

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	5
Аномалии объема амниотической жидкости (многоводие, маловодие)	7
Аномалии родовой деятельности	24
Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия	35
ВИЧ-инфекция у беременных.	65
Внематочная (эктопическая) беременность	100
Внутрипеченочный холестаз при беременности	121
Выкидыш (самопроизвольный аборт)	122
Гестационный сахарный диабет	137
Затрудненные роды (дистоция) вследствие предлежания плечика. Дистоция плечиков	157
Инфекции амниотической полости и плодных оболочек (хориоамнионит)	158
Инфекция мочевых путей при беременности.	169
Искусственный аборт (медицинский аборт)	184
Истмико-цервикальная недостаточность	196
Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода. Лицевое, лобное или подбородочное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери	208
Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода и антенатальной гибели плода	220
Многоплодная беременность	240
Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)	267
Нормальная беременность	284
Нормальные роды (роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании)	314
Нормальный послеродовый период (послеродовая помощь и обследование).	329
Оперативные влагалищные роды (роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора)	342

Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и вращение плаценты)	353
Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение	376
Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде	392
Послеродовое кровотечение	393
Послеродовые инфекционные осложнения	417
Преждевременная отслойка плаценты	448
Преждевременные роды	465
Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде	489
Привычный выкидыш	519
Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери	534
Разрывы промежности при родоразрешении и другие акушерские травмы (акушерский травматизм)	548
Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода	568
Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения	569
Тазовое предлежание плода	600
Чрезмерная рвота беременных	615
Эмболия амниотической жидкостью	632
Перечень лекарственных средств	651

ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель создания клинических рекомендаций — обеспечение принятия врачом клинически корректных легитимных решений, способствующих повышению качества оказания медицинской помощи при заболеваниях/состояниях с учетом новейших клинических данных и принципов доказательной медицины.

Перед вами сборник клинических рекомендаций, который содержит информацию о наиболее распространенных в акушерстве заболеваниях и синдромах. Текст включенных в сборник рекомендаций актуален на момент сдачи издания в печать.

С учетом большого объема включенных в сборник сведений было принято решение о представлении части клинических рекомендаций или их разделов в электронном виде. Доступ к этой информации возможен посредством QR-кодов. В печатном варианте размещены наиболее востребованные в практике врачей акушеров-гинекологов клинические рекомендации.

Плашками с серым фоном выделены тезисы рекомендаций с метками шкал доказательности и уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств), а также шкал оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств).

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество, и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

С 2019 г. клинические рекомендации после одобрения Научно-практическим советом Минздрава России при их соответствии установленным требованиям согласно Приказу Минздрава России № 103н от 28.02.2019 «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований (КИ) с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные КИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных КИ, с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом, или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации»¹ размещаются в рубрикаторе Минздрава России.

Клинические рекомендации должны пересматриваться не реже 1 раза в 3 года и не чаще 1 раза в 6 мес (п. 10 порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра Приказа Минздрава России № 103н от 28.02.2019 «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации»).

Медицинским работникам следует придерживаться рекомендаций в процессе принятия клинических решений для обеспечения пациента наиболее эффективной и безопасной медицинской помощью. В то же время клинические рекомендации не могут заменить профессиональное и клиническое мышление медицинских работников: врач должен оценивать потенциальную пользу и риск для пациента применения медицинских вмешательств, указанных в клинических рекомендациях, с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Медицинские работники несут ответственность в отношении исполнения всех надлежащих требований и правил в рамках выполнения профессиональной деятельности.

¹ Рубрикатор клинических рекомендаций — ресурс Минздрава России, в котором размещаются клинические рекомендации, разработанные и утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями Российской Федерации, а также методические руководства, номенклатуры, справочники и другие справочные материалы, связанные с клиническими рекомендациями.

Рубрикатор клинических рекомендаций создан в целях обеспечения доступа медицинских работников к клиническим рекомендациям, разработанным в соответствии с законодательством Российской Федерации и принципами доказательной медицины (<https://cr.minzdrav.gov.ru>).



