir nodrošinātu mūsdienīgu uz pierādījumiem balstītu pieeju un standartizēt agrīnas grūtniecības neiznēsāšanas diagnostiku un ārstēšanu, iesaistot sievieti lēmumu pieņemšanā, sniedzot informāciju un atbalstu.

Paredzamie algoritmu lietotāji

Ginekologi, dzemdību speciālisti, vecmātes, māsas, ģimenes ārsti

Ievads

Agrīna grūtniecības neiznēsāšana ir viens no biežākajiem agrīnā grūtniecība laika sarežģījumiem, kas skar ievērojamu daļu sieviešu reproduktīvā vecumā. Tā ir grūtniecības augšanas apstāšanās līdz 12.–13. grūtniecības nedēļai. Klīniskā aina var būt dažāda – no asimptomātiskas grūtniecības attīstības pārtraukšanās līdz akūtai asiņošanai un sāpju epizodei. Lai diferencētu agrīnu grūtniecības neiznēsāšanu no fizioloģiskas agrīnas grūtniecības vai citiem grūtniecības sarežģījumiem, piemēram, ektopiskas grūtniecības, ir būtiski veikt savlaicīgu un precīzu diagnostiku.

Šis algoritms sniedz strukturētu pieeju agrīnas grūtniecības neiznēsāšanas diagnostikai un tālākai rīcībai, balstoties uz klīniskajiem simptomiem, ultrasonogrāfijas atradni un bioķīmiskiem marķieriem. Algoritma mērķis ir nodrošināt konsekventu, drošu un uz pacienti orientētu aprūpi, izvērtējot iespējamos ārstēšanas virzienus un samazinot komplikāciju risku.

Definīcijas un vispārīgie principi

Agrīna grūtniecības neiznēsāšana ietver vairākus klīniskus stāvokļus, kuros grūtniecība līdz 12.–13. nedēļai pārtrūkst spontāni vai tās attīstība apstājas:

- **Nenoticis aborts (*missed abortion*)** - grūtniecības attīstība ir pārtraukusies, bet grūtniecības audi (augļa ola) no dzemdes nav izdalījušies. Var būt asiņaini izdalījumi, bet tie var arī nebūt.
- **Spontāns aborts** jeb **agrīna grūtniecības neiznēsāšana** jeb **agrīns grūtniecības zaudējums** – grūtniecības attīstība ir pārtraukusies un grūtniecības audi izdalās no dzemdes, ir sūdzības par asiņošanu un sāpēm. Spontāns aborts var būt nenovēršams, daļējs vai pilnīgs:
    - ⇒ nenovēršams spontāns aborts – ir sūdzības par asiņošanu un sāpēm, dzemdes kakls pavērts un pa to sāk dalīties grūtniecības audi,
    - ⇒ nepilnīgs spontāns aborts - ir sūdzības par asiņošanu un sāpēm, grūtniecības audi ir daļēji izdalījušies no dzemdes dobuma,
    - ⇒ pilnīgs spontāns aborts - grūtniecības audi ir pilnībā izdalījušies no dzemdes dobuma. Var būt nelieli asiņaini izdalījumi, bet tie var arī nebūt.

Šo stāvokļu diferencēšana ir būtiska, lai pieņemtu lēmumu par tālāko rīcību.

Sastopamība

Spontānais aborts agrīnas grūtniecības laikā skar 10–20% grūtniecību. Risks pieaug līdz ar mātes vecumu:

- 10% sievietēm, kas jaunākas par 30 gadiem;
- 15–20% sievietēm vecumā no 35–39 gadiem;
- 50% sievietēm, kas vecākas par 45 gadiem.

Vislielākais spontānā aborta risks ir līdz 12. grūtniecības nedēļai (notiek 75% no spontānajiem abortiem). Lielākā grūtniecības laikā spotnānie aborti ir retāki.

Iemesli

Agrīnas grūtniecības neiznēsāšanas iemesli ir multifaktoriāli, un bieži vien vienu konkrētu cēloni noteikt nav iespējams. Tomēr ir zināms, ka lielākā daļa gadījumu ir saistīti ar bioloģiskiem mehānismiem, kas ietekmē embrija attīstību, mātes veselības stāvokli vai grūtniecības implantācijas procesu. Biežākie iemesli:

1. Hromosomu un ģenētiskās novirzes:

    - **pirmreizēja** agrīna spontāna aborta gadījumā 70-80% iemesls ir nejauši veidojušās hromosomu patoloģijas, kas turpmāk neatkārtojas, tāpēc spontāna aborta audu ģenētiska izmeklēšana nav mērķtiecīga,
    - visbiežākais iemels ir aneiploīdijas, kas rodas nejauši apaugļošanās vai agrīnas šūnu dalīšanās laikā,
    - parasti tās **nav iedzimtas** un neietekmē sievietes spēju veiksmīgi iznēsāt nākamo grūtniecību.

2. Implantācijas un placenta attīstības traucējumi:

    - nepietiekama vai nepilnīga apaugļotās olšūnas implantācija dzemdes gļotādā var traucēt embrija attīstību,
    - agrīni placentas veidošanās traucējumi var samazināt uzturvielu piegādi embrijam.

3. Sievietes veselības stāvoklis:

Dažādi hroniski vai akūti veselības faktori var palielināt agrīnas grūtniecības neiznēsāšanas risku, piemēram:

- endokrīnās sistēmas traucējumi (piem., nekontrolēti vairogdziedzera darbības traucējumi, slikti kompensēts cukura diabēts),
- autoimūni procesi,
- sistēmiska infekcija mātei.

Šie faktori ne vienmēr izraisa grūtniecības pārtraukšanos, bet var ietekmēt embrija agrīno attīstību.

