

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ**



**Национальный клинический протокол
«Индукция родов»**

ТАШКЕНТ 2023

**Национальный клинический протокол
«Индукция родов»**

Вводная часть

Клиническая проблема	Индукция родов.
Название документа	Национальный клинический протокол «Индукция родов».
Этапы оказания помощи	Учреждения системы родовспоможения республики Узбекистан (первичная медико-санитарная помощь, стационары).
Дата создания	2023 г
Планируемая дата обновления	2026 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах
Порядок обновления клинического протокола	Механизм обновления клинических рекомендаций протокола предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым протоколам, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.
Адрес для переписки	г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Мирзо-Улугбека, 132 а. Тел.: 71 263 78 30, 71 263 84 83 E-mail: obs-gyn@mail.ru

Оглавление

Состав рабочей группы.....	6
Введение.....	7
Список сокращений.....	8
Термины.....	8
Эпидемиология.....	9
Коды по МКБ-10.....	9
Общие принципы, связанные с практикой индукции родов.....	10
Медицинские показания к индукции родов.....	10
Медицинские противопоказания к индукции родов.....	10
Потенциальные риски индукции родов.....	11
Диагностика.....	11
Жалобы и анамнез.....	12
Физикальное обследование.....	13
Лабораторные тесты.....	14
Инструментальные методы диагностики.....	14
Лечение.....	15
Методы индукции родов.....	15
Фармакологические методы индукции родов.....	16
Мифепристон.....	16
Динопростон.....	17
Мизопростол.....	18
Мониторинг при использовании простагландинов.....	21
Успешная и безуспешная индукция родов простагландинами.....	21
Окситоцин.....	22
Неудавшаяся индукция окситоцином.....	24
Нефармакологические методы индукции родов.....	24
Механические методы индукции.....	25
Отслаивание плодных оболочек.....	27
Амниотомия.....	27
Комбинация фармакологических и нефармакологических методов индукции.....	28
Рекомендации по индукции родов в определенных условиях.....	29
Профилактика перенашивания беременности (беременность длительностью более 41 недели.....	29
Преждевременный разрыв плодных оболочек.....	29

Рубец на матке после предыдущего кесарева сечения.....	30
Тазовое предлежание плода.....	30
Ограничение роста плода.....	31
Подозрение на макросомию плода и прогнозирование кесарева сечения при головотазовой диспропорции в родах у женщин без сахарного диабета.....	32
Стремительные роды в анамнезе.....	33
Преклонный возраст матери.....	33
Внутриутробная гибель плода.....	33
Многоплодная беременность.....	33
Внутрипеченочный холестаз беременных.....	35
Артериальная гипертензия.....	35
Сахарный диабет.....	36
Онкология.....	37
Гемолитическая болезнь плода.....	37
Патология объема околоплодных вод.....	37
Неблагоприятный перинатальный исход в анамнезе.....	38
Желание женщины.....	38
Методы, не рекомендованные для индукции родов.....	38
Осложнения и побочные эффекты преиндукции и индукции родов.....	39
Медицинская реабилитация.....	39
Организация оказания медицинской помощи.....	39
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	40
Список литературы.....	40
Приложение 1. Методология разработки протокола.....	44
Приложение 2. Блок схема: Выбор метода индукции родов.....	48
Приложение 3. Блок схема: Блок схема: Баллонный катетер.....	49
Приложение 4. Блок схема: Блок схема: Простагландин E2 (динопростон).....	50
Приложение 5. Блок схема: Блок схема: Амниотомия.....	51
Приложение 6. Блок схема: Блок схема: Окситоцин.....	52
Приложение 7. Международные стандарты роста плода. Предполагаемая масса плода.....	53
Приложение 8. Информация для пациента.....	55
Приложение 9. Модифицированная шкала Бишоп (Bishop score).....	57
Приложение 10. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.....	58

Состав рабочей группы:

Руководитель рабочей группы

Надырханова Н.С., д.м.н.

РСНПМЦАГ, директор

Ответственные исполнители

Иргашева С.У., д.м.н.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Бабаджанова Ш.Д., д.м.н.

РПЦ, акушер-гинеколог

Ашурова В.И., к.м.н.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Сапаров А.Б., к.м.н.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Даулетова М.Ж., к.м.н.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Абдураимов Т.Ф.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Бабаханова А.М.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Абдуганиева М.М.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Батирова М.А.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Тоштемирова Ш.М.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Садыкова Ш.Ф.

РПЦ, акушерка

Юлдашева Ю.Г.

РПЦ, акушерка

Усманов С.К., ведущий специалист

Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан

Методологическая поддержка

Ядгарова К.Т., к.м.н., начальник
отдела разработки медицинских
стандартов и протоколов

Национальная палата инновационного
здравоохранения Республики Узбекистан.

*РСНПМЦАГ – Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр акушерства и гинекологии*

РПЦ – Республиканский перинатальный центр

ЦРПКМР - Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Поддержка в переводе протокола:

Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА/UNFPA) в Узбекистане

Рецензенты:

Юсупбаев Р.Б.

РСНПМЦАГ, д.м.н., старший научный
сотрудник, секретарь Ученого Совета

Исанбаева Л.М.

ЦРПКМР, д.м.н., доцент кафедры
акушерства, гинекологии и перинатальной
медицины

Внешняя экспертная оценка (при поддержке представительств ВОЗ и ЮНФПА в Узбекистане):

Тинатин Гагуа, д.м.н.

Эксперт ВОЗ (Грузия)

Михай Хорга, д.м.н.

Консультант ЮНФПА по методологии
разработки протоколов (Румыния)

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Акушерства и Гинекологии» «26» мая 2022 г., протокол № 6
Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

Введение.

Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

- Использование услуг переводчика в случае необходимости;
- Консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;
- Обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- Документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

Цель протокола:

- Целью настоящего документа является обзор наилучших имеющихся доказательств, внедрение и оптимизация подходов по индукции родов для улучшения исхода у женщин и новорожденных.

Категории пациентов: беременные с показаниями к индукции родов в недоношенном и доношенном сроке гестации и ее семья.

Целевая группа протокола:

1. Врачи акушеры-гинекологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи терапевты;
4. Врачи смежных специальностей;
5. Организаторы здравоохранения;
6. Клинические фармакологи;
7. Акушерки;
8. Врачи неонатологи;
9. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов.

Ожидаемые результаты от внедрения рекомендаций протокола:

- унификация подходов к индукции родов в учреждениях системы родовспоможения независимо от уровня учреждения
- уточнение групп женщин, которым требуется индукция родов
- усовершенствование знаний, навыков и профессиональных компетенций по проведению индукции родов
- снижение частоты ненужных и необоснованных индукций

- снижение частоты нежелательных исходов при проведении индукции родов: кровотечения, кесарево сечения, гиперстимуляции и разрывов матки, разрывов промежности, влагалища, гнойно-септических осложнений, рождения детей с низкой оценкой по шкале Апгар, неонатальной заболеваемости и смертности
- повышение удовлетворенности женщины оказываемой медицинской помощью

Список сокращений:

RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – Королевский колледж акушеров и гинекологов
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВП	Венозный проток
ГБП	Гемолитическая болезнь плода
ГСД	Гестационный сахарный диабет
ИМТ	Индекс массы тела
КС	Кесарево сечение
КТГ	Кардиотокограмма
МШБ	Модифицированная шкала Бишоп
ПМП	Предполагаемая масса плода
СД	Сахарный диабет
СОРП	Синдром ограничения роста плода
СРПО	Самопроизвольный разрыв плодных оболочек
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ХАГ	Хроническая артериальная гипертензия
ЧСС	Частота сердечных сокращений
ШМ	Шейка матки
ЭМОЛТ	Эритроцитарная масса, отмытая от лейкоцитов и тромбоцитов

Термины.

Индукция родов или родовозбуждение (induction of labor) – искусственно вызванная фармакологическими и/или нефармакологическими методами родовая деятельность с целью родоразрешения через естественные родовые пути при сроке беременности 22 недели и более.

Досрочное родоразрешение – завершение беременности искусственным путем (индукция родов и родоразрешение через естественные родовые пути или кесарево сечение) до естественного начала родовой деятельности, в том числе до доношенного срока беременности.

Программированные роды – родоразрешение при наличии медицинских показаний или в качестве профилактики осложнений беременности (высокая степень перинатального и материнского риска), проводимое с учетом состояния шейки матки путем родовозбуждения в назначенное время.

Благоприятная шейка матки. Шейка матки считается благоприятной, если ее характеристики указывают на высокую вероятность спонтанного начала родов или реакции на вмешательства, предпринятые для индукции родов (≥ 7 баллов по МШБ). Благоприятное состояние шейки матки связано с более короткой продолжительностью индукции.

Неблагоприятная шейка матки. Шейка матки считается неблагоприятной, если ее характеристики указывают на низкую вероятность спонтанного начала родов или реакции на вмешательства, предпринятые для индукции родов (≤ 6 баллов по МШБ). Неблагоприятная шейка матки ассоциирована с высоким риском КС.

Термины «незрелая» (5 баллов и менее по МШБ), «недостаточно зрелая» (6-7 баллов по МШБ), «зрелая» шейка матки (8 и более баллов по МШБ) в настоящее время утрачивают широкое использование.

Оценка шейки матки 7 баллов и более лишь указывает на то, что шейка готова к раскрытию и высока вероятность спонтанного развития родов или реакции на вмешательства по индукции. Оценка по шкале Бишопа 7 баллов все чаще рекомендуется в качестве «пограничной» для выбора методов пре-/ индукции родов.

Эпидемиология.

Индукция родов является одной из наиболее часто применяемых процедур в акушерской практике. Обычно индукцию родов проводят по медицинским показаниям, когда пролонгирование беременности при заболеваниях матери или осложнениях беременности представляет высокий риск неблагоприятных материнских и перинатальных исходов. В некоторых ситуациях также проводят элективную индукцию (индукцию родов в доношенном сроке, без медицинских показаний со стороны матери или плода, но с целью улучшения исходов путем подбора оптимального времени и условий для наилучшего оказания помощи).

Данные Глобального обзора ВОЗ по материнскому и перинатальному здоровью, в который были включены 373 лечебных учреждения из 24 стран и почти 300 тысяч родов, показывают, что индукция родов производится в 9,6% случаев.

В странах Африки частота индукции родов находится на более низком уровне (самый низкий показатель – в Нигере, 1,4%), чем в странах Азии и Латинской Америки (самый высокий показатель – в Шри-Ланке, 35,5%), в Великобритании в 2004-2005 гг. каждые пятые роды были индуцированными (19,8%).

В родильных учреждениях Узбекистана частота индукции родов по оперативным данным республиканского перинатального центра, колеблется от 0,5% до 4-5%, в областных перинатальных центрах в среднем частота индукции родов составляет 3,9%, возможно здесь имеет место недоучет количества родовозбуждений в статистике.

Частота индукции родов в настоящее время растет повсеместно в мире. Причиной роста является возрастание числа женщин с высоким перинатальным и акушерским риском, в том числе соматическими заболеваниями (сахарный диабет, ожирение), с первой беременностью в позднем репродуктивном возрасте и, соответственно, растущей частотой осложнений беременности.

Коды по МКБ-10:

O61	Неудачная попытка стимуляции родов
O61.0	Неудачная попытка стимуляции родов медикаментозными средствами
O61.1	Неудачная попытка стимуляции родов инструментальными методами
O61.8	Другие виды неудачной попытки стимуляции родов

Общие принципы, связанные с практикой индукции родов.

- Индукция родов должна проводиться только при наличии четких медицинских показаний, когда ожидаемый положительный эффект превосходит потенциальные риски.
- Индукцию родов следует проводить с осторожностью, так как данная процедура сопряжена с риском гиперстимуляции и разрыва матки, а также с риском дистресс-синдрома плода.
- При индукции родов необходимо обеспечить условия и средства для оценки состояния матери и плода.
- Женщины, получающие окситоцин, мизопростол или другие простагландины, должны постоянно находиться под наблюдением.
- Неэффективность индукции родов не обязательно является показанием к кесареву сечению.
- Индукцию родов следует осуществлять в тех лечебных учреждениях, где возможно проведение кесарева сечения.
- Информированное согласие женщины.

5C	Индукция родов вне медицинского стационара с целью улучшения исхода родов не рекомендуется
-----------	--

Медицинские показания к индукции родов.

Индукция родов целесообразна, когда риск от пролонгирования беременности превышает риск самой индукции или преимущества вагинального родоразрешения значительно превышают возможные осложнения со стороны матери и плода.

Показания к индукции родов:

- Неосложненная беременность, когда срок гестации достиг более чем 41 неделя (41+) (при доказанном гестационном сроке – по первому УЗИ до 12 недель и др.);
- Осложненная беременность, требующая родоразрешения:
 - гипертензивные расстройства – хроническая гипертензия, гестационная гипертензия, преэклампсия, HELLP-синдром;
 - сахарный диабет, гестационный сахарный диабет;
 - многоплодная беременность;
 - маловодие;
 - многоводие;
 - внутripеченочный холестаз беременных;
 - гемолитическая анемия плода при аллоиммунизации;
 - преждевременный разрыв плодных оболочек после 34 недели беременности;
 - хориоамнионит;
 - антенатальная гибель плода;
 - синдром ограничения роста плода;
- Соматические и другие заболевания матери, влияющие на ее жизненные функции, когда пролонгирование беременности становится небезопасным для женщины;
- Прерывание беременности при инкурабельных множественных пороках развития плода.

Медицинские противопоказания к индукции родов.

5C	Рекомендовано учитывать клинические состояния, определяющие невозможность родов через естественные родовые пути, показания к родоразрешению путем операции КС в качестве противопоказаний к индукции родов
-----------	--

При решении вопроса о показаниях, сроках и методе проведения преиндукции/индукции родов следует учитывать противопоказания. Обычно это те же клинические состояния, которые определяют противопоказания к влагалищным родам.

Они включают, но не ограничиваются следующими клиническими состояниями:

- Все противопоказания к родам через естественные родовые пути со стороны матери;
- Предлежание сосудов (vasa previa) пуповины;
- Предлежание плаценты;
- Поперечное положение плода;
- Значительное несоответствие размеров таза матери и размеров головки плода;
- Предшествующие случаи корпорального кесарева сечения или кесарево сечение с Т-образным разрезом на матке;
- Активный генитальный герпес;
- Инвазивный рак шейки матки;
- Структурные деформации костей таза;
- Разрыв матки в анамнезе;
- Консервативная миомэктомия с проникновением в полость, проведенная лапароскопическим путем в анамнезе;
- Разгибательные предлежания головки (лицевое, лобное) при преждевременном излитии вод;
- Тазовое предлежание (в большинстве случаев);
- Опухоли матки, препятствующие рождению плода;
- Пороки развития плода, при которых рекомендовано абдоминальное родоразрешение;
- Первичный эпизод герпетической инфекции менее 6 недель или имеющиеся клинические признаки рецидива накануне родоразрешения;
- заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека (вирусная нагрузка после 34-36 недель беременности неизвестна или более 1000 копий/мл, антиретровирусная терапия во время беременности не проводилась и/или невозможно проведение антиретровирусной профилактики в родах).

Кроме того, необходимо учитывать противопоказания к применению фармакологических и механических агентов, используемых для подготовки шейки матки и родовозбуждения в соответствии с инструкцией производителя.

Потенциальные риски индукции родов.

По сравнению с родами, наступившими спонтанно, при индуцированных родах наблюдается повышенная частота таких осложнений, как:

- Рождение недоношенного или незрелого плода, в связи с неточным определением срока беременности;
- Острый фетальный дистресс плода;
- Оперативные вагинальные роды;
- Кесарево сечение;
- Гиперсистолия / тахисистолия матки с или без нарушения ЧСС плода;
- Разрыв матки. При подозрении на разрыв матки во время индуцированных родов немедленно выполните кесарево сечение 1-й категории (экстренное);
- Выпадение пуповины во время амниотомии;
- Эмболия околоплодными водами;
- Рождение детей с низкой оценкой по шкале Апгар.

Диагностика.

Перед проведением индукции родов медицинские работники должны:

- ознакомиться с анамнезом пациентки;
- максимально точно определить гестационный срок как важный фактор при выборе срока/времени индукции родов;
- выполнить базовые исследования: пульс, температура тела, частота дыхания, артериальное давление;
- определить ПМП;
- провести пальпацию живота для оценки положения, позиции, вида позиции плода и его предлежания;
- провести вагинальное исследование для оценки состояния шейки матки по МШБ, целостности плодных оболочек, расположения предлежащей части плода относительно плоскостей малого таза;
- оценить состояние плода: ЧСС, КТГ;
- оценить показания и противопоказания к индукции;
- определить срок проведения и метод индукции;
- определить наличие возможности проведения оперативного родоразрешения, в том числе вагинального (вакуум-экстракция, наложение щипцов и т. д.) и кесарева сечения круглосуточно.