Стандарты оказания медицинской помощи

Стандарт медицинской помощи при истмико-цервикальной недостаточности (диагностика и лечение) (приказ МЗ РФ № 3н от 09.01.2023)

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Код МКБ: О34.3

Год утверждения: 2024

ID МЗ РФ: КР671_2

Разработчик: Общероссийская общественная организация содействия охране материнства и детства «Российское общество акушеров-гинекологов»

Возрастная категория: Взрослые, Дети

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВЗОМТ	— воспалительные заболевания органов малого таза
ИЦН	— истмико-цервикальная недостаточность
ИППП	— инфекции, передаваемые половым путем
ПВ	— привычный выкидыш
ПРПО	— преждевременный разрыв плодных оболочек
ПР	— преждевременные роды
РДС	— респираторный дистресс-синдром
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ЦК	— цервикальный канал
ШМ	— шейка матки
**	— лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения (Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р)
#	— применение off-label — вне зарегистрированных в инструкции лекарственного средства показаний осуществляется по решению врачебной комиссии, с разрешения Локального этического комитета медицинской организации (при наличии), с условием подписанного информированного согласия родителей (законного представителя) и пациента в возрасте старше 15 лет

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) — укорочение длины шейки матки (ШМ) ≤ 25 мм и/или дилатация цервикального канала (ЦК) ≥ 10 мм (на всем протяжении) ранее 37 недель беременности без клинической картины угрожающего выкидыша/преждевременных родов (ПР).

Выкидыш — самопроизвольное прерывание беременности (изгнание или экстракция эмбриона/плода) до 22 недель беременности.

Выкидыш привычный (ПВ) — наличие у женщины двух и более самопроизвольных потерь беременности в сроках до 22 недель.

1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ИЛИ СОСТОЯНИЮ (ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)

1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)

ИЦН — укорочение ШМ ≤ 25 мм и/или дилатация ЦК ≥ 10 мм (на всем протяжении) ранее 37 недель беременности без клинической картины угрожающего выкидыша/ПР [1, 2].

Патогномоничным признаком ИЦН является быстрое малоболезненное укорочение и раскрытие ШМ во 2-м или в начале 3-го триместра беременности, которое может привести к выкидышу или ПР. Этапами развития ИЦН являются структурные изменения ШМ, часто с пролабированием плодного пузыря в ЦК или во влагалище и преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО).

1.2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)

ИЦН возникает вследствие функциональных или структурных изменений ШМ под влиянием различных этиологических факторов. Ключевой фактор формирования функциональной ИЦН — дефект синтеза коллагена, обеспечивающего до 85% веса ткани ШМ. Исследования цервикального коллагена у небеременных с ранее выявленной ИЦН обнаружили сниженную концентрацию гидроксипролина в сравнении с женщинами с нормальным строением ШМ. Причины возникновения указанного нарушения пока не установлены [2].

Инфекционно-воспалительный процесс в полости матки может выступать патогенетическим фактором ИЦН [3, 4]. Не менее 80% ИЦН ассоциированы с интраамниальной инфекцией, поскольку барьерная функция цервикальной слизи при укорочении ШМ и расширении ЦК нарушается [3].

Факторами риска ИЦН являются [1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15]:

- Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: поздний выкидыш, привычный выкидыш (ПВ), ПР, ПРПО до 32 недель, укорочение ШМ ≤ 25 мм до 27 недель.
- Особенности течения настоящей беременности: многоплодие, многоводие.
- Соматические заболевания: избыточная масса тела и ожирение, железодефицитная анемия, системные поражения соединительной ткани.
- Инфекционно-воспалительные заболевания и дисбиотические состояния влагалища: бактериальный вагиноз, вульвовагинит, воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ).
- Гормональные нарушения (синдром поликистозных яичников, врожденная гиперплазия коры надпочечников, недостаточность прогестерона).
- Генитальный инфантилизм.
- Аномалии развития матки (двурогая, седловидная матка, внутриматочная перегородка).
- Врожденное укорочение ШМ.
- Приобретенные деформации ШМ вследствие разрывов ШМ в родах, инструментального расширения ЦК при гинекологических операциях, оперативных вмешательствах на ШМ (диатермокоагуляция, конизация, в том числе радиохирургическая).