4. Anatomiski traucējumi:

Arī dzemdes anatomiskas īpatnības (piemēram, iedzimta dzemdes dobuma starpsiena vai dzīves laikā radusies mioma) dažkārt var apgrūtināt agrīnas grūtniecības norisi. Tomēr daudzas sievietes ar šādām īpatnībām iznēsā grūtniecību sekmīgi.

5. Apkārtējās vides un dzīvesveida faktori:

- intensīvs stress, kaitīgie ieradumi vai nelabvēlīga apkārtējā vide var palielināt risku, taču parasti tie nav primārie cēloņi**,**
- daudzi faktori darbojas kombinācijā, nevis izolēti.

6. Neskaidri gadījumi: neraugoties uz plašām diagnostikas iespējām, **bieži agrīnas grūtniecības neiznēsāšanas iemeslu noskaidrot nav iespējams.** Grūtniecības agrīna neiznēsāšana nenotiek mātes vainas dēļ, tas norāda uz dabisku bioloģisku selekcijas mehānismu, kas darbojas agrīnās grūtniecības stadijās.

Diagnostika

Agrīnu grūtniecības neiznēsāšanu diagnosticē:

1) pēc sūdzībām par asiņainiem izdalījumiem no dzimumceļiem ar vai bez sāpēm vēdera lejasdaļā,
2) pēc anamnēzes datiem par menstruāciju aizkavēšanos,
3) nosakot horiogonadotropīnu (HCG) urīnā vai serumā,
4) veicot ginekoloģisko apskati, kuras laikā izvērtē asiņaino izdalījumu veidu un apjomu, dzemdes kakla stāvokli (pavērts vai slēgts), dzemdes izmērus (normāla izmēra vai palielināta),
5) ultrasonogrāfiski (USG).

(Sīkāk skat. 1. algoritmu "**Agrīnas grūtniecības neiznēsāšanas diagnostika"**.)

Lai gan agrīna grūtniecības neiznēsāšana bieži norit bez komplikācijām, ir vairāki stāvokļi, kuros sievietes veselībai pastāv nopietns risks, un nepieciešama tūlītēja medicīniska palīdzība. Šādos gadījumos svarīgi ir ātri pazīt simptomus, kas var norādīt uz dzīvībai bīstamām komplikācijām:

- spēcīga vai strauji progresējoša asiņošana,
- izteiktas vai progresējošas sāpes vēdera lejas daļā,
- infekcijas pazīmes (paaugstināta ķermeņa temperatūra, drebuļi, slikta pašsajūta, smakojoši izdalījumi no dzimumceļiem),
- izteikts vājums, galvas reiboņi, samaņas traucējumi,
- aizdomas par ektopisku grūtniecību.

Diferenciāldiagnostika

1. Ārpusdzemdes grūtniecība.
2. Gestācijas trofoblastiskās slimības.

3. Agrīna fizioloģiski noritoša dzemdes grūtniecība.
4. Dzemdes kakla cilindriskā epitēlija ektropija.
5. Dzemdes kakla polipi.
6. Dzemdes kakla vēzis.
7. Asiņošana no urīnizvadkanāla.

Taktika

Agrīna grūtniecības zaudējuma gadījumā atkarībā no klīniskās situācijas un sievietes izvēles ir iespējama nogaidoša taktika, medikamentoza terapija un ķirurģiska ārstēšana.

(Sīkāk skat. 2. algoritmu **"Taktika nenotikuša aborta gadījumā"** un 3. algoritmu **"Taktika nepilnīga spontāna aborta gadījumā"**.)

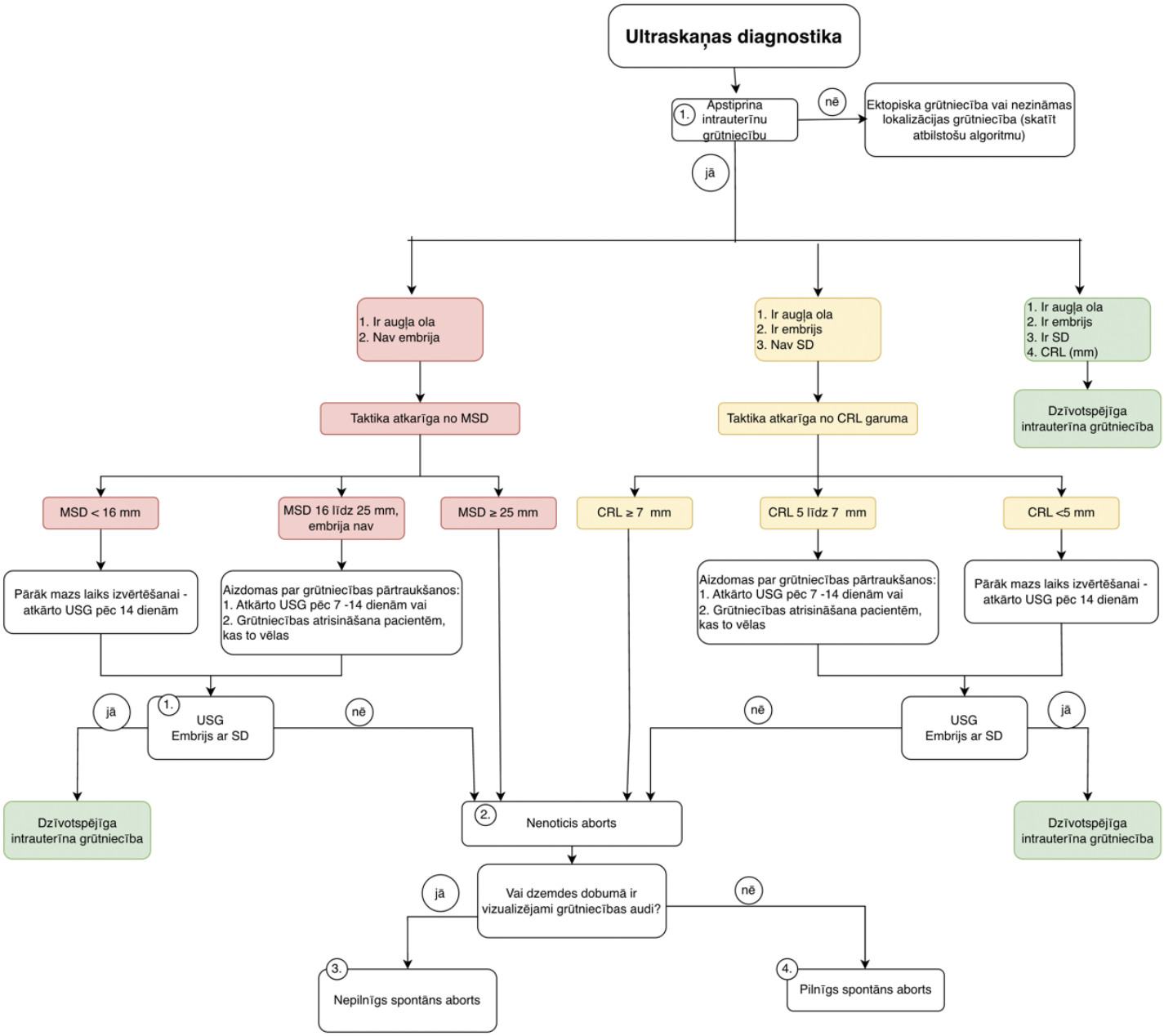
Grūtniecības zaudējuma psiholoģiskās sekas