Коммуникация с пациентом. Перед проведением индукции родов необходимо:

- учитывать фактическое состояние, пожелания и предпочтения каждой женщины;
- обсудить с женщиной:
 - показания к индукции;
 - метод индукции (препараты или процедуры);
 - потенциальные риски и преимущества метода индукции, их побочные эффекты и осложнения;
 - варианты обезболивания родов;
 - возможную тактику ведения в случае безуспешной индукции;
 - о вероятности завершения родов операцией кесарева сечения;
- дать женщине и ее партнеру время для вопросов и принятия решения;
- поддержать женщину при любом решении, которое она примет;
- при отказе от индукции – уважайте выбор женщины.

Документация:

В истории болезни/родов требуется четко и своевременно задокументировать:

- показание к индукции родов;
- метод индукции;
- оценку шейки матки по МШБ;
- потенциальные риски и преимущества;
- информированное согласие женщины;
- подпись врача/врачей.

Жалобы и анамнез.

4С	Для обеспечения успеха индукции родов рекомендовано учитывать возраст в качестве фактора риска КС
-----------	---

Возраст менее 20 и старше 35 лет сочетается с повышенным риском КС после индукции родов.

3А	Для обеспечения успеха индукции родов рекомендовано учитывать высокий индекс массы тела (ИМТ) ($>30 \text{ кг/м}^2$) и/или избыточную прибавку веса во время
-----------	--

беременности (> 20 кг) в качестве фактора риска КС

У женщин с ожирением частота осложнений в родах (слабости родовой деятельности, КС и послеродовых кровотечений) выше, чем у женщин с нормальной массой тела. Частота отсутствия эффекта от родовозбуждения и КС также выше у женщин с ожирением и растет пропорционально увеличению ИМТ.

3С Рекомендовано учитывать наличие соматической патологии (сахарный диабет, артериальная гипертензия и др.) и осложненное течение данной беременности для определения показаний и срока индукции родов

4С Рекомендовано при индукции родов учитывать отсутствие спонтанных родов в анамнезе в качестве фактора риска КС

Первые предстоящие роды являются независимым фактором риска КС при индукции родов.

4С Для снижения потенциальных рисков индукции родов рекомендовано учитывать стремительные роды в анамнезе при выборе метода родовозбуждения

1А Для обеспечения благоприятного исхода индукции родов рекомендовано учитывать срок беременности

Более высокий гестационный возраст, как правило, связан с более высокой вероятностью вагинальных родов: женщины <34 недель беременности реже рожают естественным путем, чем женщины со сроком гестации ≥ 34 недель. При досрочном родоразрешении высока вероятность рождения незрелого ребенка.

3В Рекомендовано при наличии рубца на матке после КС учитывать роды через естественные родовые пути в анамнезе как фактор, повышающий вероятность благоприятного исхода индукции родов

Наличие самопроизвольных родов в анамнезе у беременных с рубцом на матке после КС повышает вероятность успеха индукции родов и является значимым положительным фактором в моделях прогнозирования успеха индукции родов.

5С При использовании для индукции родов простагландинов, мифепристона, окситоцина рекомендовано учитывать повышенный риск развития маточной тахисистолии/гиперсистолии и изменения сердечного ритма плода с целью снижения данного риска

В сравнении с плацебо или отсутствием лечения применение для преиндукции/индукции родов простагландинов, мифепристона и окситоцина сопровождается увеличением риска чрезмерной частоты маточных сокращений, что может сопровождаться изменением сердечного ритма плода.

Физикальное обследование.

1В При выборе метода индукции родов рекомендовано провести влагалищное исследование с целью оценки состояния шейки матки по модифицированной шкале Бишоп (МШБ)

Несмотря на известные ограничения, оценка по шкале Бишоп является лучшим доступным инструментом для оценки состояния шейки матки.

Результаты систематического обзора показали, что оценка по шкале Бишоп одинаково предсказывает успешную индукцию, как фетальный фибронектин или сонографическое измерение длины шейки матки.

Проходимость цервикального канала или открытие маточного зева, длина шейки матки и положение предлежащей части плода считаются наиболее важным элементом оценки по шкале Бишоп.

- Оценка шейки матки по шкале Бишоп 7 и более баллов (благоприятная шейка матки) указывает на то, что шейка готова к раскрытию и высока вероятность спонтанного развития родов или реакции на вмешательства по индукции, прогноз благоприятный.
- Оценка шейки матки по шкале Бишоп 6 баллов и менее (неблагоприятная шейка матки) свидетельствует об отсутствии готовности к родам, вероятность спонтанного развития родов или реакции на вмешательства по индукции низкие, прогноз для родовозбуждения неблагоприятный.

Помимо пятикомпонентной МШБ для прогнозирования вероятности успешной индукции существует упрощенная шкала Бишопа, которая:

1. является столь же эффективным предиктором успешности индукции родов, как и МШБ
2. более проста и удобна в применении на практике
3. включает в себя 3 параметра: раскрытие шейки матки, длина шейки матки, положение предлежащей части относительно седалищных остей

≥ 5 баллов по упрощенной шкале Бишоп имеет аналогичные положительные и отрицательные прогностические значения, как и ≥ 7 баллов по МШБ.

Более высокая вероятность успешной индукции связана не только с состоянием шейки матки (цервикальный фактор), но и с такими нецервикальными факторами как:

- повторные роды
- разрыв плодных оболочек
- более низкий индекс массы тела (ИМТ)
- более высокий рост
- меньшая ПМП
- отсутствие сопутствующих заболеваний и акушерских осложнений (например, преэклампсии).

Лабораторные тесты.

При отсутствии иных показаний проводятся согласно протоколу «Нормальная беременность».

Инструментальные методы диагностики.

5C	Рекомендована КТГ перед началом и в процессе проведения индукции родов для своевременной диагностики нарушений состояния плода
-----------	--

КТГ плода следует проводить всем беременным с живым плодом, которые готовятся к индукции родов для оценки исходного состояния плода. Повторная КТГ показана с началом маточной активности и далее по показаниям.

Лечение.

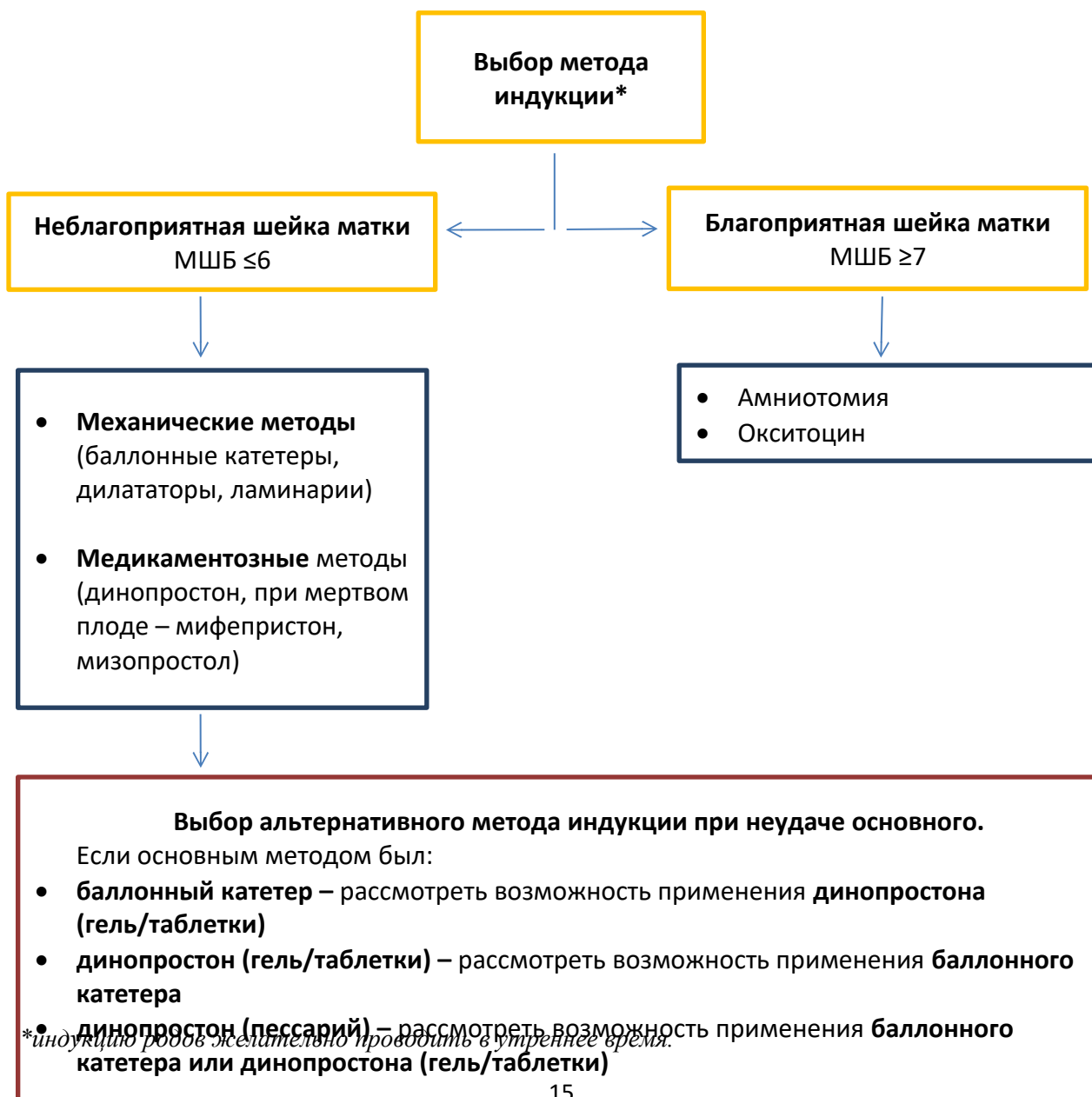
Методы индукции родов:

1. Фармакологические (мифепристон, динопростон, мизопростол, окситоцин);
2. Нефармакологические (механические методы, пальцевое отслаивание плодных оболочек, амниотомия).

5С При выборе метода индукции родов рекомендовано учитывать механизм действия метода, интервал времени достижения эффекта, противопоказания к использованию и возможность комбинации с другими методами

Фармакологические и нефармакологические агенты, используемые для индукции родов, отличаются по механизму действия, скорости развития ответной реакции организма беременной, а также противопоказаниям к применению. В связи с этим выбор метода или схемы последовательного или комбинированного применения методов для родовозбуждения должен учитывать клинические данные, индивидуальные особенности здоровья беременной, имеющийся интервал времени для достижения необходимого эффекта.

Методы индукции родов.



Фармакологические методы индукции родов.

Мифепристон.

Это синтетический антагонист прогестерона на уровне его рецепторов. Мифепристон инициирует как созревание шейки матки, так и начало родовой деятельности.

Цель применения: достижение благоприятного состояния шейки (МШБ ≥ 7).

Может быть использован только при антенатальной гибели.

Показания	<ul style="list-style-type: none">• неблагоприятная шейка матки (МШБ ≤ 6)• мертвый плод
Противопоказания	<ul style="list-style-type: none">• любые противопоказания к вагинальным родам• живой плод• гиперчувствительность к препарату• хроническая надпочечниковая недостаточность или длительный прием кортикостероидов• геморрагические нарушения или прием антикоагулянтов
Предосторожность	<ul style="list-style-type: none">• артериальная гипотензия• нарушение мозгового кровообращения• эпилепсия

1А	С целью индукции родов при антенатальной гибели плода рекомендовано назначить мифепристон перорально однократно в дозе 200 мг в присутствии врача с повторным приемом через 24 часа в той же дозе при необходимости
----	---

Способ применения и максимальная общая доза мифепристона:

- применение препарата допустимо лишь в условиях стационара, под круглосуточным наблюдением медицинского персонала;
- рекомендуемая доза препарата 200 мг перорально однократно;
- если изменения в шейке матки неадекватны после первой дозы (МШБ ≤ 6), прием препарата может быть повторен только через 24 часа;
- применение мифепристона чаще способствует развитию родовой деятельности или созреванию шейки матки через 48 часов по сравнению с плацебо, при этом действие препарата продолжается до 72-96 часов;
- через 24-48 часов после приема последней таблетки мифепристона индукцию родов можно продолжить: амниотомией (если это технически возможно) с незамедлительной инфузией окситоцина ИЛИ приемом мизопростола / динопростона ИЛИ использованием баллонного катетера;
- грудное вскармливание не противопоказано;
- следует избегать одновременного применения нестероидных противовоспалительных препаратов, включая ацетилсалициловую кислоту, так как это может снижать эффективность мифепристона.

Побочные действия:

- Головокружение;
- Головная боль;
- Слабость;
- Тошнота;
- Рвота;
- Диарея.

Простагландины.

Простагландины – это биологически активные вещества, представляющие собой производные полиненасыщенных жирных кислот, одним из основных биологических эффектов которых является выраженное воздействие на тонус гладкой мускулатуры матки.

2А Для индукции родов рекомендуется влагалищное или пероральное введение низких доз простагландинов

Сегодня рекомендовано два класса простагландинов – **Е2 (динопростон)** и **Е1 (мизопростол)**.

Диноппростон.

Это международное непатентованное название простагландина Е2.

1А Рекомендовано с целью индукции родов назначить диноппростон при строгом соблюдении условий стерильности

Диноппростон по сравнению с плацебо повышает возможность родоразрешения в течение 24 часов, однако его применение сопровождается большей частотой гиперстимуляции матки с изменением сердцебиения плода, при этом частота КС не снижается.

Форма выпуска:

- вагинальные таблетки – 3 мг (вводятся глубоко в задний свод влагалища);
- вагинальный гель – 1-2 мг (после введения в задний свод влагалища, избегать попадания в цервикальный канал);
- вагинальный пессарий (insert) – 10 мг, с постепенным и постоянным освобождением активного вещества со скоростью 0,3 мг/час в течение 12 часов.

Показания	<ul style="list-style-type: none"> • неблагоприятная шейка матки (МШБ ≤6) • может использоваться после баллонного катетера при неудачной попытке индукции, когда амниотомию выполнить технически невозможно
Противопоказания	<ul style="list-style-type: none"> • любые противопоказания к вагинальным родам • гиперчувствительность к простагландинам • многорожавшие (6 и более доношенных беременностей в анамнезе) • предшествующее КС или любое оперативное вмешательство на матке • неправильное предлежание плода • вагинальное кровотечение • патологическая ЧСС плода или КТГ
Предосторожность	<ul style="list-style-type: none"> • многоплодная беременность • бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких • эпилепсия • заболевания сердечно-сосудистой системы • повышенное внутриглазное давление, глаукома

Способ применения и максимальная общая доза простагландина Е2:

- Применение диноппростона допустимо лишь в условиях стационара, под круглосуточным наблюдением медицинского персонала.

- Перед введением препарата необходимо опорожнить мочевой пузырь.
- Рекомендуется вагинальное применение динопростона:
 - таблетки вводятся в задний свод влагалища;
 - гель вводится в задний свод влагалища, следует избегать попадания в цервикальный канал. После введения препарата рекомендуется лежачее положение или положение на левом боку в течение 30 минут.
- Интрацервикальное введение динопростона не рекомендуется.
- Максимально допустимая суточная дозировка динопростона составляет:
 - таблетки простагландина E2 (3 мг) – не более 2 таблеток: по 1 таблетке не ранее, чем через 6 часов каждая (допустимый интервал между приемами таблеток – от 6 до 12 часов);
 - вагинальный гель: 1-2 мг дважды с интервалом не менее 6 часов;
 - при использовании влагалищного пессария с контролируемым выделением простагландина (10 мг) – только 1 пессарий в сутки (максимальная продолжительность нахождения пессария во влагалище – 24 часа).
- Переоцените состояние шейки матки по МШБ:
 - через 6 часов при использовании таблеток/геля;
 - через 12 часов при использовании вагинального пессария.
- Независимо от оценки по МШБ – проведите амниотомию, если это технически возможно.
- Если провести амниотомию технически невозможно, может потребоваться повторная доза препарата или баллонный катетер.
- Перед каждым введением динопростона необходимо проводить КТГ.