- Наследственность ($\approx 30\%$ беременных с ИЦН имеют родственниц первой линии с ИЦН в анамнезе).
- Дисплазия соединительной ткани, в том числе синдромы Эллерса-Данло и Марфана.
- Полиморфизм генов, ответственных за метаболизм соединительной ткани и выработку медиаторов воспаления.

1.3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)

Распространенность ИЦН при беременности составляет 0,8–1% [16], при наличии в анамнезе выкидыша во 2-м триместре беременности — 20% [1], ранних ПР — 30% [17].

1.4. ОСОБЕННОСТИ КОДИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ

О34.3 Истмико-цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери.

1.5. КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)

Классификация ИЦН по этиопатогенезу:

- Анатомическая ИЦН.
- Функциональная ИЦН.
- Врожденная ИЦН.

1.6. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)

Для ИЦН характерно малоблезненное или безболезненное укорочение ШМ и дилатация ЦК, сопровождающееся пролабированием плодного пузыря в ЦК. Клиническая картина ИЦН различна: от полного отсутствия симптомов до появления слизистых, слизисто-кровяных выделений из половых путей, схваткообразных болей внизу живота с последующим возможным выкидышем или ПР.

2. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ), МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

Критерии диагноза

Бессимптомное укорочение ШМ ≤ 25 мм и/или дилатация ЦК ≥ 10 мм (на всем протяжении) по данным УЗ-цервикометрии ранее 37 недель беременности без клинической картины угрожающего выкидыша/ПР.

2.1. ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ

5С Рекомендована оценка жалоб и сбор анамнеза с целью выявления факторов риска ИЦН [19].

Комментарий: Пациентки с ИЦН могут предъявлять жалобы на ощущение давления, распирания, колющие боли во влагалище, дискомфорт внизу живота и в пояснице, слизистые или слизисто-сукровичные выделения из влагалища. У большинства пациенток ИЦН протекает бессимптомно.

2.2. ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- 5С** Рекомендован осмотр ШМ в зеркалах при обращении и 1 раз в 4 недели после наложения швов на ШМ (серкляже) с целью оценки состояния ШМ и подтекания околоплодных вод [19, 38].

Комментарий: Оценивается объем и характер выделений (кровяные, слизисто-кровянистые, гнойные), пролабирование плодного пузыря, анатомия ШМ, состояние наружного зева и цервикального канала. Для диагностики ИЦН бимануальное влагалищное исследование не проводится ввиду низкой информативности и увеличения риска досрочного завершения беременности.

2.3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 5С** При необходимости хирургического лечения **рекомендовано** определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) при отсутствии данного исследования во время настоящей беременности с целью выбора правильного алгоритма обследования для профилактики гемолитической болезни плода и готовности к гемотрансфузии [22, 23].

Комментарий: Обследование и лечение при выявлении гемолитической болезни плода — см. клинические рекомендации «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода» [24].

- 5С** При необходимости хирургического лечения **рекомендовано** определение антител к антигенам системы Резус резус-отрицательным пациенткам, беременным от партнера с резус-положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови при отсутствии данного исследования во время настоящей беременности с целью выбора правильного алгоритма обследования для профилактики гемолитической болезни плода [22, 23].

- 1А** Рекомендован общий (клинический) анализ крови и исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови с целью диагностики инфекционно-воспалительных заболеваний и определения возможности проведения хирургической коррекции [19, 25, 26].

- 5С** Рекомендовано микроскопическое исследование влагалищных мазков и определение концентрации водородных ионов (рН) отделяемого слизистой оболочки влагалища с целью диагностики инфекционно-воспалительных и дисбиотических состояний [19].

Комментарий: Нарушение флоры влагалища увеличивает риск выкидыша. При выявлении нарушения флоры влагалища следует направлять пациентку на определение ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Lactobacillus spp.* и общего количества бактерий во влагалищном отделяемом методом полимеразной цепной реакции и молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на условно-патогенные генитальные микоплазмы (*Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*).

- 5С** Рекомендовано микроскопическое исследование влагалищных мазков и определение концентрации водородных ионов (рН) отделяемого слизистой оболочки влагалища после наложения швов на ШМ (серкляжа) или после установления акушерского разгружающе-

го pessaria 1 раз в месяц с целью диагностики инфекционно-воспалительных и дисбиотических состояний [19].