Grūtniecības zaudējums var izsaukt nopietnas psiholoģiskas sekas. Visbiežāk sieviete piedzīvo sēras, trauksmi vai pat depresiju. Sēras pēc spontānā aborta ir līdzīgas rakstura, intensitātes un ilguma ziņā kā sēras citu lielu zaudējumu gadījumos.
Īpaši spēcīgi ir pārdzīvojumi, ja sieviete:

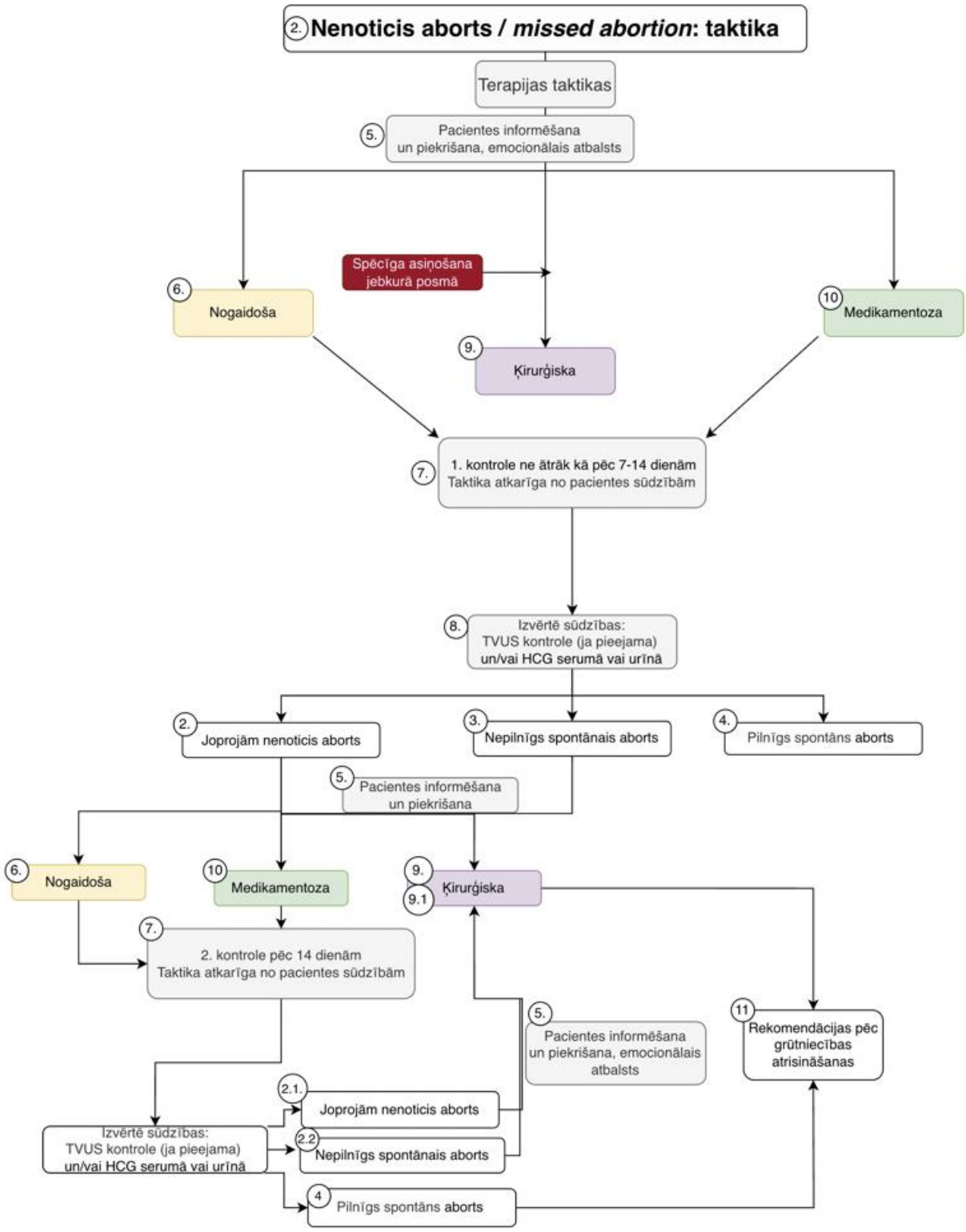
- grūtniecību ļoti vēlējās,
- ilgi gaidīja bērna ieņemšanu,
- piedzīvojusi līdzīgu zaudējumu jau iepriekš,
- nesaņem atbalstu,
- jau iepriekš bijušas grūtības tikt galā ar traumatiskām situācijām.