Побочные действия:

- Тахисистолия/гиперсистолия;
- Тошнота, рвота;
- Диарея;
- Лихорадка;
- Озноб.

Чтобы исключить тахи-/гиперсистолию, обусловленную одновременным действием окситоцина и простагландина, временной интервал между последней дозой динопростона в виде геля/таблетки и началом введения окситоцина должно быть от 6 до 12 часов (не менее 6 часов), в виде пессария – не менее 30 минут после его удаления из влагалища.

Мизопроустол.

Это синтетическое производное простагландина E1, стимулирует сокращения матки, тем самым способствуя раскрытию шейки и удалению содержимого полости матки.

Показания	<ul style="list-style-type: none"> • неблагоприятная шейка матки (МШБ ≤6) • мертвый плод
Противопоказания	<ul style="list-style-type: none"> • любые противопоказания к вагинальным родам • гиперчувствительность к простагландинам • тяжелая почечная недостаточность • предшествующее КС или любое оперативное вмешательство на матке • неправильное предлежание плода • вагинальное кровотечение
Предосторожность	<ul style="list-style-type: none"> • многоплодная беременность

	<ul style="list-style-type: none"> • бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких • эпилепсия • заболевания сердечно-сосудистой системы
--	--

Форма выпуска: таблетки по 200 мкг (0,2 мг) и по 25 мкг (0,025 мг).

В настоящее время не рекомендуется применение мизопростола при живом плоде.

Способы применения мизопростола:

2С	Для индукции родов рекомендуется влагалищное введение низких доз мизопростола
-----------	---

Интравагинально: 25 мкг (1/8 таблетки 200 мкг), интервал между дозами составляет 6 часов. Окситоцин можно использовать через 4 часа после последней дозы. Есть риск, что деление таблетки мизопростола не пройдет должным образом и в разных частях будут разные концентрации препарата.

2А	Для индукции родов рекомендуется мизопростол перорально (25 мкг каждые 2 часа)
-----------	--

Перорально: 25 мкг (1/8 таблетки 200 мкг) каждые 2 часа. Концентрация перорального мизопростола достигает пика через 30 минут, период полувыведения составляет всего 90 минут, препарат быстро метаболизируется в печени и выводится с мочой. Сублингвальный или суббукальный путь применения мизопростола не рекомендуется

Вагинальный путь может быть более эффективным, хотя при пероральном введении меньше осложнений и меньше частота побочных эффектов, в том числе – гиперстимуляции матки.

3А	В третьем триместре в случае внутриутробной гибели плода или аномалий внутриутробного развития для индукции родов рекомендуется мизопростол, вводимый перорально или во влагалище
-----------	---

Способ перорального применения мизопростола.

Требуемые принадлежности:

- Градуированный стакан
- Ложка
- Питьевая вода (200 мл)
- 1 таблетка мизопростола (200 мкг)
- Чистая бутылка



- Наберите ровно 200 мл чистой воды с помощью специального мерного стакана.



- Разомните таблетку мизопростола ложкой.



- Поместите порошок в воду, перемешайте до полного растворения.



- Перелейте раствор в бутылку и наклейте на бутылку наименование раствора и его концентрацию.
- Принимать по 25 мл раствора каждые 2 часа до тех пор, пока не начнутся активные схватки.
- Максимальная доза: 200 мкг в течение 24 часов. Не рекомендуется применять раствор мизопростола спустя 24 часа после его приготовления.
- Инфузия окситоцина возможна не ранее чем через 4 часа после последней дозы мизопростола.

Побочные действия:

- Тахисистолия/гиперсистолия матки;
- Тошнота;
- Диарея;
- Лихорадка;
- Озноб.

Если женщина с внутриутробной гибелью плода выбирает индукцию родов, рекомендовано пероральное введение мифепристона с последующим влагалищным введением динопростона или мизопростола.

Из-за высокого риска тахисистолии/гиперсистолии и разрыва матки во время индукции родов у женщин с аномалиями или внутриутробной гибелью плода, очень важно тщательное наблюдение за женщиной после установления регулярной родовой деятельности.

Мониторинг при использовании простагландинов.

- Перед индукцией родов простагландинами необходимо провести антенатальную КТГ для исходной оценки состояния плода.
- С началом маточных сокращений необходимо оценить активность схваток, провести аускультацию плода и повторить КТГ.
- Если КТГ нормальная и женщина находится в группе низкого риска, показана периодическая аускультация плода (см. протокол «Нормальные роды»), если женщина относится к группе среднего/высокого риска – непрерывный кардиомониторинг плода или КТГ.
- Если КТГ ненормальна или имеются чрезмерные сокращения матки рекомендуется:
 - возобновить непрерывный кардиомониторинг плода или КТГ (при отсутствии возможности – проводить периодически аускультацию плода);
 - прекратить очередное применение препарата;
 - удалить любые вагинальные пессарии, гель или таблетки, если это возможно.
- Необходимо переоценить состояние беременной, плода, шейки матки по МШБ в соответствующие интервалы для наблюдения за прогрессом, в зависимости от используемого метода индукции и клинического состояния женщины.
- Объясните женщинам, что индуцированные роды могут быть более болезненными, чем спонтанные. С целью обезболивания родов рекомендуются стандартные методы анальгезии (см. протокол «Нормальные роды»).

Успешная и безуспешная индукция родов при применении простагландинов.

Критерии успешной и неуспешной индукции родов на сегодняшний день не стандартизированы. Преобладающее количество существующих рекомендаций основаны на достижении активной фазы первого периода родов.

Если после одного цикла применения простагландинов в допустимой максимальной дозировке достигается активная фаза первого периода родов, следует признать индукцию родов **успешной**.

Если после одного цикла применения простагландинов в допустимой максимальной дозировке не достигается активная фаза первого периода родов, следует признать индукцию родов **безуспешной**.

Если индукция не удалась, медработники должны обсудить это с женщиной и оказать ей поддержку. Полностью переоцените состояние женщины и плода, используя интерпретацию антенатальной КТГ.

При безуспешной индукции последующие варианты ведения включают:

1. **Выжидательная тактика** – предложение периода отдыха, если это клинически целесообразно, а затем повторная оценка клинической ситуации;
2. **Дальнейшие попытки вызвать роды** – если акушерская ситуация позволяет пролонгировать беременность, то:
 - при наличии технической возможности необходимо провести амниотомию (независимо от состояния шейки матки по МШБ) и незамедлительно начать инфузию окситоцина.
 - если технически провести амниотомию невозможно, то:
 - ✓ **при безуспешной индукции мифепристоном** можно продолжить индукцию с помощью повторной дозы мифепристона или начать применение динопростона или мизопростола через 24-48 часов после

приема последней таблетки мифепристона или рассмотреть возможность применения баллонного катетера;

- ✓ при безуспешной индукции динопростомом или мизопростолом, повторный прием динопростона/мизопростола допустим не ранее, чем через 24 часа после последнего применения препарата или рассмотреть возможность применения баллонного катетера.

3. Кесарево сечение.

Окситоцин.

Время введения окситоцина у пациенток, которые получали простагландины для созревания шейки матки должно составлять:

- от 6 до 12 часов после последней дозы таблетки/геля динопростона;
- не менее 30 минут после удаления пессария динопростона;
- не менее 4 часов после последней дозы мизопростола;
- у пациенток, у которых созревание шейки матки произошло с помощью баллонного катетера, введение окситоцина можно начинать, пока катетер находится на месте или после его удаления.

Показания	<ul style="list-style-type: none"> • благоприятная шейка матки (МШБ ≥ 7) • индукция родов при условии разрыва плодных оболочек
Предосторожность	<ul style="list-style-type: none"> • рубец на матке • многоплодная беременность • более 4-х родов в анамнезе • сердечно-сосудистые заболевания

1A	Рекомендовано с целью индукции родов при благоприятной шейке матки (МШБ ≥ 7) использовать инфузию окситоцина внутривенно капельно с помощью инфузомата, чтобы обеспечить непрерывный и точный контроль вводимой дозы
----	--

Неблагоприятная шейка матки (МШБ ≤ 6) при родовозбуждении окситоцином ассоциирована с высоким риском КС, более высокие баллы – с большей вероятностью родоразрешения через естественные родовые пути.

Амниотомия повышает вероятность успешной индукции родов окситоцином, в связи с чем предпочтительно перед в/в введением окситоцина провести амниотомию.

2C	Окситоцин может использоваться для индукции родов в/в изолированно
----	--

Чувствительность миометрия к окситоцину повышается со сроком беременности за счет увеличения экспрессии окситоциновых рецепторов, период полураспада в плазме 3-6 минут.

1A	Рекомендовано проводить индукцию родов окситоцином по схеме для обеспечения эффективности и безопасности родовозбуждения
----	--

Идеальный режим дозирования окситоцина неизвестен. К применению рекомендуется родовозбуждение в режиме низких доз:

Режим «низких доз»	
Начальная доза родостимуляции	1-2 мЕд/мин
Интервал увеличения дозы	30 минут (15 минут – во 2-ом периоде родов)

Кратность увеличения дозы (на каждые ...)	1-2 мЕд/мин
Обычно эффективная доза*	8-12 мЕд/мин
Максимально допустимая доза	<ul style="list-style-type: none"> • 20 мЕд/мин – для женщин с кесаревым сечением в анамнезе • 40 мЕд/мин – для женщин без кесарева сечения в анамнезе
*доза, при которой возникают 3-4 схватки за 10 минут, каждая продолжительностью 40-60 секунд.	

Эквивалент в каплях (20 капель = 1 мл):

*При разведении 10 МЕ (международных единиц) окситоцина в 500 мл физ.раствора: 1 мЕд = 3 мл/час = 60 капель/60 минут = 1 капля в минуту.

*При разведении 5 МЕ окситоцина в 500 мл физ.раствора: 1 мЕд = 6 мл/час = 120 капель/60 минут = 2 капли в минуту.

*При разведении 30 МЕ окситоцина в 500 мл физ.раствора: 1 мЕд = 1 мл/час = 20 капель/60 минут = 0,33 капли в минуту.

*При разведении 5 МЕ окситоцина в 500 мл физ.раствора: 1 мЕд = 12 мл/час = 240 капель/60 минут = 4 капли в минуту.

Рекомендуемые дозировки окситоцина при использовании инфузионного насоса и систем для внутривенных вливаний.

Время после начала вливания (мин)	Доза окситоцина (мЕд/мин)	По инфузому (мл/час)	По в/в системе (капли/мин)
		Разведение 10 МЕ в 500 мл	Разведение 5 МЕ в 500 мл
0	1	3	2
30	2	6	4
60	4	12	8
90	8	24	16
120	12	36	24
150	16	48	32
180	20	60	40
210	24	72	48
240	28	84	56
270	32	96	64
300	36	108	72
330	40	120	80

Дозы окситоцина должны быть задокументированы на партограмме на протяжении всех родов.

Введение окситоцина должно проводиться только внутривенно.

Стремитесь к 3-4 сокращениям в течение 10 минут продолжительностью 40-60 секунд и периодом отдыха не менее 60 секунд.

Индукция окситоцином может быть рассмотрена в качестве метода стимуляции родов через естественные родовые пути после кесарева сечения.

Адекватные схватки часто могут установиться при дозировке 8-12 мЕд в минуту. Максимальная доза не должна превышать 20 мЕд/мин – для женщин с кесаревым сечением в анамнезе и 40 мЕд/мин – для женщин без кесарева сечения в анамнезе.

В виду сложности контролировать дозу окситоцина при введении капельным путем, целесообразно для родовозбуждения окситоцином использовать инфузионный насос (инфузомат).

Непосредственно после начала внутривенного введения окситоцина рекомендуется тщательно контролировать скорость инфузии, реакцию матки и частоту сердечных сокращений плода, после начала схваток – непрерывный кардиомониторинг плода или КТГ.

Во время инфузии окситоцина показан мониторинг водного баланса, так как длительная инфузия может привести к водной интоксикации/гипонатриемии.

Индукция родов окситоцином ассоциируется с повышенным риском послеродовых кровотечений.

1A	После начала активной фазы первого периода родов (раскрытие шейки матки больше или равно 5 см) вливание окситоцина может быть выборочно прекращено
-----------	--

Прекращение введения окситоцина в активной фазе родов способствует снижению частоты КС и тахи-/гиперсистолии матки. Следует оценить динамику родовой деятельности через 2 часа и, при необходимости, возобновить инфузию окситоцина.

Неудавшаяся индукция окситоцином.

Универсального стандарта для определения состоявшейся индукции родов окситоцином нет.

Вероятность вагинальных родов значительно снижается, если активные схватки не развиваются после 12 часов введения окситоцина. Следует дать достаточно времени (не менее 12 часов в/в введения окситоцина) для развития активной родовой деятельности, прежде чем определить, что индукция родов не удалась.

Следует помнить, что в латентной фазе прогресс родов очень медленный, поэтому продолжительность латентной фазы может длиться 20 часов – у первородящих, 14 – у повторнородящих.

После того, как индуцированные роды входят в активную фазу родов, течение их не должно отличаться от спонтанных родов.

Женщинам с неудавшейся индукцией окситоцином предлагается кесарево сечение. В исключительных случаях может быть рассмотрен вариант прекращения введения окситоцина и отдыха в течение 24 часов с последующей второй попыткой индукции.

Нефармакологические методы индукции родов.

Механические методы индукции.

К ним относятся: баллонные катетеры Фолея, Кука или Атада, ламинарии и гидроскопические дилататоры.

Предполагается, что механические методы созревания шейки матки работают как за счет прямого физического давления на внутренний зев шейки матки, так и за счет высвобождения простагландинов из децидуальной оболочки матки и/или шейки матки. Эти эффекты в совокупности способствуют ряду биохимических и биофизических изменений, которые приводят к созреванию шейки матки и увеличению сократительной способности миометрия.

Механические методы с меньшей вероятностью вызывают гиперстимуляцию и нарушение ЧСС плода, чем фармакологические и характеризуются схожей эффективностью с влагалищными формами простагландинов.

Показания	<ul style="list-style-type: none"> • неблагоприятная шейка матки (МШБ ≤ 6) • предпочтительно при наличии рубца на матке • предпочтительно при многоплодной беременности • стремительные роды в анамнезе • наличие противопоказаний к медикаментозным методам индукции • как альтернатива применению простагландинов • могут использоваться после динопростона при неудачной попытке индукции, когда амниотомию выполнить технически невозможно
Абсолютные противопоказания	<ul style="list-style-type: none"> • любые противопоказания к вагинальным родам • разрыв плодного пузыря • вагинальное кровотечение • одновременное применение с простагландинами / окситоцином • низкая плацентация • многоводие • патологическая ЧСС плода или КТГ
Относительные противопоказания	<ul style="list-style-type: none"> • инфекции нижнего тракта половых путей • высокое расположение головки плода (4/5 – 5/5 над входом в таз)

При использовании механических методов индукции родов важно проводить тщательный мониторинг состояния женщины и плода непосредственно после начала родов.

ВОЗ рекомендует использовать катетер Фолея.

Техника введения катетера Фолея.