2В Рекомендовано молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) с целью выявления инфекции и ее своевременной терапии [27, 28, 29, 30].

3В Рекомендовано проведение теста на подтекание околоплодных вод при осмотре ШМ в зеркалах при подозрении на ПРПО [38, 31].

Комментарий: К лабораторным тестам относится цитологический тест (симптом «папоротника», частота ложноотрицательных результатов $>20\%$), нитразиновый тест (частота ложноположительных результатов $=5-30\%$) и определение фосфорилированной формы протеин-1 связанного инсулиноподобного фактора роста или плацентарного альфа-микроглобулина-1 в цервикальной слизи [20, 32–36].

2.4. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1А Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска позднего выкидыша и ПР на УЗИ ШМ (УЗ-цервикометрия) с 15–16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1–2 недели с целью своевременной диагностики укорочения ШМ [37, 38, 39].

Комментарий: К группе высокого риска развития позднего выкидыша и ПР относятся пациентки с указанием на наличие поздних выкидышей/ПР в анамнезе. Методом выбора измерения ШМ является трансвагинальное УЗИ [1]. В ряде случаев при отсутствии технической возможности провести трансвагинальную УЗ-цервикометрию могут быть использованы трансабдоминальное и трансперинеальное УЗИ. В 20 недель беременности длина ШМ ≤ 25 мм ассоциирована с повышением риска ПР в 6 раз. До 34 недель при одноплодной беременности определение длины ШМ ≤ 25 мм имеет чувствительность 76% и специфичность 68% для диагноза ПР [40, 41] (Приложение А3).

5С Не рекомендовано УЗИ ШМ (УЗ-цервикометрия) пациенткам с цервикальным серкляжем, ПРПО и предлежанием плаценты, установленным pessarium [42].

2.5. ИНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Не применимо.

3. ЛЕЧЕНИЕ, ВКЛЮЧАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИИ, ДИЕТОТЕРАПИЮ, ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

3.1. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

1А Пациентке с одноплодной беременностью с поздним выкидышем или ПР в анамнезе с целью снижения риска выкидыша или ПР и улучшения перинатальных исходов **рекомендовано** введение акушерского разгружающего pessaria [15, 43, 44, 45].

Комментарии: Основными методами лечения ИЦН являются: комбинация акушерского разгружающего пессария или серкляжа с препаратами прогестерона** вагинально при отсутствии противопоказаний к назначению препаратов прогестерона** [46, 47]. Акушерский разгружающий пессарий вводится с 12 до 37 недель беременности, и является предпочтительным методом после 24 недель беременности. Противопоказаниями к введению акушерского разгружающего пессария являются: начавшиеся ПР и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Нет необходимости периодического извлечения и санационной обработки (замены) акушерского разгружающего пессария.

- 1А** Пациентке с многоплодной беременностью с целью снижения риска выкидыша или ПР и улучшения перинатальных исходов **рекомендовано** введение акушерского разгружающего пессария [48, 49–51, 52, 53].

Комментарий: Акушерский разгружающий пессарий вводится с 12 до 34 недель беременности, и является предпочтительным методом при многоплодной беременности.

3.2. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- 1А** Пациентке с одноплодной или многоплодной беременностью с целью снижения риска выкидыша или ПР и улучшения перинатальных исходов **рекомендовано** назначить препараты прогестерона** вагинально по 200 мг/сутки до 34 недель беременности при условии отсутствия противопоказаний к назначению прогестерона** [29, 46, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 1, 60, 15, 61, 62, 63, 64, 65].

Комментарии: Для профилактики ПР вагинальное введение прогестерона** более эффективно и имеет меньше побочных эффектов, чем внутримышечное введение [66]. Профилактика ПР препаратами прогестерона** вагинально у пациенток с длиной ШМ ≤ 25 мм уменьшает частоту прерывания беременности до 33 недель на 45%, значительно снижает частоту респираторного дистресс-синдрома (РДС) плода и неонатальную заболеваемость [67]. Беременные, получающие дидрогестерон** по показаниям, при развитии ИЦН могут продолжить его прием до 20 недель беременности с последующим переходом на вагинальный прогестерон** после 20 недель [68, 69].