Distress visbiežāk ir visizteiktākais 4–6 nedēļas pēc spontānā aborta un var ilgt 6–12 mēnešus. Pacientes, kurām ir agrīns spontāns aborts, bieži izvairās dalīties ar šo informāciju ar draugiem un ģimeni, palielinot izolāciju un sevis vainošanu. Ir svarīgi apzināties ar grūtniecības zaudējumu saistītās psiholoģiskās sekas, tāpēc ārstiem ir jāizvērtē sievietes emocionālais stāvoklis un nepieciešamības gadījumā jānodrošina atbalsts, novērošana un piekļuve profesionālai konsultēšanai.

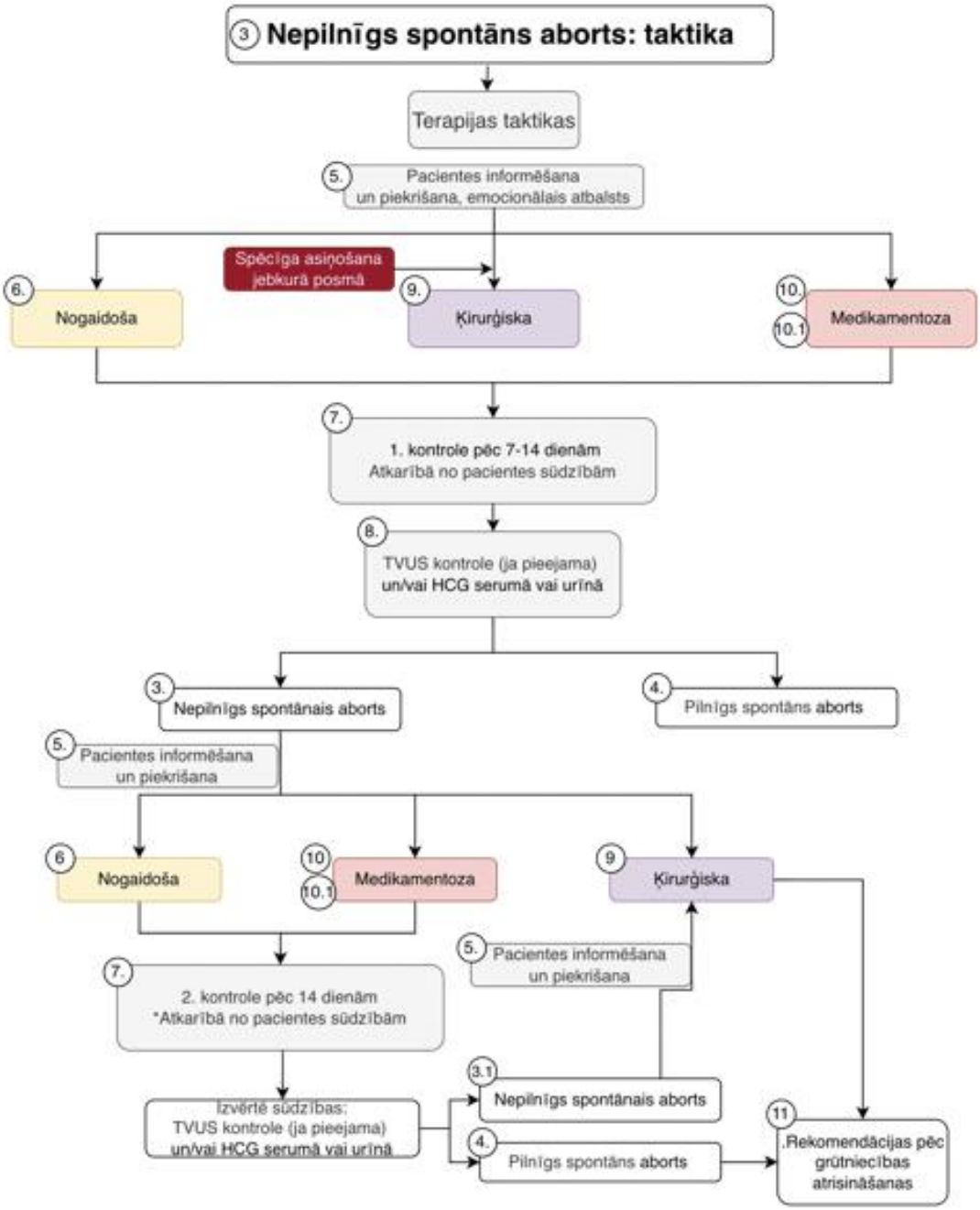
1. algoritms. Agrīnas grūtniecības neiznēsāšanas diagnostika