Необходимое оборудование и инструменты:

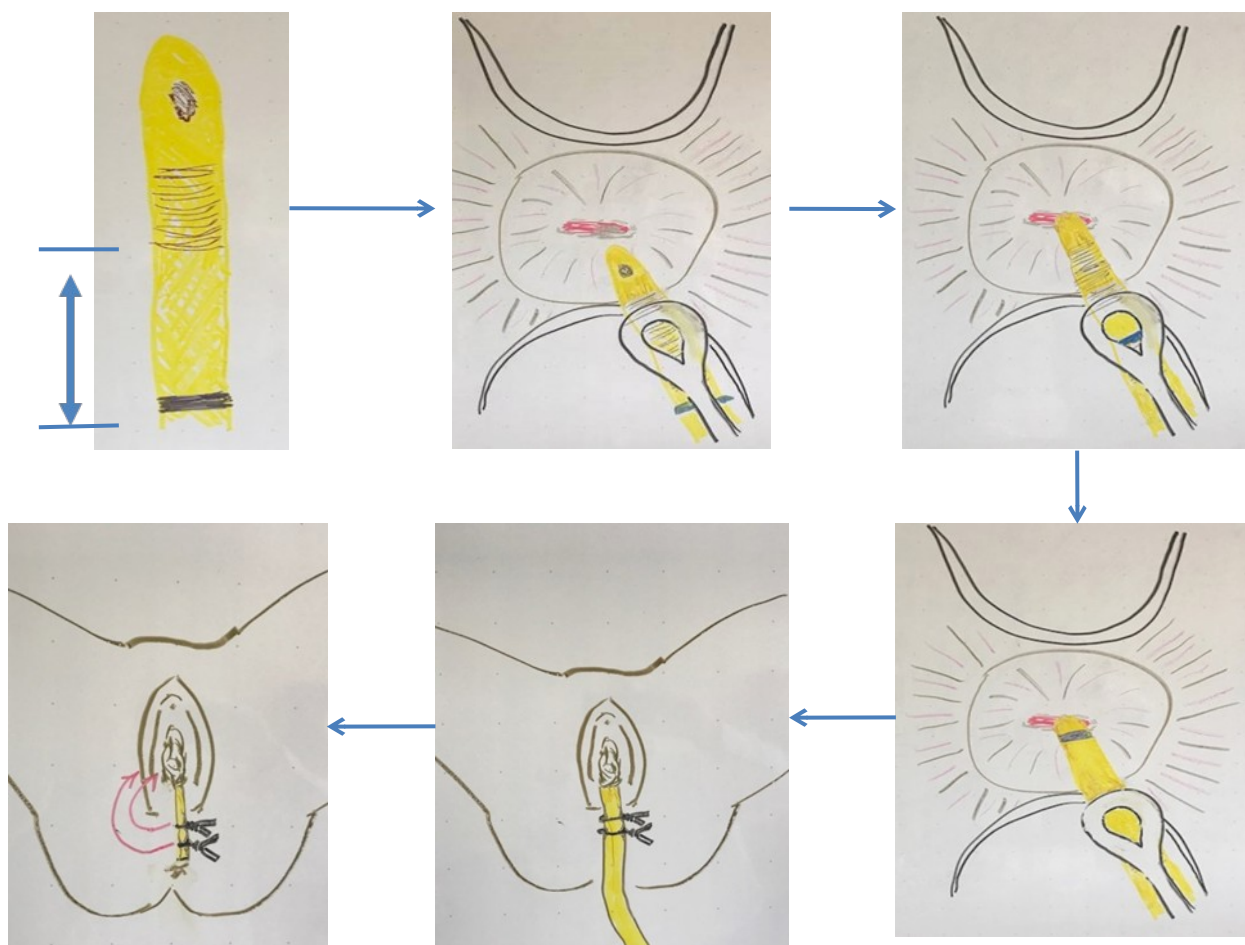
- Источник света и стол для инструментов;
- Стерильные перчатки;
- Зеркало влагалищное (стерильное);
- Окончатые зажимы (запирающиеся);
- Катетер Фолея 16F или 18F.
- Стерильная вода/физиологический раствор (30-80 мл) в шприце;
- Лейкопластырь или клейкая лента.

Этапы введения катетера Фолея (рис. 1):

- Оцените показания и противопоказания к индукции родов;

- Проведите влагалищное исследование для оценки состояния шейки матки;
- Захватите катетер Фолея окончатый зажимом на расстоянии около 1 см от его конца
- Расположите женщину в позиции литотомии;
- Осторожно введите стерильные зеркала во влагалище;
- Продвиньте катетер Фолея в шейку матки пока он не выйдет за внутренний зев;
- Убедитесь, что надувной баллончик катетера располагается выше внутреннего зева;
- Раздуйте баллончик 30-80 мл воды или физиологического раствора с помощью шприца (баллоны большего объема приводят к более короткому времени от индукции до родов (средняя разница 1,97 часа);
- Аккуратно потяните за катетер, чтобы обеспечить его правильное расположение. Ни одна часть баллона не должна быть видна за пределами шейки матки;
- Удалите влагалищное зеркало;
- Сверните кольцом остальную катетер и поместите во влагалище или зафиксируйте его клейкой лентой к ноге пациентки;
- Оставьте катетер внутри до начала схваток или как минимум на 12 часов (максимально на 18 часов);
- Спустите баллончик перед удалением катетера и затем продолжите индукцию простагландинами или окситоцином.

Рисунок 1. Этапы введения катетера Фолея.



3В

Рекомендовано с целью немедикаментозной подготовки шейки матки к родам использовать ламинарии или гигроскопические расширители цервикального канала

Гигроскопические расширители цервикального канала представляют собой стерильные стержни из синтетического геля, работа которых основана на впитывании жидкости из цервикального канала, что приводит к обратимой дегидратации шейки матки и её размягчению. Увеличение расширителя в размерах влияет на эндогенное высвобождение простагландинов и созреванию шейки матки за счёт механического растяжения.

2B Рекомендовано с целью немедикаментозной подготовки шейки матки к родам использовать катетер цервикальный дилатационный

3C При недоступности простагландинов (включая мизопростол) или наличии противопоказаний к их применению для индукции родов рекомендуется цервикальный дилатационный катетер в сочетании с окситоцином

Если при применении механических методов индукции не удается достичь активную фазу первого периода родов, индукцию родов следует считать безуспешной.

При безуспешной индукции последующие варианты ведения включают:

- при наличии технической возможности необходимо провести амниотомию и незамедлительно начать инфузию окситоцина. Если технически провести амниотомию невозможно, то:
- рассмотрите возможность применения простагландинов или повторное введение баллонного катетера через 24 часа.

2B Рекомендовано с целью повышения эффективности и улучшения исходов индукции родов использовать комбинацию немедикаментозных и медикаментозных методов

Сочетание немедикаментозного и медикаментозного методов индукции родов способствует более быстрому «созреванию» шейки матки, уменьшению продолжительности родов, частоты слабости родовой деятельности и КС.

Отслаивание плодных оболочек.

Это отделение пальцем, введенным в цервикальный канал, хорионической оболочки от децидуальной оболочки матки. Если шейка матки не пропускает палец, массаж вокруг шейки матки в сводах влагалища может дать аналогичный эффект.

2A Для снижения частоты проведения стандартной индукции родов рекомендуется отслаивание плодных оболочек

В результате процедуры возможны боль, дискомфорт и вагинальное кровотечение.

При наличии показаний метод должен быть согласован с женщиной во время дородовых посещений после 39⁰ недель.

Амниотомия.

Показания	<ul style="list-style-type: none"> • благоприятная шейка матки (МШБ ≥ 7) • изолированная амниотомия для индукции родов не рекомендуется, так как интервал до начала схваток непредсказуем, особенно у первородящих
Относительные противопоказания	<ul style="list-style-type: none"> • предлежание петель пуповины • высокое расположение головки плода (5/5 над входом в таз)

1A Рекомендовано проводить амниотомию для индукции родов при благоприятной

шейке матки (МШБ ≥ 7)

2С Амниотомия изолированно для индукции родов не рекомендуется

У женщин с благоприятным состоянием шейки матки для индукции родов возможно использование только амниотомии, однако комбинация амниотомии и внутривенного введения окситоцина более эффективна

После амниотомии следует незамедлительно начать введение окситоцина, чтобы установилась адекватная родовая деятельность. Откладывание начала инфузии окситоцина приводит к затягиванию времени до родоразрешения и повышает риск неонатальной инфекции.

Отсрочка инфузии окситоцина на 1-2 часа допускается у повторнородящих женщин, так как у них при немедленном начале инфузии окситоцина после амниотомии возрастает частота нарушений сердечного ритма плода по данным КТГ. Кроме того, откладывание времени начала инфузии окситоцина после амниотомии у повторнородящих позволяет избежать его применения в 35,6%.

Комбинация фармакологических и нефармакологических методов индукции.

2В Рекомендовано с целью повышения эффективности и улучшения исходов индукции родов использовать комбинацию фармакологических и нефармакологических методов

Сочетание фармакологических и нефармакологических методов индукции родов способствует более быстрому «созреванию» шейки матки, уменьшению продолжительности родов, частоты слабости родовой деятельности и КС.

В одном мета-анализе (30 рандомизированных исследований, 6465 беременностей) сравнивались комбинации баллонный катетер + простагландин (сВС/Р) и баллонный катетер + окситоцин с только баллонным катетером. Результаты мета-анализа в группах комбинированного применения баллонного катетера с простагландином или окситоцином показали:

- ускорение вагинального родоразрешения (сВС/Р: -2,9 часа, 95% CI от -5,7 до 0; сВС/О: -4,2 часа, 95% CI от -6,5 до -1,9);
- увеличение вероятности родов в течение 24 часов (сВС/Р: отношение шансов [OR] 1,80, 95% CI 1,02–3,20; сВС/О: OR 2,04, 95% CI 1,29–3,24);
- комбинация методов не оказывала существенного влияния на вероятность КС (сВС/Р: OR 0,89, 95% CI 0,65-1,20; сВС/О: OR 0,99, 95% CI 0,74-1,33) или таких нежелательных явлений, как хориоамнионит, эндометрит, тахисистолия/гиперсистолия матки, примесь мекония в околоплодных водах, госпитализация новорожденных в отделение интенсивной терапии, послеродовое кровотечение.

Решение о комбинации фармакологических и нефармакологических методов индукции принимается консилиумом врачей с учетом конкретной клинической ситуации, предпочтений женщины, возможностей проведения стандартного мониторинга состояния матери/плода на протяжении индукции и условий для экстренного кесарева сечения в случае необходимости.

Рекомендации по индукции родов в определенных условиях.

Профилактика перенашивания беременности (беременность длительностью более 41 недели).

Предоставьте женщинам с неосложненной беременностью все возможности для самопроизвольных родов.

Объясните женщинам, что роды обычно начинаются естественным образом до 42⁰ недель, исходя из гестационного возраста, установленного при УЗИ в первом триместре.

В то же время, при беременности, продолжающейся более 41⁰ недель, могут увеличиваться некоторые риски, а именно:

- повышенная вероятность кесарева сечения;
- повышенная вероятность того, что ребенку потребуется госпитализация в отделение интенсивной терапии новорожденных;
- повышенная вероятность мекониальной аспирации;
- повышенная вероятность мертворождения и неонатальной смерти.

Индукция родов с 41⁰ недель может уменьшить эти риски.

1A	Рекомендовано при отсутствии иных медицинских показаний предлагать индукцию родов в 41 неделю (>40 недель + 7 дней) беременности для снижения частоты КС и перинатальной смертности
-----------	---

Если женщина предпочитает не индуцировать роды, обсудите возможные варианты ведения (выжидательная тактика или кесарево сечение) и задокументируйте выбор пациента в истории болезни/родов. Предложите женщинам, отказавшимся от индукции родов в 41⁰ неделю мониторинг состояния плода два раза в неделю: КТГ и ультразвуковую оценку максимальной глубины амниотического кармана. в тоже время, ни одна из форм усиленного антенатального наблюдения не снижает перинатальную смертность, связанную с перенашиванием беременности.

5C	Индукция родов не рекомендована женщинам с неосложненной беременностью сроком менее 41 ⁰ недели
-----------	--

Преждевременный разрыв плодных оболочек.

Преждевременный дородовой разрыв плодных оболочек до 34⁰ недель – нет необходимости в индукции родов при отсутствии показаний со стороны матери (соматическая патология, осложнения беременности) и дополнительных акушерских показаний (например, инфекция или нарушение состояния плода). Предлагайте выжидательную тактику, именуемую как «наблюдай и жди», т.е. отказ от любого метода пре-/индукции родов или кесарева сечения.

Преждевременный предродовой разрыв плодных оболочек после 34⁰ недель, но до 37⁰ недель – возможны 2 тактики: выжидательная и активная (индукция родов). Необходимо совместное принятие решения с учетом следующих факторов:

- риски для женщины (например, сепсис, возможная необходимость кесарева сечения при рубце на матке);
- риски для ребенка (например, сепсис, проблемы, связанные с преждевременными родами);
- местная доступность отделений интенсивной терапии новорожденных;
- предпочтения женщины.

Дородовой разрыв плодного пузыря в сроке 37⁰ и более недель – предложите женщинам на выбор:

- выжидательную тактику до 24 часов, или
- индукцию родов (как можно раньше).

Проконсультируйте женщин с дородовым разрывом плодных оболочек в доношенном сроке о том, что:

- риск серьезной неонатальной инфекции составляет 1%, а не 0,5% для женщин с интактными плодными оболочками;
- у 60% женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек роды начинаются спонтанно в течение 24 часов;
- индукция родов целесообразна примерно через 24 часа после разрыва плодных оболочек;
- пока не начата индукция не рекомендуются исследования мазков из влагалища и измерение материнского С-реактивного белка.

1A	Рекомендована индукция родов при преждевременном разрыве плодных оболочек в 37 ⁰ недель беременности и более для снижения риска инфекционных осложнений
-----------	--

5C	В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при преждевременном излитии околоплодных вод при доношенной беременности и наличии показаний к плановому КС
-----------	--

При преждевременном разрыве плодных оболочек в любом сроке беременности не проводите осмотр с помощью зеркал, если есть уверенность в излитии околоплодных вод и ЧСС плода нормальная. Если неясно, произошел ли разрыв плодных оболочек до родов, предложите женщине осмотр с помощью зеркал. Избегайте пальцевого вагинального исследования при отсутствии схваток.

Рубец на матке после предыдущего кесарева сечения.

Индукция родов у женщин с рубцом на матке после предыдущего КС может привести к повышенному риску экстренного кесарева сечения и разрыва матки.

Методы индукции родов будут определяться необходимостью снижения этих рисков, например, динопростон и мизопростол противопоказаны женщинам с рубцом на матке. Допускается индукция родов с помощью механических методов, амниотомии и окситоцином.

Если необходимо индуцировать роды, предложите женщинам, у которых было кесарево сечение в анамнезе, на выбор:

- индукцию родов, или
- плановое кесарево сечение.

Примите во внимание предпочтения женщины и запишите обсуждения и план ведения в истории болезни/родов.

Сообщите женщинам, что они могут отказаться от индукции родов или кесарева сечения, даже если они может принести пользу их здоровью или здоровью их ребенка.

Не делайте плановое кесарево сечение раньше 39 недель, так как это повышает риск респираторных заболеваний у детей

Тазовое предлежание плода.

Индукция родов обычно не рекомендуется при тазовом предлежании плода.

Рассмотрите возможность индукции родов при тазовом предлежании, если:

- показано ускоренное родоразрешение, и
- женщина отказывается от планового кесарева сечения.

Ограничение роста плода.

При наличии СОРП рекомендуется оценивать доплерографические показатели кровотока в пупочной артерии средней мозговой артерии и венозном протоке, что поможет улучшить перинатальные исходы за счет определения более подходящих сроков родоразрешения.

Не индуцируйте роды, если есть задержка роста плода с наличием некоторых подтвержденных нарушений его состояния. Вместо этого предложите кесарево сечение.

5C	Рекомендовано родоразрешение путем кесарева сечения беременной с СОРП при наличии одного или нескольких следующих признаков: <ul style="list-style-type: none">• патологические данные КТГ,• нулевой или реверсный диастолический кровоток в артериях пуповины,• нарушения кровотока в ВП по данным УЗ-доплерографии,• показания со стороны матери.
-----------	--

5C	Не рекомендуется родоразрешение через естественные родовые пути беременной с СОРП и тазовым предлежанием при ПМП <2500,0 г
-----------	--

5C	Рекомендовано для снижения риска мертворождения при предполагаемой массе плода между 3 и 10 перцентилем и нормальных показателях индексов сосудистой резистентности по данным ультразвуковой доплерографии фето-плацентарного кровотока (в артерии пуповины) приступить к родоразрешению путем индукции родов в 38 ^{0/7} -39 ^{6/7} недель беременности
-----------	--

Риск мертворождения у маловесных плодов значительно повышается после 40 недель беременности, поэтому нецелесообразно откладывать родоразрешение позднее этого срока.

2B	Рекомендовано при предполагаемой массе плода между 3 и 10 перцентилем и повышенных показателях сосудистой резистентности по данным ультразвуковой доплерографии фето-плацентарного кровотока (в артерии пуповины) (выше 95 перцентилея) приступить к родоразрешению путем индукции родов в 37 ^{0/7} недель беременности или после установления диагноза СОРП, если он установлен позже
-----------	---

При СОРП и повышении индексов сосудистого сопротивления в артерии пуповины выше 95 перцентилея риск мертворождения значительно повышается после 37 недель беременности. Выбор срока беременности для родоразрешения зависит от степени выраженности ухудшения кровотока (прогрессирование нарушений, сочетание с повышением сопротивления в маточных артериях выше 95 перцентилея), наличия сопутствующих отягощающих факторов (маловодие, отсутствие динамики роста плода, появление нарушений сердечного ритма плода по данным КТГ, присоединение признаков централизации кровообращения у плода – снижение пульсационного индекса в средней мозговой артерии и цереброплацентарного соотношения ниже 5 перцентилея и др.).