- 5С** При наложении швов на ШМ (серкляже) **рекомендована** антибиотикопрофилактика препаратами системного действия (широкого спектра) с целью предотвращения инфекционно-воспалительных осложнений [19, 70, 71].

Комментарии: Для проведения периоперационной антибиотикопрофилактики используют антибактериальные препараты системного действия (широкого спектра) по АТХ (J01CR — комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз, пенициллины — ампициллин + [сульбактам]**, амоксициллин + [клавулановая кислота]** и J01D — другие бета-лактамы антибактериальные препараты — цефазолин**, цефуроксим**) [72].

- 5С** При пролабировании плодного пузыря и наложении швов на ШМ (серкляже) в экстренном порядке **рекомендовано** назначить антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия в течение 5–7 дней с целью предотвращения инфекционно-воспалительных осложнений [4, 14, 73, 74, 75].

Комментарии: Для проведения антибиотикотерапии используют антибактериальные препараты системного действия (широкого спектра) по АТХ (J01CR — комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз, пенициллины — ампициллин**, ампициллин + [сульбактам]**, амоксициллин + [клавулановая

кислота]** и J01D — другие бета-лактамы антибактериальные препараты) [72]. Коррекцию антибактериальной терапии следует проводить через 48–72 часа после начала лечения при отсутствии улучшения клинико-лабораторных показателей, свидетельствующих о положительной динамике в течение заболевания и/или резистентности возбудителя к проводимой терапии [76].

3.3. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

3В На прегравидарном этапе (предпочтительнее) или в сроках беременности с 10 до 14 недель **рекомендовано** направлять пациентку с ИЦН, обусловленной наличием тканевого дефицита ШМ (конизация, трахелэктомия), при невозможности наложении швов на ШМ (серкляже) во время беременности, на проведение пластики ШМ лапароскопическим (предпочтительнее) или лапаротомным доступом [77, 78, 79, 80, 81, 82].

Комментарии: Трансбрюшинный серкляж является технически более сложным, чем трансвагинальный серкляж, сопровождается большим числом осложнений (раневая инфекция, кровотечение) [78, 83, 84], в связи с чем, трансбрюшинный серкляж показан только в особых случаях: при наличии не менее 2-х неудачных попыток трансвагинального серкляжа; анатомии ШМ, не позволяющей разместить вагинальный шов (например, после петлевой электроэксцизии ШМ (LLETZ) или конус-биопсии); после трахелэктомии [1, 77, 85, 86]. Серкляж проводится врачом-акушером-гинекологом, обладающим высокой хирургической подготовкой и техникой выполнения лапароскопических операций [83]. Для серкляжа используется нерассасывающаяся лента или гибкий тонкий зонд, накрученный на конусовидную иглу Майо № 4 (обеспечивает большую эластичность). Натяжение шовного материала нужно регулировать так, чтобы была возможность прохождения ЦК расширителями Гегара № 5. Снятие трансбрюшинно наложенного шва на ШМ в большинстве случаев невозможно, в связи с прорастанием этой области окружающими тканями, в связи с чем, рекомендовано родоразрешение путем кесарева сечения, в том числе во 2-м триместре беременности, даже в случае неблагоприятного перинатального исхода. Шов может оставаться на месте при последующих беременностях.

1А Пациентке с одноплодной беременностью с поздним выкидышем или ПР в анамнезе при интактных плодных оболочках с целью снижения риска выкидыша или ПР и улучшения перинатальных исходов **рекомендовано** наложение швов на ШМ (серкляж) как альтернативного метода для акушерского разгружающего пессария [17, 87, 88, 89].

Комментарии: Наложение швов на ШМ (серкляж) проводится в 12⁰–26⁶ недель беременности [90]. Серкляж может быть также выполнен экстренно, когда у пациентки наблюдается укорочение ШМ ≤ 15 мм, нередко сопровождающееся пролабированием плодных оболочек [91]. Необходимо тщательно взвесить пользу и риск от проводимой процедуры с учетом срока беременности (с увеличением срока риски повышаются), степени раскрытия ШМ, квалификации врача-акушера-гинеколога и возможностей стационара. После 24⁰ недель беременности серкляж проводится только в стационаре 3-го уровня. Серкляж предпочтителен у беременных с ИЦН и числом поздних выкидышей и ПР в анамнезе ≥ 2 . Технология серкляжа — см. Приложение АЗ.