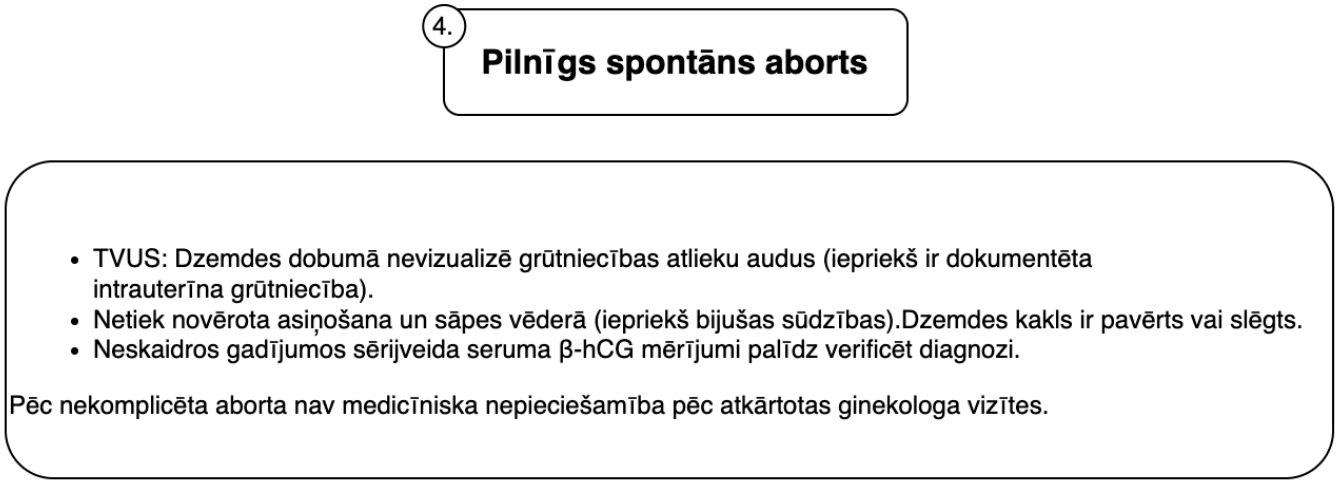
2. algoritms. Taktika nenotikuša aborta gadījumā



3.algoritms. Taktika nepilnīga spontāna aborta gadījumā



4.algoritms. Taktika pilnīga spontāna aborta gadījumā



Paskaidrojumi

1. Ultrasonogrāfija - pamata izmeklēšanas metode grūtniecības lokalizācijas un dzīvotspējas noteikšanai. Apmācīts speciālists, veicot endovaginālo USG, var diagnosticēt agrīnu grūtniecības zaudējumu ar 100% precizitāti. Vērtējamie parametri:

1) augļa olas izmēri - mēra tās vidējo diametru (MSD), mm.
2) ir vai nav embrijs. Ja ir embrijs, mēra galvas-rumpja garumu (CRL), mm.
3) ir vai nav embrijam sirdsdarbība (SD).

2. Nenoticis aborts (*Missed abortion*) - grūtniecības attīstības apstāšanās, kuras gadījumā embrijs/auglis/embrionālie audi vai tukša augļa ola (*anembrion*) ir dzemdes dobumā un dzemdes kakla ārējā mute ir slēgta. Var novērot sūdzības par sāpēm un/vai asiņošanu, vai arī sūdzību var nebūt. Veicot ultrasonogrāfiju, vizualizē embriju vai augli bez sirdsdarbības, vai tukšu augļa olu (*anembrion*).

3.Nepilnīgs spontāns aborts - grūtniecības atlieku audi nav pilnībā izvadīti no dzemdes dobuma. Dzemdes kaklā vai makstī vizualizē grūtniecības atlieku audus, dzemdes kakla ārējā mute ir pavērta. Tiek novērota izteikta vai ilgstoša asiņošana no dzimumceļiem, sāpes vēdera lejasdaļā.

3.1. Ja pēc vairāk nekā 4 nedēļām, veicot USG, vizualizē augļa olu un/vai saglabājas grūtniecības atlieku audi - jāizvēlās ķirurģiska ārstēšanas metode.

4. Pilnīgs spontāns aborts - veicot USG, dzemdes dobumā nevizualizē grūtniecības atlieku audus (iepriekš ir dokumentēta intrauterīna grūtniecība). Vairs netiek novērota asiņošana un sāpes vēderā. Dzemdes kakls ir pavērts vai slēgts. Pilnīga grūtniecības audu izdalīšana - dažādos pētījumos tiek izmantoti dažādi kritēriji (ultrasonogrāfiskie parametri, pacientu simptomi vai abi). Visbiežāk lietotais kritērijs ir augļa olas neesamība, veicot ginekoloģisko ultrasonogrāfiju. Ultrasonogrāfiski endometrija biezuma mērījumi nav uzskatāmi par lietderīgiem un netiek izmantoti, lai apstiprinātu pilnīgu grūtniecības audu izdalīšanu.

5.Pacientes informēšana:
Kad tiek diagnosticēts agrīns spontāns aborts, klīniski stabilām pacientēm var piedāvāt trīs taktikas iespējas (nogaidošu, medikamentozu, ķirurģisku), vispirms sniedzot informāciju un ļaujot pacientei izvēlēties sev piemērotāko veidu. Izvēloties kādu no ārstēšanas variantiem, paciente jāinformē par iespējamiem riskiem un komplikācijām. Pacientes, kas izvēlas nogaidošu ārstēšanas taktiku jāinformē, ka var būt nepilnīga grūtniecības audu izdale, var tikt novērota izteikta asiņošana vai attīstīties infekcija, var būt nepieciešamība pēc cita ārstēšanas veida.

5.1. Emocionālais atbalsts skatīt pacientes informācijas materiālu.

6. Nogaidoša taktika -

- Pielieto, ja grūtniecība <13 gr. ned.
- Efektivitāte 60-80%
- Var būt mērena vai izteikta asiņošana, ja stundas laikā jānomaina 2 lielās paketes 2h laika periodā - jāvēršas pēc NMP
- Sāpju mazināšanai rekomendē NSPL

- A/b terapiju pie nogaidošas taktikas nerekomendē
- Anti-D imūnglobulīnu nerekomendē

Apsvērt citu ārstēšanas veidu, ja ir:
- Paaugstināts asiņošanas risks (pirmā trimestra beigās);
- Anēmija (Hb<9 g/dL);
- Asinsreces traucējumi (A, B hemofīlija, Villebranda slimība, recēšanas faktoru iedzimts deficīts) un antikoagulantu (varfarīna, MMH vai TOAK) lietošana;
- Infekcijas pazīmes;
- Slikta/traumatiska pieredze, kas saistīta ar grūtniecību, priekšlaicīgām dzemdībām, grūtniecības pārtraukšanos.