1A	При необходимости преиндукции/индукции родов беременной с СОРП рекомендовано
-----------	--

Подозрение на макросомию плода и прогнозирование кесарева сечения при головотазовой диспропорции в родах у женщин без сахарного диабета.

В настоящее время не существует общепринятого термина фетальной макросомии, в связи с чем крупным для своего гестационного возраста считается:

- плод, если его предполагаемая масса выше 95-го перцентилия на сроке 36 недель беременности или позже;
- ребенок, рожденный с массой 4000 г и более.

Для женщин с макросомией плода могут быть рассмотрены 3 варианта ведения родов:

- выжидательная тактика,
- индукция родов,
- кесарево сечение.

Существует неопределенность в отношении преимуществ и рисков индукции родов по сравнению с выжидательной тактикой при подозрении на макросомию плода.

Но:

- при индукции родов риск дистоции плечевого сустава снижается по сравнению с выжидательной тактикой;
- при индукции родов повышается риск разрывов промежности третьей или четвертой степени по сравнению с выжидательной тактикой;
- есть доказательства того, что риск перинатальной смерти, травм плечевого сплетения у ребенка или необходимости экстренного кесарева сечения одинаков как при индукции родов, так и при КС.

Макросомия плода, рост матери, пельвиометрия не могут точно предсказать развитие тазоголовной диспропорции в родах и не рекомендуются к использования в клинической практике.

Некоторые научные исследования сообщают о возможности проведения индукции родов при макросомии в сроках после 38⁰ недель беременности для снижения риска дистоции плечиков.

В частности, рекомендуется обсудить с пациенткой возможность проведения индукции родов после 39⁰ недель, если ПМП более:

- 3500 г в 36 недель;
- 3700 г в 37 недель;
- 3900 г в 38 недель.

В тоже время другие исследования делают выводы о более предпочтительной выжидательной тактике ведения беременных с макросомией плода. Доказательства высокого качества преимущества той или иной тактики ведения на сегодняшний день отсутствуют.

5C Индукция родов при доношенной беременности у женщин без сахарного диабета не рекомендуется при подозрении на макросомию плода

3C В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при предполагаемых крупных размерах плода (≥ 4500 г) в сочетании с другими акушерскими факторами риска

5С

В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при дистоции плечиков плода в анамнезе с неблагоприятным исходом (мертворождение, тяжелая гипоксия, энцефалопатия, травма ребенка и матери (лонного сочленения)

Стремительные роды в анамнезе.

Роды считаются стремительными, если ребенок рождается менее чем через 3 часа после начала сокращений матки.

Не предлагайте рутинно индукцию родов женщинам, у которых в анамнезе были стремительные роды.

Преклонный возраст матери.

У женщин в возрасте 40 лет и старше может быть рассмотрена возможность индукции родов в сроках 39⁰-40⁰ недель гестации.

Внутриутробная гибель плода.

В случае внутриутробной гибели плода, если женщина практически здорова, ее плодные оболочки целы и нет признаков инфекции или кровотечения, обсудите возможные варианты родов: выжидательная тактика или индукция родов.

Предпочтительной тактикой является индукция родов.

5С

Рекомендована индукция родов при антенатальной гибели плода независимо от срока беременности для снижения риска инфекционных осложнений

Кесарево сечение проводится при наличии акушерских показаний.

Методы индукции при мертвом плоде:

- пероральный мифепристон 200 мг с последующим вагинальным введением динопростона или пероральным/вагинальным мизопростолом;
- механические методы индукции.

Многоплодная беременность.

- Многоплодная беременность не является противопоказанием к индукции родов.
- Риск кесарева сечения при индукции родов по схеме «амниотомия-окситоцин» сопоставим с таковым при спонтанных вагинальных многоплодных родах.
- Индукция родов простагландинами или цервикальным катетером повышает риск кесарева сечения, несмотря на то, что большая часть родов все равно завершится вагинально.

Индукция родов у женщин с неосложненной доношенной или почти доношенной беременностью двойней – **доказательства высокого качества отсутствуют!**

- Объясните женщинам с беременностью двойней, что около 60 из 100 беременностей двойней заканчиваются спонтанными родами до 37 недель.
- Объясните женщинам с беременностью тройней, что примерно 75 из 100 беременностей тройней заканчиваются спонтанными родами до 35 недель.

5С

При неосложненной монохориальной диамниотической двойне и отсутствии показаний к плановой операции КС рекомендована индукция родов в сроке 36⁰-36⁶ недель, дихориальной диамниотической двойне – в 37⁰-37⁶ недель для снижения

риска мертворождения

Пролонгирование беременности монохориальной диамниотической двойней после 36 недель, дихориальной диамниотической двойней после 37 недель сопряжено с увеличением риска мертворождения.

5С При неосложненной монохориальной моноамниотической двойне рекомендуется elective КС между 32⁰-33⁶ неделями беременности (учитывая высокий риск острой интранатальной трансфузии, которая может оказаться фатальной для второго плода). Этим детям обычно необходимо госпитализировать в неонатальное отделение, так как они имеют повышенный риск респираторных заболеваний

5С Женщинам с неосложненной (трихориальной триамниотической или дихориальной триамниотической) тройней показано родоразрешение путем операции КС в сроках 34⁰-35⁶ недель. Пролонгирование беременности после 35⁶ недель увеличивает риск гибели плода

Пациенткам, отказавшимся от родоразрешения в указанные сроки, рекомендовано консультирование о рисках, оформление информированного отказа от вмешательства и назначение еженедельных визитов к врачу для ультразвукового исследования (УЗИ), доплеровского и КТГ плодов.

Индивидуальная оценка для определения сроков планируемых родов показана женщинам с:

- осложненном течении беременности двойней или тройней;
- монохориальной триамниотической тройней;
- тройней с общим амнионом.

5С При многоплодной беременности и наличии изолированной (селективной) СОРП с положительным диастолическим компонентом кровотока в артерии пуповины рекомендована индукция родов: при дихориальной диамниотической двойне – в 36-37 недель гестации, при монохориальной диамниотической двойне – в 34-35 недель гестации

При сочетании изолированной ограничения роста плода с маловодием, отсутствием положительного диастолического компонента кровотока в артерии пуповины, материнскими факторами риска, сопутствующими заболеваниями или осложнениями беременности решение о более раннем сроке и методе родоразрешения принимается консилиумом врачей в индивидуальном порядке.

5С При антенатальной гибели одного из плодов и удовлетворительном состоянии живого плода при многоплодной беременности рекомендована индукция родов: при дихориальной диамниотической двойне – в 37-39 недель гестации, при монохориальной диамниотической двойне – в 34-36 недель гестации после профилактики респираторного дистресс-синдрома плода

При гибели одного плода из двойни беременную рекомендовано наблюдать в стационаре в течение 7-14 дней под строгим контролем клинико-лабораторных показателей (клинический анализ крови, С-реактивный белок, показатели свертывающей системы крови), состояния живого плода. Затем пациентка наблюдается амбулаторно, контроль УЗИ плода проводится 1 раз в 2 недели при монохориальной двойне и 1 раз в 4 недели при дихориальной двойне. При отсутствии признаков воспаления (лейкоцитоза, повышения

уровня С-реактивного белка), антибактериальная терапия не рекомендована. Гибель одного из плодов при дихориальной двойне, как правило, не представляет угрозы для выжившего, так как при дихориальном типе плацентации отсутствуют сосудистые анастомозы между системами гемодинамики плодов. При гибели одного из плодов из монохориальной двойни до 28 недель беременности значительно возрастает риск внутриутробной гибели и неврологических нарушений у второго плода.

Внутрипеченочный холестаз беременных.

2B	Рекомендована индукция родов при отсутствии показаний к КС при внутрипеченочном холестазах в сроке 37 ⁰ -38 ⁶ недель беременности для снижения риска мертворождения
-----------	---

При внутрипеченочном холестазах беременных досрочное родоразрешение оправдано, поскольку снижает вероятность мертворождений, перинатальной смертности, мекониальной аспирации, КС и лечения новорожденных в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Досрочное родоразрешение (в 36 недель) рекомендовано в случае нарастания интенсивности зуда, желтухи и содержания желчных кислот, при нарушении состояния плода и неэффективности терапии.

При хорошем эффекте от лечения и стабильно низких значениях уровня желчных кислот, срок для родоразрешения может быть 38 недель. Следует учитывать, что после 38 недель возрастает риск внутриутробной гипоксии плода.

Артериальная гипертензия.

Программированные роды после 37 недель беременности у женщин с артериальной гипертензией уменьшают частоту материнской заболеваемости и вероятность развития гипертензии тяжелой степени.

2B	При ХАГ и контролируемых без приема медикаментов нетяжелых цифрах АД (до 160/110 мм.рт.ст.) рекомендована индукция родов после 37 недель (38 ^{0/7} – 39 ^{6/7} недель) беременности, если нет других показаний к индукции
-----------	--

При нетяжелой ХАГ, контролируемой приемом медикаментов, показана индукция родов в 37 недель.

При неконтролируемой медикаментами, резистентной ХАГ рекомендуется родоразрешение в 36-37 недель или раньше, в зависимости от состояния матери и плода.

2B	При нетяжелой гестационной артериальной гипертензии рекомендована индукция родов в 37 недель беременности и более в качестве предпочтительной тактики для снижения частоты материнских осложнений
-----------	---

В случае тяжелой гестационной гипертензии, неконтролируемой приемом медикаментов, следует рассмотреть необходимость индукции родов с 34 недели беременности.

1A	Рекомендовано при умеренной преэклампсии проводить программированное родоразрешение в сроке 36-37 недель для снижения частоты материнских осложнений
-----------	--

1A	Рекомендовано при преэклампсии с тяжелыми признаками проводить
-----------	--

программированное родоразрешение в сроке 34-36 недель, так как это снижает риск для матери, но увеличивает неонатальный риск. В случае нестабильного состояния матери рекомендуется родоразрешение сразу после стабилизации состояния матери независимо от жизнеспособности плода

Вследствие высокого риска жизнеугрожающих осложнений в настоящее время ведущие медицинские ассоциации не рекомендуют при тяжелой преэклампсии пролонгирование беременности в сроке более 34 недель. У женщин с нетяжелыми формами гипертензивных нарушений во время беременности родоразрешение в сроке 34-37 недель беременности также улучшает материнские исходы, однако повышает риск респираторного дистресс-синдрома новорожденного, поэтому при отсутствии клинико-лабораторных данных о прогрессировании возможна выжидательная тактика на фоне лечения.

Роды рекомендованы женщинам с любым гипертоническим расстройством беременности в любой срок беременности при наличии одного или нескольких симптомов:

- сильная, трудно излечимая головная боль, повторная зрительная скотома, эклампсия или инсульт;
- повторяющиеся эпизоды тяжелой гипертензии, несмотря на поддерживающую терапию тремя классами гипотензивных средств;
- отек легких или сатурация кислорода $<90\%$;
- прогрессирующая тромбоцитопения (особенно $<50 \times 10^9 / л$ или необходимость переливания);
- аномальный и повышающийся креатинин сыворотки;
- отслойка плаценты с признаками осложнений со стороны матери или плода;
- неблагоприятное состояние плода (в том числе внутриутробная гибель плода).

Ни уровень мочевины в сыворотке, ни уровень протеинурии не должны использоваться в качестве показаний для прерывания беременности.

Сахарный диабет.

Обсудите сроки и способ родоразрешения с беременными женщинами с диабетом в третьем триместре.

2В При неосложненном сахарном диабете 1 или 2 типа без метаболических нарушений и других осложнений со стороны матери и плода рекомендуется родоразрешение путем индукции родов или elective КС (при наличии показаний) между 37⁰ и 38⁶ неделями беременности

Для женщин с СД 1 или 2 типа, у которых есть метаболические (неконтролируемая диетотерапией и/или приемом инсулинов гликемия, сосудистые осложнения) или другие осложнения со стороны матери или плода (фетопатии) рекомендуется плановое родоразрешение (индукция родов или при наличии показаний – КС) в 37 недель беременности или ранее:

- прегестационный СД с сосудистыми осложнениями: 37^{0/7} – 39^{6/7} недель;
- прегестационный СД с плохо контролируемой гликемией: 34^{0/7} – 38^{6/7} недель.

2В Женщины с ГСД должны родоразрешиться спонтанно до 41-й недели (41⁰) недели беременности. Если до указанного срока беременности не происходит спонтанного родоразрешения, то рекомендуется провести индукцию родов или elective КС при наличии показаний к нему

5С В случае если гестационный диабет является единственной патологией, индукция

родов в сроках менее 41 недели не рекомендуется

Плановое родоразрешение при ГСД до 41⁰ недели может быть рассмотрено в случае наличия осложнений со стороны матери или плода.

Беременным с СД и макросомией плода необходимо объяснить риски и преимущества вагинальных индуцированных родов и КС. Выбор метода родоразрешения зависит от предпочтений женщины.

RCOG рекомендует плановое кесарево сечение женщинам с СД и весом плода 4500 г и более.

СД не следует считать противопоказанием к вагинальным родам после предыдущего кесарево сечения.

Онкология.

5С При наличии онкологических заболеваний вопрос о сроке и возможности индуцированных родов рекомендовано решить индивидуально совместно с врачом-онкологом

Показанием к индукции родов у беременных с онкологическими заболеваниями может являться необходимость очередного курса химиотерапии, прогрессирование основного заболевания.

Гемолитическая болезнь плода.

5С При ГБП рекомендуется определять срок и метод родоразрешения индивидуально с учетом акушерского анамнеза, состояния плода и возможностей акушерской и неонатальной служб родовспомогательного учреждения

Предпочтительными являются сроки родоразрешения в зависимости от групп риска:

I группа риска	Беременные с резус отрицательной принадлежностью крови без титра антител – в 40 недель беременности.
II группа риска	Беременные с резус отрицательной принадлежностью крови с титром антител без признаков ГБП (по данным УЗИ и доплера) – не ранее 38 недель беременности.
III группа риска	Беременные с резус отрицательной принадлежностью с титром антител с признаками ГБП (по данным УЗИ и доплера) вне зависимости от срока беременности.

При тяжелой анемии плода, отечной форме ГБП, а также после внутриутробного переливания плоду ЭМОЛТ предпочтительно оперативное родоразрешение, так как кесарево сечение позволяет избежать дополнительной травматизации и гипоксии плода во время родов.

Патология объема околоплодных вод.

2А Рекомендовано при индукции родов учитывать наличие маловодия для снижения частоты осложнений в родах

Маловодие сочетается с повышением частоты КС, низкой оценки по шкале Апгар и необходимости в интенсивной терапии новорожденных. Индукция родов может обсуждаться в сроках между 36^{0/7} и 37^{6/7} неделями при беременности.

3B	Рекомендовано планировать индукцию родов при многоводии для снижения частоты осложнений во время беременности и родов
-----------	---

Многоводие осложняет течение беременности и родов, сочетается с повышенной частотой СОРП, макросомии, неправильного положения плода, КС и низкой оценки по шкале Апгар. При проведении индукции родов необходимо учитывать риск таких осложнений, как выпадение петель пуповины, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, дистоция плечиков, дистресс плода, пролонгированное течение 1-го периода родов. Если нет других показаний, то индукцию родов при многоводии необходимо проводить в 39^{0/7} – 39^{6/7} недель.

Неблагоприятный перинатальный исход в анамнезе.

5C	Рекомендовано принятие консультативного решения об индукции родов при таких клинических ситуациях, как неблагоприятный перинатальный исход в анамнезе, для профилактики родов без оказания квалифицированной медицинской помощи, психических заболеваний и некоторых других состояниях
-----------	--

В клинической практике могут складываться ситуации невозможности оказания экстренной акушерской помощи (логистические причины, психические заболевания, семейные обстоятельства), определяющие необходимость плановой госпитализации в отделение патологии или сестринского ухода и программированных родов.

Желание женщины.

Только желание женщины и/или медицинского работника (для сокращения продолжительности беременности или для выбора времени рождения ребенка, удобного для матери или медицинских работников) является неприемлемым показанием к индукции родов.

Методы, не рекомендованные для индукции родов.