1А При многоплодной беременности **не рекомендовано** рутинное наложение швов на ШМ (серкляж) с целью профилактики выкидыша и ПР [49–51, 92, 93].

Комментарии: При многоплодной беременности двойней и укорочением ШМ ≤ 15 мм или расширением ЦК ≥ 10 мм по данным УЗ-цервикометрии рекомендовано наложение швов на шейку матки (серкляж) [94]. Также необходимость серкляжа при многоплод-

ной беременности может быть рассмотрена консультативно при ИЦН у пациенток с поздними выкидышами и ПР в анамнезе, и при беременности, осложненной фето-фетальным трансфузионным синдромом.

4С Не рекомендовано наложение швов на ШМ (серкляж) при наличии признаков инфекции, кровотечения из влагалища, симптомов угрожающего выкидыша или ПР [17, 95].

1А При наложении швов на ШМ (серкляже) в сроке беременности ≥ 24 недель, учитывая высокий риск ПР, **рекомендована** антенатальная профилактика РДС плода [96, 97, 98].

Комментарий: Максимальный эффект от профилактики РДС плода отмечается на 2–7 сутки от начала профилактики, при этом, если не удастся провести полный курс, следует все равно начинать профилактику РДС плода (доказан эффект «неполной дозы») [99]. Профилактику РДС плода не следует проводить, если нет серьезных опасений в отношении предстоящих ПР и обоснованной уверенности, что они начнутся через 7 дней [100]. Есть данные, что при хориоамнионите профилактика РДС является безопасной и улучшает перинатальные исходы [101, 102]. Для профилактики РДС плода рекомендованы #бетаметазон** внутримышечно в дозе 12 мг 2 раза с интервалом 24 часа или #дексаметазон** внутримышечно в дозе 6 мг 4 раза с интервалом 12 часов или в дозе 8 мг 3 раза с интервалом 8 часов (суммарная доза 24 мг) [96, 103].

1С После наложения швов на ШМ (серкляжа) с целью обезболивания, противовоспалительного и токолитического эффекта после 22 недель беременности **рекомендовано** назначение #индометацина [104].

Комментарий: #Индометацин применяется начиная с 50–100 мг ректально или внутрь, затем по 25 мг каждые 6 часов (не более 48 часов) [105]. Противопоказаниями к назначению являются нарушения свертываемости крови, повышенная кровоточивость, нарушение функции печени, язвенная болезнь желудка/12-перстной кишки, бронхиальная астма, повышенная чувствительность к аспирину, задержка роста плода, пороки развития почек у плода [106]. Частота побочных эффектов значительно меньше при использовании не более 48 часов при сроке беременности менее 32 недель. Наличие олигогидрамниона и/или выявление сужения артериального протока является показанием для прекращения терапии.

5С Пациенткам с резус (D) отрицательной принадлежностью крови, беременным от партнера с резус (D) положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови, при не установленном неинвазивным методом резус-принадлежности плода, при отсутствии резус(D)-изоиммунизации после наложения швов на ШМ (серкляжа) **рекомендовано** назначить иммуноглобулин человека антирезус Rho[D]** [107].

Комментарий: Обследование и лечение при выявлении гемолитической болезни плода — см. клинические рекомендации «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода» [24].

5С Для адекватного анестезиологического обеспечения при наложении швов на ШМ (серкляже) **рекомендовано** применение как методов нейроаксиальной анестезии (эпидуральная, спинальная, комбинированная спинально-эпидуральная), так и общей анестезии [108–112].