Komplikācijas:
- Grūtniecības audu retence un sekojoša ķirurģiska iejaukšanās (20-40%);
- Infekcija (1-2%) – ja parādās infekcijas pazīmes, grūtniecības atrisināšana ir jāpabeidz ķirurģiskā ceļā;
- Stipra dzemdes asiņošana (0,5-1%) - grūtniecības atrisināšana ir jāpabeidz ķirurģiskā ceļā;
- DIK – reti pirmajās nedēļās, 4 nedēļas pēc diagnozes uzstādīšanas DIK risks ir 10% un pēc tam ar katru nedēļu paaugstinās.

7. Turpmākā novērošana/vizītes: tiek plānotas atkarībā no pacientes individuālās nepieciešamības, emociānālā stāvokļa. Visbiežāk atkārtotas vizītes rekomendē ik 1-2 nedēļās līdz pilnīgam abortam. Ja pie nogaidošas ārstēšanas grūtniecība nav atrisināta 4 nedēļu laikā, jāizvēlas alternatīvas ārstēšanas metodes.

8. Kontroles vizītes: to laikā veic USG, ja tā nav pieejama, tad nosaka HCG līmeni serumā vai urīnā, lai apstiprinātu pilnīgu abortu. HCG mērījumus var kontrolēt dinamikā, lai saprastu, vai HCG līmenis krīt vai pieaug. HCG noteikšanai urīnā ir zemāka jutība, salīdzinot ar HCG noteikšanu serumā. Grūtniecības atrisināšanas taktikas efektivitātes izvērtējumu neiesaka balstīt uz konkrētu HCG līmeni.

9. Ķirurģiska ārstēšana
- Visefektīvākā ārstēšanas metode: 97-99%
- I trimestrī grūtniecības pārtraukšanas gadījumā pirmā izvēle ir vakuumaspirācija.
- Jānodrošina adekvāta atsāpināšana.
- **A/b profilakse:** rekomendē *Tab.Doxycycline* 200 mg x1 p/o vai *Tab. Azytromicini* 500 mg x1 p/o 1 h pirms manipulācijas. Ja ir BV pazīmes papildus *Tab. Metronidazoli* 500 mg x1 p/o -1h pirms manipulācijas.

Oksitocīna lietošana ir saistīta ar mazāku asins zudumu.
Anti-D imūnglobulīnu nerekomendē lietot līdz 13 gr. nedēļām.

Indikācijas:
- Ja paciente hemodinamiski nestabila;
- Ja ir spēcīga asiņošana;
- Infekcijas pazīmes;
- Medikamentozā terapija nav efektīva.

Ieteicama pacientēm ar:
- anēmiju (Hb<9 g/dL);
- asinsreces traucējumiem (A, B hemofīliju, Villebranda slimību, recēšanas faktoru iedzimtu deficītu) un tiem, kas lieto antikoagulantus (varfarīnu, MMH vai TOAK).

Dzemdes kakla sagatavošana pirms manipulācijas:
Tab. Mifepristonum 200 mg p/o 24-48 h pirms manipulācijas VAI *Tab. Misoprostolum* 400µg s/l 1-2 h pirms manipulācijas (efektīvākais *Misoprostolum* lietošanas veids), VAI *Tab. Misoprostolum* 400µg p/v vai bukāli 2 h pirms manipulācijas.

Komplikācijas:
- grūtniecības audu retence un atkārtota ķirurģiska iejaukšanās - 2%
- dzemdes atonija un stipra dzemdes asiņošana 2%
- hemotransfūzija – 1%
- dzemdes kakla plīsums – 3.3%
- dzemdes perforācija - <1%
- infekcija – 1%
- intrauterīni saaugumi - <1%
- trombembolija – 0,08%
- nāve – 0,02%

*** Spēcīga asiņošana - 2 lielās higiēniskās paketes stundā 2 stundu periodā**

9.1. Histeroskopija
Histeroskopijas laikā var veikt gan vizuālu diagnostiku, gan ārstēšanu. Histeroskopijas priekšrocība ir tā, ka manipulācijas laikā var vizualizēt precīzu grūtniecības retences audu lokalizāciju, tādejādi izvairīties no endometrija neskarto zonu bojājuma. Šī ārstēšanas metode ir vispiemērotākā pacientēm, kurām nenovēro spēcīgu asiņošanu vai klīniski nav infekcijas pazīmes. Pētījumos pierādīts, ka pēc histeroskopiskas ārstēšanas veidojas mazāk dzemdes sinehiju (Ašermaņa sindroma), salīdzinot ar kiretāžu, jo netiek traumēts viss endometrijs. Pēc vienas kiretāžas veikšanas, saaugumu veidošanos dzemdes dobumā novēra 15% gadījumu, pēc otrās, trešās reizes - 32 %. Histeroskopijas laikā, lai evakuētu grūtniecības retences audus, var izmantot rezektoskopu, histeroskopisko morcelatoru vai histeroskopijas satvērējinstrumentu. Spēcīgas asiņošanas vai infekcijas gadījumā pirmā izvēle ir vakuumaspirācija.