Медикаментозные	Немедикаментозные
Пероральное введение динопростона	Травяные добавки
Внутривенное введение динопростона	Иглоукальвание
Экстраамниотическое введение динопростона или PG F _{2a} (энзапроста)	Гомеопатия
Интрацервикальное введение динопростона	Касторовое масло
Гиалуронидаза	Горячие ванны
Кортикостероиды	Клизмы
Эстрогены	Половой акт
Влагалищное введение доноров оксида азота	
Мифепристон (за исключением случаев внутриутробной гибели плода)	

Осложнения и побочные эффекты преиндукции и индукции родов.

Гиперстимуляция матки с нормальной или аномальной ЧСС плода, которая может проявляться как:

- **Гипертонус/гиперсистолия матки** – продолжительность одного сокращения матки не менее 2-х минут;
- **Тахисистолия (частое сокращение матки)** – более 5 сокращений за 10 минут в течение не менее 20 минут.

Гиперстимуляция, как правило, является следствием передозировки окситоцина и/или простагландина, может привести к острому фетальному дистрессу, разрыву матки, последнее чаще отмечается у многорожавших. Одновременное назначение окситоцина и простагландина, как правило, увеличивает риск тахисистолии, поскольку оба эти препарата могут вызвать эти осложнения, поэтому так важно соблюдать требуемый временной промежуток между последним введением простагландина при преиндукции и началом введения окситоцина.

При возникновении **гипертонуса** или **гиперстимуляции** немедленно:

- прекратить индукцию (отключить введение окситоцина, удалить препараты, введенные вагинально, когда это возможно. Вагинальные системы доставки динопростона с контролируемым высвобождением удаляются легче, чем гель или вагинальные таблетки);
- уложить женщину на левый бок;
- обеспечить подачу кислорода со скоростью 8 л/мин;
- провести инфузию изотонического раствора 500 мл за 15 минут;
- провести острый токолиз бета-адреномиметиками (гинипрал 10 мг (2 мл) внутривенно или тербуталин 250 мкг подкожно или сальбутамол 100 мкг медленно внутривенно) или атозибан 6,75 мг внутривенно в течение одной минуты, либо нифидипин перорально. Гиперстимуляция, вызванная мизопростолом поддается терапии труднее.

Если нормальную ЧСС плода восстановить удастся, а гиперстимуляция купирована, продолжите ведение родов через естественные родовые пути.

Если лечение неэффективно, имеются признаки страдания плода – показано экстренное кесарево сечение.

Медицинская реабилитация.

Не применимо.

Организация оказания медицинской помощи.

5C	Рекомендовано для обеспечения безопасности и эффективности преиндукцию/индукцию родов проводить в медицинской организации акушерского профиля 2-го – 3-го уровня
-----------	--

Условиями безопасности мероприятий по индукции родов является полноценность обследования, выбор соответствующего метода и обеспечение контроля за состоянием матери и плода, готовность к проведению экстренного КС. Поэтому проведение индукции родов следует осуществлять в медицинских организациях акушерского профиля 2-го – 3-го уровня.

Критерии оценки качества медицинской помощи.

№	Критерий качества	Да / нет
1	Перед преиндукцией и индукцией родов при бимануальном влагалищном исследовании оценено состояние шейки матки по модифицированной шкале Бишопа	Да / нет
2	Перед началом и в процессе проведения преиндукции/индукции родов проведена кардиотокография плода для своевременного выявления нарушений его состояния	Да / нет
3	Учтены клинические состояния, определяющие: <ul style="list-style-type: none"> • показания к индукции родов; • выбор метода индукции и срока ее проведения; • невозможность родов через естественные родовые пути, • показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения в качестве противопоказаний к индукции родов 	Да / нет

Список литературы.

1. Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение). клинические рекомендации. РОАГ. Москва. 2021 г.
2. World Health Organization. WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term // WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term. 2018.
3. Martin J.A. et al. Births: Final for 2017 // Natl. Vital Stat. Reports. 2018. Vol. 67, № 8. P. 1–49.
4. Hedegaard M. et al. Perinatal outcomes following an earlier post-term labour induction policy: A historical cohort study // BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol. 2015. Vol. 122, № 10. P. 1377–1385.
5. Melamed N. et al. PInduction of labor before 40 weeks is associated with lower rate of cesarean delivery in women with gestational diabetes mellitus resented at the 36th annual meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine, Atlanta, GA, February 1-6, 2016. // Am. J. Obstet. Gynecol. Elsevier Inc., 2016. Vol. 214, № 3. P. 364.e1-364.e8.
6. Souter V. et al. Maternal and newborn outcomes with elective induction of labor at term // Am. J. Obstet. Gynecol. 2019. Vol. 220, № 3.
7. Chodankar R., Sood A., Gupta J. An overview of the past, current and future trends for cervical ripening in induction of labour // Obstet. Gynaecol. 2017. Vol. 19, № 3. P. 219–226.
8. Gupta J. et al. Synthetic osmotic dilators in the induction of labour—An international multicentre observational study // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2018. Vol. 229. P. 70–75.
9. Marconi A. Recent advances in the induction of labor [version 1; peer review: 2 approved] // F1000Research. Faculty of 1000 Ltd, 2019. Vol. 8.
10. Penfield C.A., Wing D.A. Labor Induction Techniques: Which Is the Best? // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. Elsevier Inc, 2017. Vol. 44, № 4. P. 567–582.
11. Grobman W.A. et al. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women // N. Engl. J. Med. 2018. Vol. 379, № 6. P. 513–523.
12. Nakano T. et al. Factors associated with emergency cesarean delivery during induction of labor in nulliparous women aged 35 years or older at term // J. Obstet. Gynaecol. Res. 2018. Vol. 44, № 9. P. 1747–1751.
13. Bergholt T. et al. Maternal age and risk of cesarean section in women with induced labor at term—A Nordic register-based study // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2020. Vol. 99, № 2. P. 283–289.
14. Maged A.M. et al. Effect of maternal obesity on labor induction in postdate pregnancy // Arch. Gynecol. Obstet. 2018. Vol. 298, № 1.
15. Carpenter J.R. Intrapartum management of the obese gravida // Clin. Obstet. Gynecol. 2016. Vol. 59, № 1. P. 172–179.

16. Rossi R. et al. Predictive Model for Failed Induction of Labor Among Obese Women // *Obstet. Gynecol.* Wolters Kluwer Health, 2019. Vol. 134, № 3.
17. Gibbs Pickens C.M. et al. Term Elective Induction of Labor and Pregnancy Outcomes among Obese Women and Their Offspring // *Obstet. Gynecol.* 2018. Vol. 131, № 1. P. 12–22.
18. Kawakita T. et al. 53: Predicting vaginal delivery in nulliparous women undergoing induction of labor // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2017. Vol. 216, № 1. P. S38–S39.
19. Coates D. et al. A systematic scoping review of clinical indications for induction of labour // *PLoS One* / ed. Mastrolia S.A. 2020. Vol. 15, № 1. P. e0228196.
20. Gleason R.L. et al. A safe, low-cost, easy-to-use 3D camera platform to assess risk of obstructed labor due to cephalopelvic disproportion // *PLoS One.* 2018. Vol. 13, № 9. P. 1–30.
21. Malonga F.K. et al. External anthropometric measurement and pelvimetry among nulliparous women in lubumbashi: Risk factors and predictive score of mechanical dystocia // *Pan Afr. Med. J.* 2018. Vol. 31. P. 1–9.
22. Saccone G. et al. Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials // *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* 2019. Vol. 98, № 8.
23. Ayala N.K., Lewkowitz A.K., Rouse D.J. Delivery at 39 Weeks of Gestation // *Obstet. Gynecol.* 2020. Vol. 135, № 4. P. 949–952.
24. Sinkey R.G. et al. Elective Induction of Labor in the 39th Week of Gestation Compared With Expectant Management of Low-Risk Multiparous Women // *Obstet. Gynecol.* 2019. Vol. 134, № 2. P. 282–287.
25. Middleton P., Shepherd E., Crowther C.A. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018. Vol. 2018, № 5.
26. Magro-Malosso E.R. et al. Induction of labour for suspected macrosomia at term in non-diabetic women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2017. Vol. 124, № 3. P. 414–421.
27. Brzezinski-Sinai N.A. et al. Induction of labor in cases of late preterm isolated oligohydramnios: is it justified? // *J. Matern. Neonatal Med.* 2019. Vol. 32, № 14. P. 2271–2279.
28. Zeino S. et al. Delivery outcomes of term pregnancy complicated by idiopathic polyhydramnios // *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod. Elsevier Masson SAS,* 2017. Vol. 46, № 4. P. 349–354.
29. Luo Q.Q. et al. Idiopathic polyhydramnios at term and pregnancy outcomes: a multicenter observational study // *J. Matern. Neonatal Med.* 2017. Vol. 30, № 14. P. 1755–1759.
30. Dashe J.S., Pressman E.K., Hibbard J.U. SMFM Consult Series #46: Evaluation and management of polyhydramnios // *Am. J. Obstet. Gynecol. Elsevier Inc.,* 2018. Vol. 219, № 4. P. B2–B8.
31. Carlsson Fagerberg M., Källén K. Third-trimester prediction of successful vaginal birth after one cesarean delivery—A Swedish model // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2020. Vol. 99, № 5. P. 660–668.
32. Li Y.X. et al. Predicting the success of vaginal birth after caesarean delivery: A retrospective cohort study in China // *BMJ Open.* 2019. Vol. 9, № 5. P. 1–8.
33. de Vaan M.D.T. et al. Mechanical methods for induction of labour // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019. Vol. 2019, № 10.
34. Selin L. et al. High-dose versus low-dose of oxytocin for labour augmentation: a randomised controlled trial // *Women and Birth. Australian College of Midwives,* 2019. Vol. 32, № 4. P. 356–363.

35. Diven L. et al. Discontinuing oxytocin infusion in the active phase of labor: A systematic review and meta-analysis // *Obstet. Gynecol.* Wolters Kluwer Health, 2017. Vol. 130, № 5.
36. Boie S. et al. Discontinuation of intravenous oxytocin in the active phase of induced labour // *Cochrane database Syst. Rev.* 2018. Vol. 8. P. CD012274.
37. DeVivo V. et al. Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials // *Am. J. Obstet. Gynecol.* Elsevier, 2019.
38. De Vivo V. et al. Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Am. J. Obstet. Gynecol.* Elsevier Inc., 2020. Vol. 222, № 4. P. 320–329.
39. Schoen C.N. et al. Intracervical Foley Catheter with and Without Oxytocin for Labor Induction: A Randomized Controlled Trial // *Obstet. Gynecol.* 2017.
40. Baev O.R. et al. A comparison between labor induction with only Dilapan-S and a combination of mifepristone and Dilapan-S in nulliparous women: a prospective pilot study // *J. Matern. Neonatal Med.* 2019.
41. Thangatorai R., Lim F.C., Nalliah S. Cervical pessary in the prevention of preterm births in multiple pregnancies with a short cervix: PRISMA compliant systematic review and meta-analysis. // *J. Matern. Fetal. Neonatal Med.* 2018. Vol. 31, № 12. P. 1638–1645.
42. Cluver C. et al. Planned early delivery versus expectant management for hypertensive disorders from 34 weeks gestation to term // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017. Vol. 2017, № 1.
43. NICE. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management (NG133) // *NICE Guidel.* 2020. № June 2019. P. 55.
44. Churchill D. et al. Interventionist versus expectant care for severe pre-eclampsia between 24 and 34 weeks' gestation // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018. Vol. 2018, № 10.
45. Chappell L.C. et al. Planned early delivery or expectant management for late preterm pre-eclampsia (PHOENIX): a randomised controlled trial // *Lancet.* 2019. Vol. 394, № 10204. P. 1181–1190.
46. Butalia S. et al. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for the Management of Hypertension in Pregnancy // *Can. J. Cardiol.* 2018. Vol. 34, № 5. P. 526–531.
47. ACOG. ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia // *Obstet. Gynecol.* 2020. Vol. 135, № 6. P. e237–e260.
48. Mounier-Vehier C. et al. Hypertension and pregnancy: expert consensus statement from the French Society of Hypertension, an affiliate of the French Society of Cardiology // *Fundam. Clin. Pharmacol.* 2017. Vol. 31, № 1. P. 83–103.
49. Berger H., Gagnon R., Sermer M. Guideline No. 393-Diabetes in Pregnancy // *J. Obstet. Gynaecol. Canada.* Elsevier Inc., 2019. Vol. 41, № 12. P. 1814-1825.e1.
50. Shields L.E., Goffman D., Caughey A.B. ACOG practice bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists // *Obstet. Gynecol.* 2017. Vol. 130, № 4. P. e168–e186.
51. Metcalfe A. et al. Timing of delivery in women with diabetes: A population-based study // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2020. Vol. 99, № 3. P. 341–349.
52. Regitz-Zagrosek V. et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy // *European Heart Journal.* 2018. Vol. 39, № 34. 3165–3241 p.
53. Kuo K., Caughey A.B. Optimal timing of delivery for women with breast cancer, according to cancer stage and hormone status: a decision-analytic model // *J. Matern. Neonatal Med.* Informa UK Ltd., 2019. Vol. 32, № 3. P. 419–428.
54. Wennerholm U.B. et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWedish Post-term Induction Study, SWEPIS): Multicentre, open label, randomised, superiority trial // *BMJ.* 2019. Vol. 367.

55. Keulen J.K. et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): Multicentre, randomised non-inferiority trial // *BMJ*. 2019. Vol. 364.
56. Vitner D. et al. Induction of labor versus expectant management among women with macrosomic neonates: a retrospective study // *J. Matern. Neonatal Med.* 2018. Vol. 7058.
57. Martins J.G., Biggio J.R., Abuhamad A. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #52: Diagnosis and management of fetal growth restriction: (Replaces Clinical Guideline Number 3, April 2012) // *Am. J. Obstet. Gynecol.* Elsevier Inc., 2020. Vol. 223, № 4. P. B2–B17.
58. ACOG Committee Opinion No. 764: Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries // *Obstet. Gynecol.* 2019. Vol. 133, № 2. P. e151–e155.
59. Pilliod R.A. et al. The growth-restricted fetus: risk of mortality by each additional week of expectant management // *J. Matern. Neonatal Med.* Informa UK Ltd., 2019. Vol. 32, № 3. P. 442–447.
60. McCowan L.M., Figueras F., Anderson N.H. Evidence-based national guidelines for the management of suspected fetal growth restriction: comparison, consensus, and controversy. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018. Vol. 218, № 2S. P. S855–S868.
61. Management of Monochorionic Twin Pregnancy: Green-top Guideline No. 51. // *BJOG*. 2017. Vol. 124, № 1. P. e1–e45.
62. Mackie F.L. et al. Prognosis of the co-twin following spontaneous single intrauterine fetal death in twin pregnancies: a systematic review and meta-analysis // *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2019. Vol. 126, № 5. P. 569–578.
63. Sénat M.-V. et al. Prevention and management of genital herpes simplex infection during pregnancy and delivery: Guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2018. Vol. 224. P. 93–101.

Методология разработки протокола.

Национальный клинический протокол разработан в соответствии с требованиями Постановления Министерства здравоохранения республики Узбекистан и Национальной палаты инновационного здравоохранения республики Узбекистан № 59 от 23 декабря 2019 г.

В разработке протокола принимали участие специалисты ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии», Республиканского перинатального центра, Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников: акушеры-гинекологи, неонатолог, акушерки Национальной палаты инновационного здравоохранения Республики Узбекистан.

Создание данного протокола продиктовано медицинской значимостью проблемы, различиями в подходах в медицинской практике, существованием большого количества современных источников доказательств эффективности вмешательств.

Конфликт интересов: перед началом работы по созданию данного протокола все члены рабочей группы заполнили письменное Уведомление о конфликте интересов. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для применения в клинической практике по теме данного протокола.

Вовлечение заинтересованных сторон: при разработке руководящих принципов протокола и рекомендаций запрошены и учтены мнения целевой группы населения (пациентов и членов их семей), включая медицинские (польза для здоровья, побочные эффекты и риски вмешательств), этические, культурные, религиозные аспекты. Запрос мнений осуществлялся путем неформального интервью женщин в профильных отделениях ГУ РСНПМЦАГ.

Сбор, обобщение и критическая оценка доказательств.

Методы, использованные для сбора доказательств: поиск в электронных базах данных, библиотечные ресурсы. В качестве основных источников информации использовались клинические руководства медицинских сообществ и других профильных организаций разных стран на английском и русском языках за период 2012-2022 гг, приоритетными при разработке протокола явились данные последних 5 лет (с 2017 г.). В процессе разработки протокола не использовались учебники и монографии как источники с низким качеством доказательств или отсутствием таковых. Систематический поиск основных источников данных включал следующие базы данных:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - Guidelines@health.qld.gov.au
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

В качестве исходного документа для заимствования и адаптации рекомендаций использовались несколько клинических руководств из разных стран.