Комментарий: Существуют убедительные доказательства того, что ни один из указанных видов анестезии не увеличивает концентрацию эндогенного окситоцина и не влияет на результаты операции [113, 114]. Если пациентка находится в положении Тренделенбурга, при проведении спинальной анестезии не следует вводить

гипербарические растворы местных анестетиков. Анестезия проводится с сохранением спонтанного дыхания, при трансабдоминальном лапароскопическом доступе используется анестезия с искусственной вентиляцией легких [115]. После 20 недель гестации (при многоплодной беременности — раньше) может возникать синдром аорто-кавальной компрессии, с учетом чего следует выбирать положение тела пациентки при оперативном вмешательстве [116]. Стратификация риска и мероприятия по профилактике аспирации должны основываться на сроке беременности: до 16 недель риск осложнений не отличается от такового вне беременности. При проведении спинальной анестезии применяются спинальные иглы малого диаметра 25–27G. Рекомендуемая дозировка местных анестетиков составляет для бупивакаина** 5–10 мг (изобарический или гипербарический раствор), для левобупивакаина** 5–7,5 мг, для лидокаина** 20–40 мг. Применение эпидуральной и спинально-эпидуральной анестезии рутинно не рекомендуется, показания определяются индивидуально [114]. При проведении общей анестезии рекомендуется обеспечивать оксигенацию с путем использования лицевой маски, ларингеальной маски или путем проведения эндотрахеальной анестезии. В качестве анестетиков используются пропофол** (не более 2,5 мг/кг), тиопентал натрия**, фентанил** и кетамин** [114].

4. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ОСНОВАННЫХ НА ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРИРОДНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ

Не применимо.

5. ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ*

* Методы профилактики во время беременности должно соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность» [18].

1А Рекомендовано направлять беременных пациенток в 18–20⁶ на УЗИ плода и УЗИ ШМ (УЗ-цервикометрию), а беременных группы высокого риска позднего выкидыша и ПР на УЗИ ШМ (УЗ-цервикометрия) с 15–16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1–2 недели с целью своевременной диагностики укорочения ШМ [37, 38, 39].

6. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Высокий риск очень ранних ПР диктует необходимость лечения данных пациенток в медицинских организациях акушерско-гинекологического профиля 3-го уровня, а при отсутствии возможности, в медицинских организациях акушерско-гинекологического профиля 2-го уровня, имеющих отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

Показаниями для госпитализации в стационар у беременных с ИЦН являются:

- Необходимость хирургической коррекции ИЦН.
- Угрожающие ПР.
- ПРПО.

Показания к выписке пациентки из стационара являются:

1. После родов (см. клинические рекомендации «Послеродовая помощь и обследование»).
2. После купирования симптомов угрожающего выкидыша, угрожающих ПР, ИЦН с прогрессирующей беременностью (см. клинические рекомендации «Выкидыш», «Преждевременные роды»).

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ (В ТОМ ЧИСЛЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ)

Не применимо.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

№	Критерии качества диагностики и лечения ИЦН	Да/Нет
1	Выполнен осмотр шейки матки в зеркалах	Да/Нет
2	Выполнено направление на общий (клинический) анализ крови и исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
3	Выполнено направление на микроскопическое исследование влагалищных мазков	Да/Нет
4	Выполнено направление на молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители инфекций, передаваемых половым путем (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>)	Да/Нет
5	Выполнено направление на ультразвуковое исследование шейки матки (УЗ-цервикометрию) с 15–16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1–2 недели	Да/Нет
6	Пациентке с одноплодной беременностью с преждевременными родами или позднем выкидышем в анамнезе выполнено введение акушерского разгружающего pessaria или наложение швов на шейку матки (серкляж)	Да/Нет
7	Пациентке с многоплодной беременностью выполнено введение акушерского разгружающего pessaria	Да/Нет
8	Назначены препараты прогестерона** вагинально по 200 мг/сутки до 34 недель беременности при условии отсутствия противопоказаний к назначению прогестерона**	Да/Нет

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ



ПРИЛОЖЕНИЕ А1. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ПО РАЗРАБОТКЕ И ПЕРЕСМОТРУ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ



ПРИЛОЖЕНИЕ А2. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ



ПРИЛОЖЕНИЕ А3. СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ВКЛЮЧАЯ СООТВЕТСТВИЕ ПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ, СПОСОБОВ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА



ПРИЛОЖЕНИЕ Б. АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА



ПРИЛОЖЕНИЕ В. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА



ПРИЛОЖЕНИЕ Г1–ГН. ШКАЛЫ ОЦЕНКИ, ВОПРОСНИКИ И ДРУГИЕ ОЦЕНОЧНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА, ПРИВЕДЕННЫЕ В КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ

Не применимо.