10. Medikamentoza terapija
To var saņemt stacionārā un līdz 9 nedēļām dienas stacionārā vai ambulatori (šobrīd dienas stacionārā vai ambulatori nav valsts apmaksāta).
Īpaši rekomendē pacientēm ar maksts, dzemdes kakla vai dzemdes anomālijām.
Nerekomendē: hemodinamiski nestabilām pacientēm; infekcijas gadījumā; ja alerģija uz mifepristonu un/vai mizoprostolu; aizdomas par ektopisku grūtniecību; mifepristona lietošanas gadījumā – ja ir porfīrija, virsnieru mazspēja.
Piesardzība lietošanā: asins reces traucējumi, smaga anēmija, komplicētas sirds slimības, smaga nekontrolēta bronhiālā astma, ilgstoša korikosteroīdu lietošana;
A/b terapiju rutīnā nav ieteicama.
Var būt mērena vai izteikta asiņošana, ja 1 stundas laikā jānomaina 2 lielās paketes 2h laika periodā - jāvērēšas pēc NMP.
Anti-D imūnglobulīnu nerekomendē.

Blakusparādības: slikta dūša, vemšana, vājums, febrila temperatūra, caureja, ļoti spēcīga asiņošana, sāpēs vēdera lejasdaļā.
Ja nepieciešms, ir jālieto NSPL, antiemētiķi un antipirētiķi.
Komplikācijas:
- grūtniecības audu retence 5-20%
- stipra asiņošana
- infekcija 1-2%
- trombembolija – 0,08%
- nāve – 0,009%

Konsultācijas dinamikā atkarībā no situācijas var būt:
- attālinātas
- telefoniskas
- klātienē.

Medikamentoza ārstēšana var būt kombinēta (*Tab. Mifepristonum* un *Tab. Misoprostolum*) vai tikai ar *Tab. Misoprostolum*:
- ja ir pieejams mifepristons, agrīnas grūtniecības pārtraukšanas gadījumā (līdz 13. gr. nedēļām) tiek rekomendēta kombinēta terapija ar mifepristonu un mizoprostolu. Plašos kohortas pētījumos pierādīts, ka augstāki ārstēšanas efektivitātes rādītāji ir kombinētai terapijai, salīdzinot ar terapiju, kur tiek izmantots tikai mizoprostols, attiecīgi 80 līdz > 90%, pielietojot kombinētu terapiju un 75%, izmantojot tikai mizoprostolu. Kombinētu ārstēšanu rekomendē ASV Dzemdību speciālistu un ginekologu koledža un Pasaules Veselības organizācija.
- pielietojot kombinētas terapijas shēmu, ja gestācijas laiks ir virs 9 gr. nedēļām, tiek rekomendēts atkārtot ***Tab. Misoprostolum*** 800 µg devu b/u, p/v vai s/l. Atkārtotu mizoprostola devu rekomendē arī pacientēm ar minimālu asiņošanu vai, ja asiņošana netiek novērota 24 h pēc pēdējās mizoprostola devas.

10.1. Kombinētā terapija: ***Tab. Mifepristonum*** 200 mg p/o + pēc 24-48 h ***Tab.Misoprostolum*** 800 µg bukāli, p/v vai s/l
10.2. Tikai mizoprostola terapija: ***Tab.Misoprostolum*** 800 µg pv/ sl/ bu ik 3h (līdz 3x). Medikamentus izsniedz vizītes laikā. Ja novēro asiņošanu, terapija nozīmējama s/l.
10.3. Pie spontāna nepilnīga aborta: ***Tab.Misoprostolum*** 600µg po (x1) vai 400µg sl (x1)

11.Rekomendācijas pēc grūtniecības atrisināšanas:

Lai mazinātu infekcijas risku, pēc grūtniecības atrisināšanas ieteicams 1-2 nedēļas atturēties no dzimumdzīves.
Pēc nekomplicēta aborta nav medicīniska nepieciešamība pēc atkārtotas vizītes pie ginekologa, taču var būt mērķtiecīgi izvērtēt sievietes emocionālo stāvokli, kā arī paciente ir jāinformē par simptomiem, kuru gadījumā ir jāvēršas pēc palīdzības (sāpes, asiņošana, temperatūra, trauksme, depresija u.c.).

Menstruāciju atjaunošanos var sagaidīt 4–8 nedēļu laikā pēc aborta, bet regulārs cikls var atjaunoties pēc vairākiem mēnešiem.
Ja paciente neplāno atkārtotu grūtniecību, ir jārekomendē kontracepcija. Pēc medikamentoza aborta hormonālo kontracepciju var uzsākt uzreiz pēc medikamentu nozīmēšanas, IUS - pēc grūtniecības audu izdalīšanās. Pēc ķirurģiska aborta – var uzsākt lietot uzreiz jebkuru kontracepciju. Sievietes, kas vēlas atkal palikt stāvoklī, to var darīt tiklīdz jūtas psiholoģiski un fiziski gatavas. Pēc konservatīvas grūtniecības atrisināšanas rekomendē sagaidīt vismaz vienas normālas mēnešreizes. Pēc ķirurģiskas grūtniecības atrisināšanas, rekomedē izvairīties no grūtniecības iestāšanās vismaz 3 mēnešus.

Grūtniecēm, kurām iepriekš ir bijis agrīns spontāns aborts, 7. grūtniecības nedēļā jāveic USG izmeklējums, lai apstiprinātu grūtniecības atrašanās vietu un dzīvotspēju.