В случаях, когда в найденных и оцененных клинических руководствах отсутствовали требуемые рекомендации или они были описаны недостаточно/неполно, не подкреплялись доказательствами, противоречили друг другу, были неприменимы в местных условиях или устарели проводился дополнительный поиск рандомизированных контролируемых испытаний, систематических обзоров, мета-анализов, когортных исследований в базах данных: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> и др.

Проведена критическая оценка качества найденных источников с учетом современности клинических руководств, методологии их разработки, ранжирования рекомендаций по уровням достоверности доказательств и убедительности/силы, применимости к местным условиям оказания медицинской помощи.

Описание методов для формулирования рекомендаций. Окончательные рекомендации протокола формулировались путем заимствования части рекомендаций из нескольких клинических руководств в изначальной редакции без изменений, адаптации части рекомендаций клинических руководств к местным условиям, разработки рекомендаций на основе дополнительного поиска литературы. Рекомендации с низким качеством доказательств и не применимые в местных условиях – исключались. Заимствованные из клинических руководств рекомендации принимались с тем уровнем доказательности, с каким они были опубликованы изначально. В случае, если авторами зарубежных клинических руководств использовались другие шкалы уровней доказательности, то они (если это возможно) переводились в систему GRADE. В случаях, когда встречались одинаковые рекомендации в разных клинических руководствах, но с разным уровнем доказательности, рабочая группа включала в протокол ту рекомендацию, которая была сформулирована на основе более убедительных научных данных.

Протокол документально рецензирован внутренними и внешними экспертами. В случае, если доказательная база рекомендаций была более весома, чем мнение рецензента, или более приемлема для применения в условиях целевого звена здравоохранения, члены рабочей группы, оставляли за собой право отклонить предложения рецензентов.

При формировании окончательной редакции протокола проект протокола был представлен для обсуждения широкому кругу специалистов из числа профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директора филиалов ГУ РСНПМЦАГ и их заместители), врачей региональных учреждений системы родовспоможения. Проект протокола для обсуждения был доступен на официальном сайте ГУ РСНПМЦАГ (uzaig.uz) и телеграмм-канале. Отзывы принимались по электронной почте с заполнением стандартного Листа отзывов. Заключительное обсуждение проекта протокола и формирование окончательной его редакции проводилось в формате онлайн с участием рабочей группы, рецензентов, эксперта ВОЗ и широкого круга заинтересованных специалистов путем достижения неформального консенсуса.

Финансовая поддержка при разработке данного протокола оказана Представительством ВОЗ в Узбекистане и Представительством Фонда ООН в области народонаселения в Узбекистане (ЮНФПА/UNFPA). Внешнее финансирование включало методологическую поддержку в виде обеспечения внешней оценки документа экспертами ВОЗ на всех этапах

его разработки и техническую поддержку в виде перевода протокола на узбекский язык и его тиражирования. Мнения и интересы финансирующих органов не повлияли на окончательные рекомендации протокола.

В рекомендациях данного клинического протокола все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств):

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
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

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств):

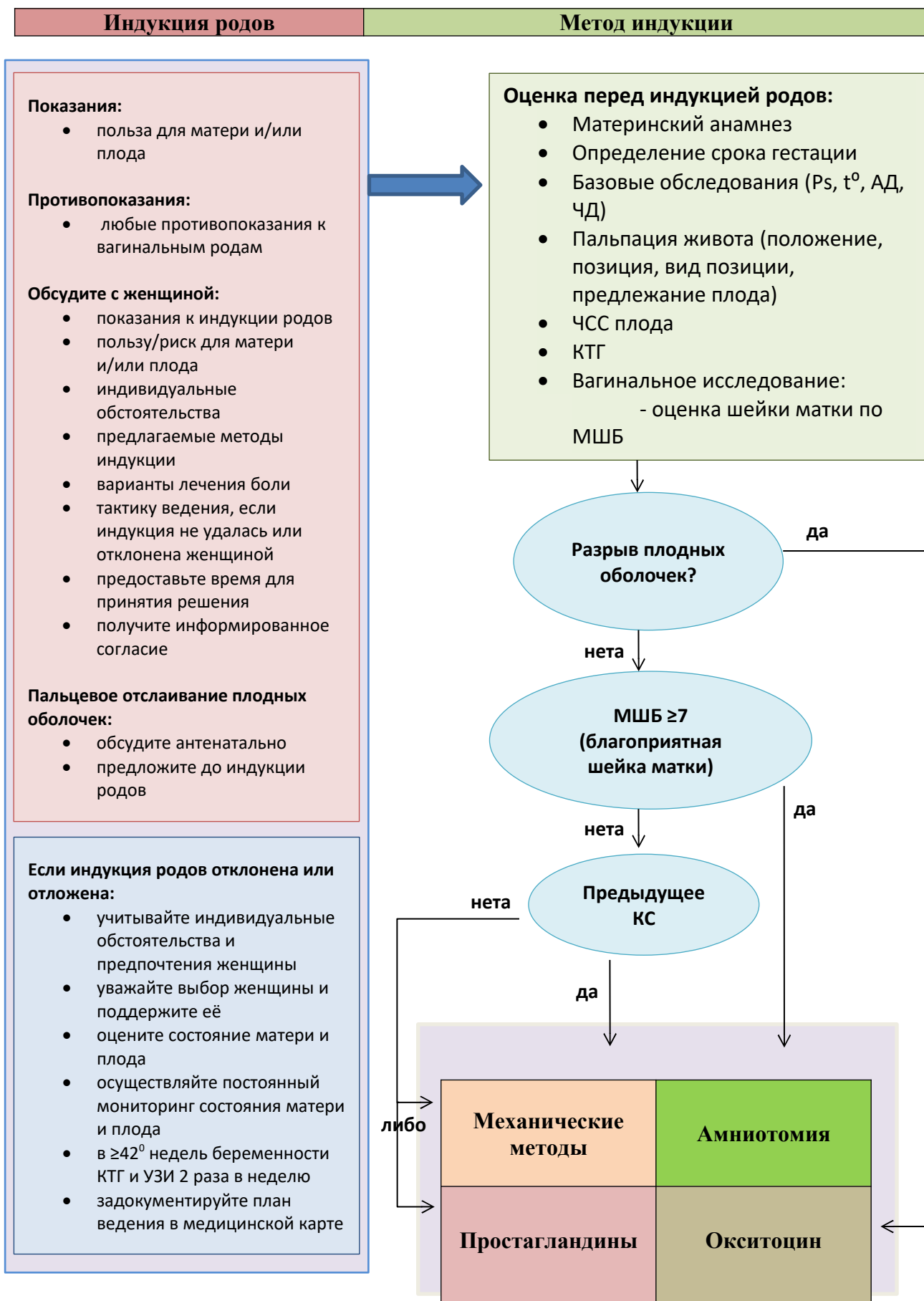
УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств):

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы))

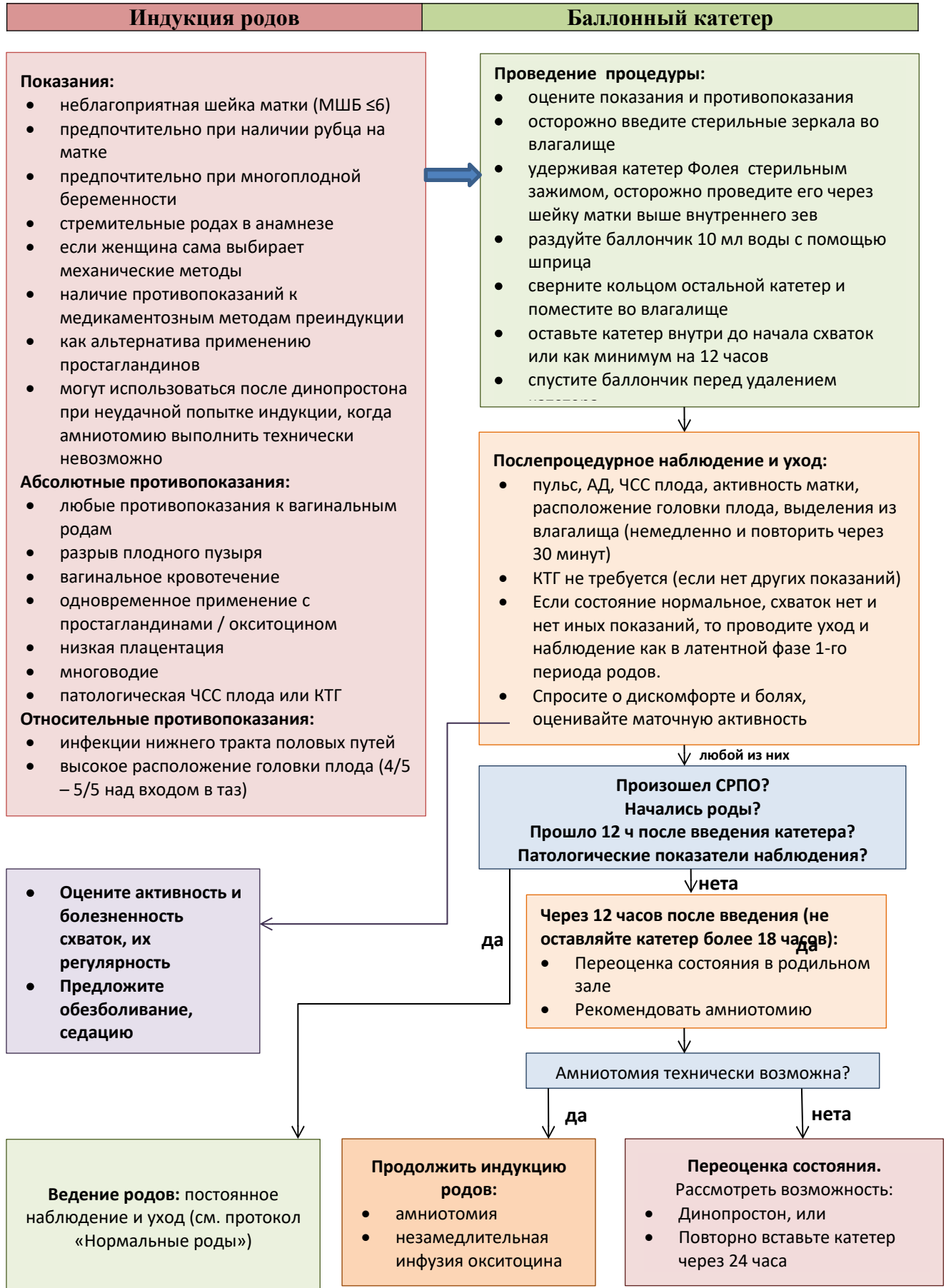
	являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное 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)

Блок схема: Выбор метода индукции родов.

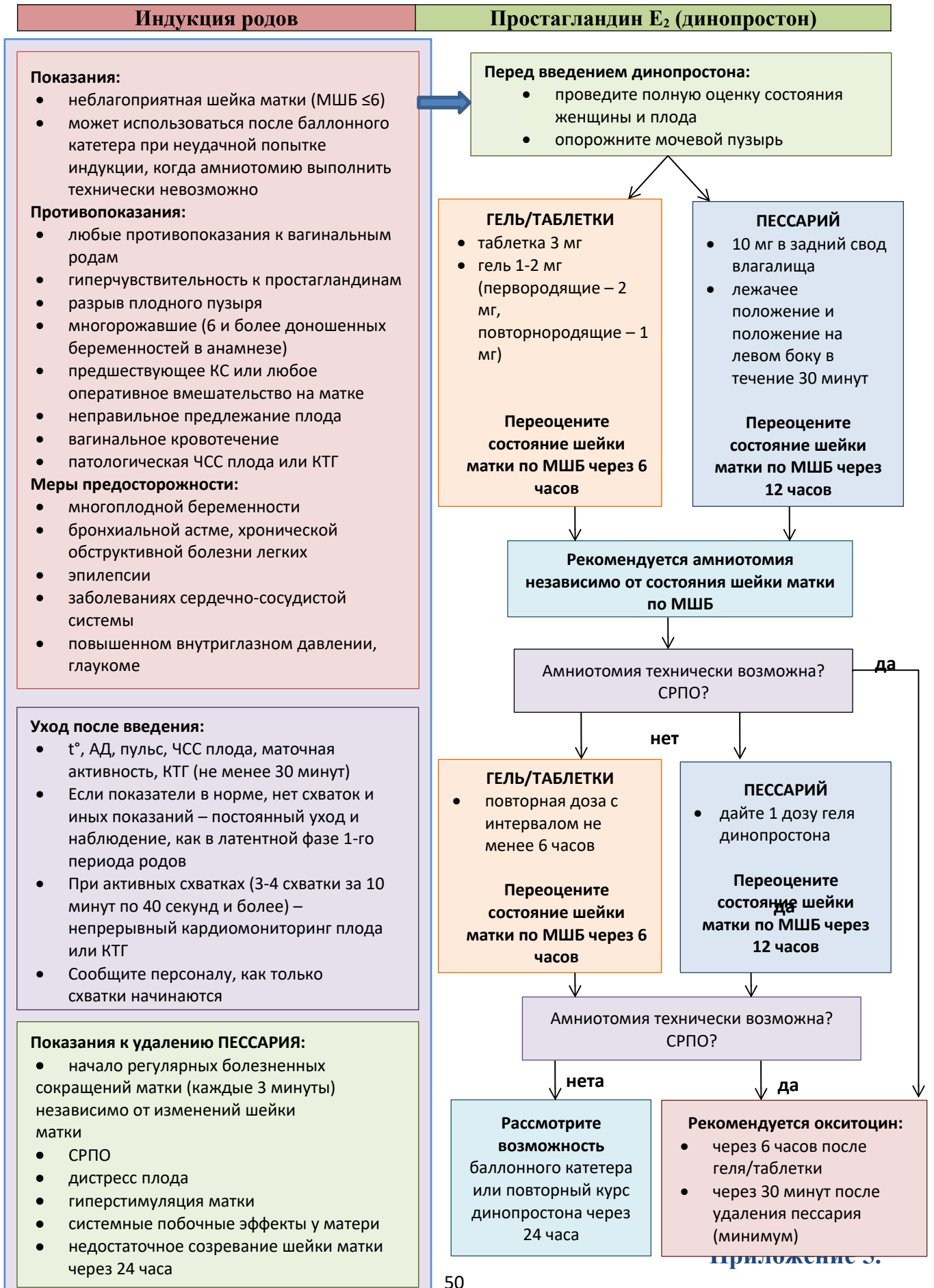


Приложение 3.