Agrīnas grūtniecības neiznēsāšanas (agrīna spontāna aborta) aprūpes auditējamie indikatori

Indikatora nosaukums	**Agrīna spontāna aborta ārstniecībā pielietotā taktika ārstniecības iestādē gada laikā**
Definīcija	Sieviešu īpatsvars ar spontānu abortu līdz grūtniecības 13 nedēļām (agrīnu grūtniecības neiznēsāšanu), kuras griezušās ārstniecības iestādē grūtniecības atrisināšanai un kurām izvēlēta nogaidoša, medikamentoza vai ķirurģiska grūtniecības atrisināšanas taktika
Mērvienība	%
Mērķa lielums	Nav noteikts
Rādītāja klasifikācija	Aprūpes kvalitāte
Datu avots	Medicīniskā dokumentācija – stacionāra vai dienas stacionāra slimības vēsture (ambulatorā karte)
Aprēķins	Izvēlētās nogaidošās, medikamentozās vai ķirurģiskās grūtniecības atrisināšanas taktikas īpatsvars no visām ārstētām pacientēm
Skaitītājs	Sieviešu skaits, kam bija nogaidoša / medikamentoza / ķirurģiska ārstēšanas taktika
Saucējs	Visu sieviešu skaits, kam bija agrīns spontāns aborts
Iekļaušanas kritēriji	Visas sievietes ar agrīnu spontānu abortu, kas stacionētas ārstniecības iestādes stacionārā vai dienas stacionārā (nākotnē arī apmeklējušas ambulatorisko iestādi)
Izslēgšanas kritēriji	Spontāns aborts ≥ 13 nedēļām Nav bijusi nepieciešama iejaukšanās (pilnīgs spontāns aborts) Neskaidras lokalizācijas vai ektopiska grūtniecība
Mērķa populācija	Stacionāra, dienas stacionāra (ambulatorās) pacientes ar agrīnu spontānu abortu un grūtniecības laiku <13 nedēļām
Rādītāja aptvere	Ārstniecības iestādes līmenī, kurā tiek sniegti atbilstoša profila pakalpojumi
Rādītāja apkopošanas biežums	Gada pirmajā ceturksnī par iepriekšējo gadu
Datu pilnīgums	Visas stacionāra, dienas stacionāra vai ambulatorās kartes pacientēm ar agrīna spontāna aborta diagnozi

Indikatora nosaukums	**Agrīna spontāna aborta ārstniecībā pielietotās primārās izvēles metodes neveiksmes gadījumu īpatsvars (nepieciešama medikamentoza vai ķirurģiska ārstēšana pēc nogaidošas taktikas, ķirurģiska ārstēšana pēc medikamentozas terapijas, reabrāzija ķirurģiskas ārstēšanas gadījumā)**
Definīcija	Sieviešu īpatsvars ar spontānu abortu līdz grūtniecības 13 nedēļām (agrīnu grūtniecības neiznēsāšanu), kurām primāri izvēlētā taktika (nogaidoša, medikamentoza vai ķirurģiska) bijusi neveiksmīga un nācies pielietot citu ārstēšanas metodi
Mērvienība	%
Mērķa lielums	Nav noteikts
Rādītāja klasifikācija	Aprūpes kvalitāte
Datu avots	Medicīniskā dokumentācija – stacionāra vai dienas stacionāra slimības vēsture (ambulatorā karte)
Aprēķins	Izvēlētās nogaidošās, medikamentozās vai ķirurģiskās grūtniecības atrisināšanas taktikas neveiksmes īpatsvars no visām ārstētām pacientēm ar atbilstošo pielietoto taktiku
Skaitītājs	Visu neveiksmīgas atbilstošās taktikas gadījumu skaits
Saucējs	Visu sieviešu skaits, kam bijusi attiecīgā taktika
Iekļaušanas kritēriji	Visas sievietes ar agrīnu spontānu abortu, kas stacionētas ārstniecības iestādes stacionārā vai dienas stacionārā (nākotnē arī apmeklējušas ambulatorisko iestādi)
Izslēgšanas kritēriji	Spontāns aborts ≥ 13 nedēļām Nav bijusi nepieciešama iejaukšanās (pilnīgs spontāns aborts) Neskaidras lokalizācijas vai ektopiska grūtniecība
Mērķa populācija	Stacionāra, dienas stacionāra (ambulatorās) pacientes ar agrīnu spontānu abortu un grūtniecības laiku <13 nedēļām
Rādītāja aptvere	Ārstniecības iestāde, kurā tiek sniegti atbilstoša profila pakalpojumi
Rādītāja apkopošanas biežums	Gada pirmajā ceturksnī par iepriekšējo gadu
Datu pilnīgums	Visas stacionāra, dienas stacionāra vai ambulatorās kartes pacientēm ar agrīna spontāna aborta diagnozi

Izmantotā literatūra

- Abortion care guidelines, WHO 2022 https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/59a704cc-4024-412a-97d9-55d86d139602/content
- Based on expert opinion and medical abortion studies for unplanned pregnancies and modified from FIGO Mifepristone and Misoprostol and Misoprostol only Dosing Charts 2023 https://www.figo.org/sites/default/files/2023-12/FIGO-MifeMiso-Chart-11-2023-FINAL.pdfhttps://www.figo.org/sites/default/files/2023-12/FIGO-Miso-Chart-11-2023%20FINAL.pdf
- Flynn AN, Roe AH, Koelper N, McAllister A, Sammel MD, Schreiber CA. Timing and efficacy of mifepristone pretreatment for medical management of early pregnancy loss. Contraception. 2021;103(6):404-7.

- Ghosh J, Papadopoulou A, Devall AJ. Methods for managing miscarriage: A network meta-analysis *Cochrane Database Syst Rev.* 2021; **6**, CD012602 Available at https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34061352OGC CLINICAL PRACUIDELINE
- Ectopic pregnancy and Miscarriage: Diagnosis and Initial Management, NICE guideline NG126, 2019 https://www.nice.org.uk/guidance/ng126
- SOGC Clinical Practical Guideline No. 460: Diagnosis and Management of Intrauterine Early Pregnancy Loss No. 460, June 2025 https://www.jogc.com/article/S1701-2163(25)00154-9/fulltext
- Standards of Care for Women's health in Europe,Gynecology services 2014, EBCOG https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Standards%20of%20Care%20for%20Gynaecology%20Services.pdf