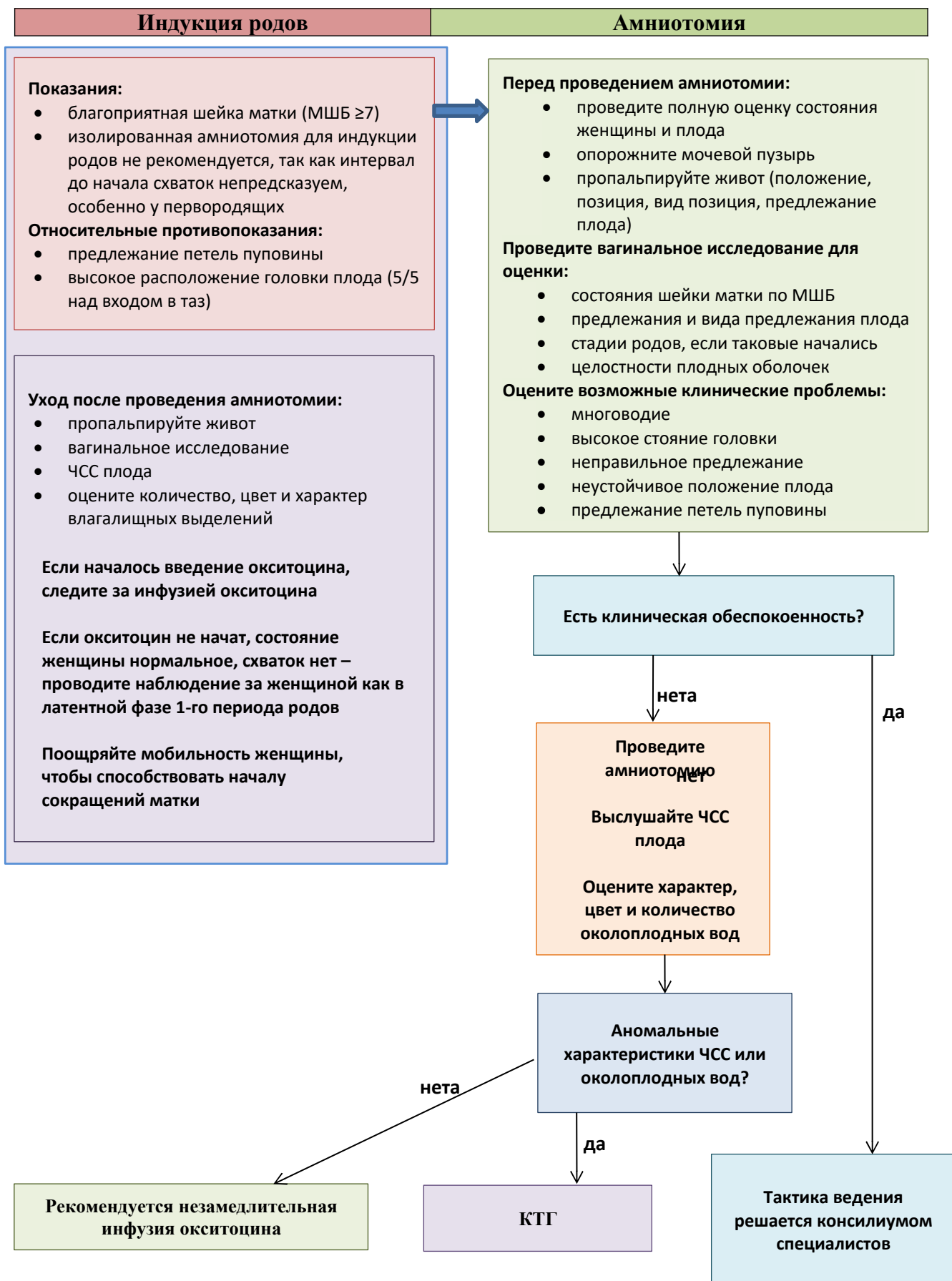
Блок схема: Баллонный катетер.



Блок схема: Простагландин E₂ (динопростон).

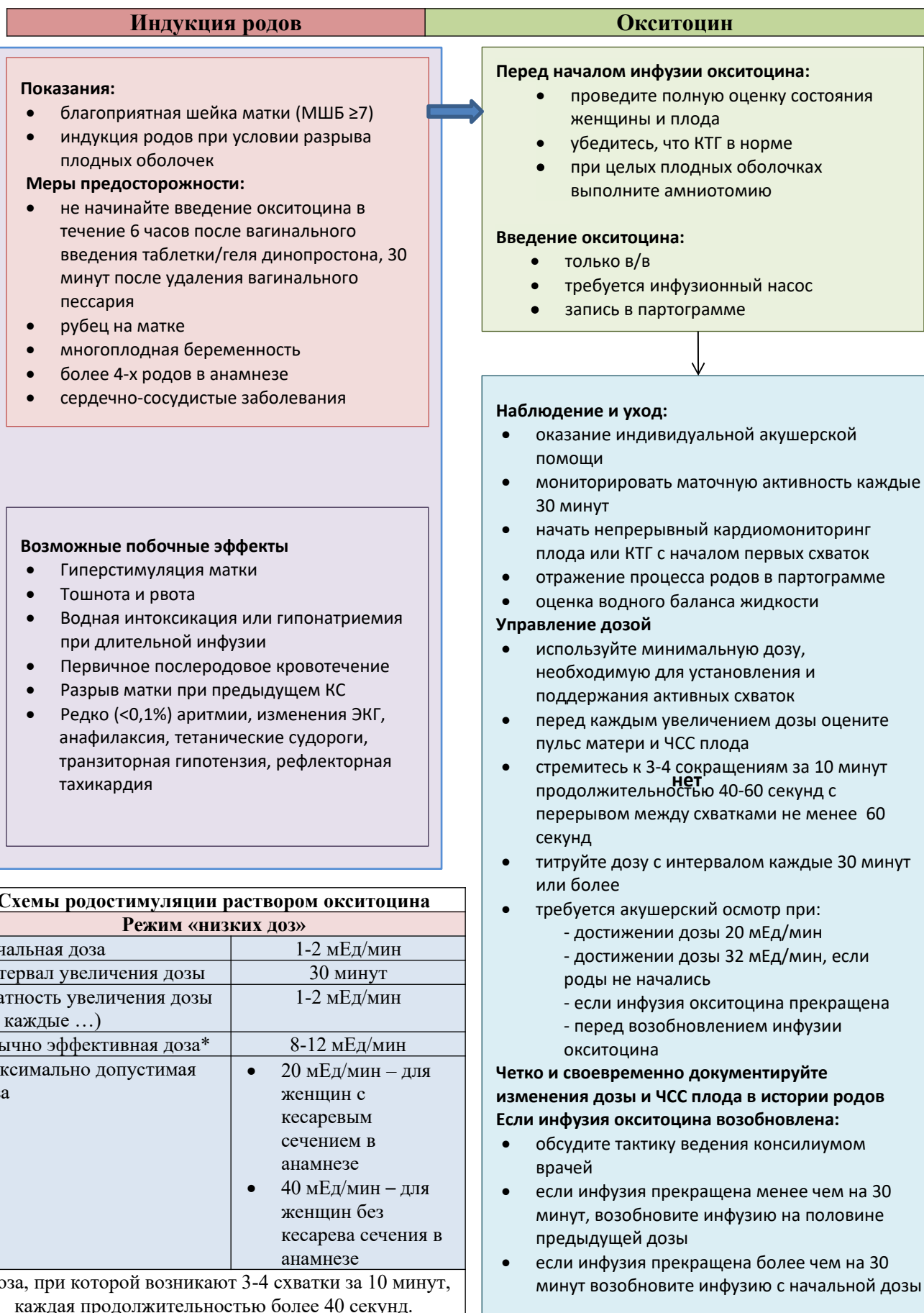


Блок схема: Амниотомия.



Приложение 6.

Блок схема: Окситоцин.



Международные стандарты роста плода. Предполагаемая масса плода

Гестационный возраст (полных недель)	Процентили						
	3й	5й	10й	50й	90й	95й	97й
14	72,9	73,8	75,3	80,6	85,9	87,4	88,4
15	82,9	84,1	85,8	91,9	98,1	99,8	100,9
16	93,0	94,3	96,3	103,2	110,1	112,1	113,4
17	103,1	104,5	106,7	114,4	122,1	124,3	125,7
18	113,2	114,8	117,2	125,6	134,0	136,4	138,0
19	123,3	125,0	127,6	136,7	145,8	148,4	150,1
20	133,4	135,2	138,0	147,7	157,5	160,3	162,1
21	143,4	145,3	148,3	158,7	169,1	172,0	174,0
22	153,5	155,5	158,6	169,6	180,6	183,7	185,7
23	163,4	165,6	168,9	180,4	192,0	195,3	197,4
24	173,3	175,6	179,0	191,2	203,3	206,8	209,0
25	183,2	185,5	189,1	201,8	214,5	218,1	220,5
26	192,9	195,4	199,1	212,4	225,7	229,5	231,9
27	202,6	205,1	209,1	222,9	236,8	240,7	243,2
28	212,1	214,7	218,8	233,3	247,8	251,9	254,5
29	221,4	224,2	228,5	243,6	258,7	263,0	265,8
30	230,6	233,5	238,0	253,8	269,6	274,1	277,0
31	239,6	242,6	247,4	263,9	280,5	285,2	288,3
32	248,4	251,6	256,5	273,9	291,3	296,3	299,5
33	256,9	260,3	265,5	283,8	302,2	307,4	310,7
34	265,2	268,7	274,3	293,6	313,0	318,5	322,0
35	273,2	276,9	282,8	303,3	323,8	329,6	333,4
36	280,8	284,8	291,0	312,8	334,6	340,9	344,9
37	288,1	292,4	299,0	322,3	345,5	352,1	356,4
38	295,1	299,6	306,7	331,6	356,4	363,5	368,1
39	301,6	306,5	314,1	340,8	367,4	375,0	379,9
40	307,7	312,9	321,1	349,8	378,5	386,7	392,0

Референсные значения окружности живота плода (см)

Приложение 8.

Информация для пациента.

Что такое преиндукция и индукция родов?

Преиндукция родов, иначе говоря, подготовка шейки матки к родам – мероприятия, направленные на «созревание» шейки матки при отсутствии или недостаточной ее готовности к родам.

Индукция родов, то есть родовозбуждение – индуцирование родовой деятельности при достижении зрелости родовых путей с целью родоразрешения через естественные родовые пути.

При каких ситуациях проводится?

Если Вам предложена процедура подготовки шейки матки к родам или родовозбуждение, это означает, что дальнейшее пролонгирование Вашей беременности является нецелесообразным, имеет определенные риски для Вас и здоровья Вашего будущего

ребенка, а в ряде ситуаций является жизнеугрожающим. Таким образом, преиндукция и индукция родов проводятся в случае, если потенциальные риски от пролонгирования Вашей беременности превышают пользу.

Как проводится?

Существуют медикаментозные и немедикаментозные методы преиндукции/индукции родов. К медикаментозным методам относится пероральный прием таблетки, содержащей Мифепристон, введение в шейку матки геля с Динопростомом и внутривенное введение Окситоцина. Немедикаментозные методы направлены на механическое воздействие на шейку матки (гигроскопические расширители, дилатационные катетеры), при помощи которого происходит ее раскрытие, укорочение, или же на начало схваток путем вскрытия плодного пузыря при достижении полноценной зрелости шейки матки.

Что влияет на принятие решения – преиндукция или индукция?

Возможно использование медикаментозного или немедикаментозного метода, а также комбинации данных методов. Врач подберет наиболее рациональный и безопасный метод подготовки для Вас, ориентируясь на существующие показания, противопоказания, факторы риска, готовность Вашего организма и запаса времени.

Имеются ли противопоказания?

Да, к каждому из методов преиндукции и индукции родов имеется ряд противопоказаний, например, некоторые соматические заболевания, аллергические реакции, осложнения беременности и др. Для Вас будет выбран наиболее безопасный, но в то же время эффективный метод.

Возможно проведение в амбулаторных условиях?

Нет. Преиндукция/индукция родов проводится в стационаре.

Сколько времени занимает?

Индивидуально, с учетом показаний и готовности Ваших родовых путей (от 3-4 часов до нескольких дней).

Влияют ли данные мероприятия на состояние плода?

На сегодняшний день не обнаружено связи между преиндукцией или индукцией родов и нарушением состояния плода. Несмотря на это, в обязательном порядке будет проводиться оценка состояния Вашего ребенка до начала данных мероприятий, в процессе подготовки к родам и на протяжении родоразрешения.

Возможно ли грудное вскармливание?

После любого метода (медикаментозного и немедикаментозного) подготовки к родам Вы сможете кормить ребенка. Также данные мероприятия не влияют на количество и состав грудного молока.

Приложение 9.

Модифицированная шкала Бишоп (Bishop score)

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка состояния шейки матки

Содержание:

Характеристика шейки матки	Модифицированная шкала Bishop			
	0	1	2	3
Раскрытие (см)	<1	1-2	3-4	>4
Длина (см)	>4	3-4	1-2	<1
Положение предлежащей части относительно	Выше на 3 см	Выше на 2 см (-2)	Выше на 1 см или на уровне	Ниже на 1-2 см

седалищных остей (см)*	(-3)		(-1/0)	(+1/+2)
Консистенция	Плотная	Умеренно размягчена	Мягкая	-
Положение относительно проводной оси таза	Кзади	По центру / кпереди	-	-
Общий балл по Бишоп:				

* Американская школа определяет отношение подлежащей части плода к плоскостям малого таза во время ее продвижения по родовым путям, используя понятие «Уровень малого таза», и выделяет следующие уровни:

- ✓ плоскость, проходящая через седалищные ости, – уровень 0 (головка плода большим сегментом во входе в малый таз);
- ✓ плоскости, расположенные выше уровня 0, обозначают соответственно как уровни –1, –2, –3;
- ✓ плоскости, расположенные ниже уровня 0, обозначают соответственно как уровни +1, +2, +3. При этом уровень +3 соответствует расположению головки на тазовом дне.

Интерпретация:

Оценка состояния шейки матки	Неблагоприятная шейка матки	Благоприятная шейка матки
Баллы по Бишоп	≤6	≥7

Модификаторы:

Добавить 1 балл к оценке в случае:

- ✓ Преэклампсии;
- ✓ Самопроизвольные роды в анамнезе.

Отнять 1 балл в случае:

- ✓ Переношенная беременность;
- ✓ Первые предстоящие роды;
- ✓ Преждевременного излития вод или длительного безводного периода.

Пояснения:

Заполнять перед каждым этапом преиндукции/индукции родов.

Оценка по шкале Бишоп является лучшим доступным инструментом для оценки состояния шейки матки.

Приложение 10.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

1. Я, _____ (Ф.И.О. пациента)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу

_____, даю

(адрес места жительства (пребывания) пациента либо его законного представителя)

информированное согласие на предстоящее медицинское вмешательство в _____

(наименование медицинского учреждения)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены возможные методы и варианты предстоящих медицинских вмешательств, их последствия, необходимость, цель и ожидаемые результаты предстоящего обследования, диагностики и/или лечения, в том числе вероятность развития осложнений, а также последствия отказа от медицинского вмешательства.

3. Я проинформирован, что точно предсказать результат и исход медицинского вмешательства невозможно. Я понимаю, что любое лечение или операция сопряжены с риском для жизни и могут привести к временной или постоянной, частичной или полной нетрудоспособности. Никакие гарантии относительно результатов медицинского вмешательства не предоставляются.

4. Я понимаю, что в процессе диагностических, лечебных и иных вариантов медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных операций или процедур). В таких ситуациях ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

5. Я знаю, что в целях максимальной эффективности предстоящего медицинского вмешательства я обязан поставить врача в известность о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, употреблении алкоголя, наркотических или токсических препаратов.

6. Я понимаю, что при проведении хирургического вмешательства возможна потеря крови и может возникнуть необходимость в переливании донорской крови или ее компонентов, на что я даю добровольное согласие. Я получил разъяснения от лечащего врача о цели переливания крови или ее компонентов, необходимости переливания, характере и особенностях процедуры, возможных последствиях, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от переливания крови и ее компонентов.

7. Я согласен на запись моего лечебно-диагностического процесса на любые информационные носители, с использованием любых технических средств, а также на взятие у меня в диагностических и лечебных целях образцов биологических материалов, в том числе клеток, тканей, биологических жидкостей.

8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа.

9. Я разрешаю предоставлять информацию о моей болезни, прогнозе и лечении только:

(доверенные лица)

11. Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, о чем

свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись

Дата « ___ » _____ г.

Внедрение рекомендаций протокола: потребует изменения существующей практики индукции родов, т. к. были изменены подходы к оценке состояния шейки матки, некоторые показания к проведению индукции, сроки проведения родовозбуждения при некоторых акушерских и неакушерских состояниях, расширен выбор метода индукции в зависимости от состояния шейки и предпочтений пациента, определены показания к применению механических методов индукции (катетер Фолея), а также пересмотрены схемы введения препаратов. Рекомендации протокола могут быть применены в родовспомогательных учреждениях 2-го и 3-го уровней, за исключением случаев индукции при преждевременном разрыве плодного пузыря в доношенном сроке беременности и индукции родов в сроке 41⁰ недель, которые допускаются в стационарах 1-го уровня. Для внедрения рекомендаций протокола могут потребоваться обучение врачей применению катетера Фолея, приобретение инфузوماتов и аппаратов КТГ. В учреждениях, где нет обученного персонала по применению катетера Фолея, рекомендуется избегать данного метода индукции и отложить его внедрение в практику до тех пор, пока медицинский персонал не будет обучен этой технологии. В учреждениях, где нет возможности проведения КТГ, рекомендуется при выборе метода индукции отдавать предпочтение таким методам, которые реже вызывают гиперстимуляцию матки, острый фетальный дистресс. Мониторинг состояния плода в родах в таких случаях проводить регулярно путем периодической аускультации ЧСС плода каждые 15-30 минут. При отсутствии в учреждениях инфузوماتов индукцию родов окситоцином проводить путем в/в капельного ведения согласно режима «низких доз» и строго методом титрования дозы.