

**МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**Преждевременные роды**

Кодирование по Международной статистической

классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:060, 060.0, 060.1, 060.2, 060.3, 047.0, 042

Год утверждения (частота пересмотра):2020 В озрастная категория: Взрослые,Дети Пересмотр не позднее:2022 ГО:331

Разработчик клинической рекомендации

* **Российское общество акушеров-гинекологов**
* **Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

Ключевые елова Спиеок еокращений Термины и определения

1. Краткая информация
2. Диагноетика
3. Лечение
4. Реабилитация
5. Профилактика
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и иеход заболевания Критерии оценки качеетва медицинекой помощи

Спиеок литературы

Приложение А1. Соетав рабочей группы

Приложение А2. Методология разработки клиничееких рекомендаций

Приложение АЗ. Связанные документы

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Приложение В. Информация для пациентов

Приложение Г.

Ключевые елова

Список сокращений

|  |  |
| --- | --- |
| АД | артериальное давление |
| ВЖК | внутрижелудочковые кровоизлияния |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ВПР | врожденный порок развития |
| ВРТ | вспомогательные репродуктивные технологии |
| ГКО | глюкокортикостероиды |
| ЗРП | задержка роста плода |
| ил | интерлейкин |
| ицн | истмико-цервикальная недостаточность |
| ктг | кардиотокография |
| КС | кесарево сечение |
| МКБ | международная классификация болезней |
| PPV | прогностическая ценность положительного результата (prognostic positive vaiue) |
| PNV | прогностическая ценность отрицательного результата (prognostic negative vaiue) |
| ПОНРП | Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты |
| ПР | преждевременные роды |
| ПРПО | преждевременный разрыв плодных оболочек |
| ПСИФР-1 | фосфорилированный протеин-1, связывающий инсулиноподобный фактор роста |
| РДС | респираторный дистресс-синдром |
| СЕРП | синдром системной воспалительной реакции у плода |
| СРВ | стрептококк группы Б |
| УЗИ | ультразвуковое исследование |
| чсс | частота сердечных сокращений |

Термины и определения

См. раздел 1.1.

1. Краткая информация
   1. **Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или**

**состояний)**

Преждевременные роды (ПР) - это роды, наетупившие в ероки беременноети от 22 до 36^ недельЩ^ [1, 2], при этом уетановление ерока беременноети определяетея на оеновании

данных о 1-м дне поеледней менетруации (при регулярном менетруальном цикле) и УЗИ плода, выполненном в 1-м тримеетре[3.] [3, 4].

* 1. **Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

ПР отноеятея к большим акушереким еиндромам, которые характеризуютея длительным еубклиничееким течением и вовлечением в патологичеекий процеее плода [5]. Вееомый вклад в обш,ее чиело ПР вноеят индуцированные ПР, вызванные акушерекой, плодовой и экетрагенитальной патологией [6].

Научно доказана евязь ПР е инфекцией нижних половых путей[4]. Каждая из дееяти пациенток е ПР имеет признаки внутриамниотичеекого воепаления, которое в большинетве елучаев протекает еубклиничееки. У данных пациенток имеетея выеокий риек преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) и гнойно-воепалительных оеложнений в поелеродовом периоде [7-9]. Инфекционно-воепалительный процеее приводит к повышению еократительной активноети миометрия и деградации внеклеточного матрикеа е ремоделированием шейки матки и амниотичеекой мембраны [10, 11]. Длительно переиетируюш,ая инфекция приводит к развитию манифеетного хориоамнионита и еиндрома еиетемной воепалительной реакции (СВРП) плода. Be,лущим диагноетичееким критерием еиндрома СВРП являетея наличие ИЛ-6 в плазме пуповинной крови в концентрации более 11 пг/мл [5, 12]. Раеематриваетея вклад наеледетвенноети в развитии ПР [13, 14].

* 1. **Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или**

**состояний)**

Раепроетраненноеть ПР (28-36^ недель беременноети) в Роееийекой Федерации оетаетея етабильной на протяжении поеледних 10 лет, и в 2018 году еоетавила 6% от общего чиела родов. [5]

ПР являютея причиной неонатальной емертноети в 70%, младенчеекой емертноети в 36% и отдаленных неврологичееких поеледетвий у детей в 25-50% елучаев [15, 16]. Среди рожденныхв сроке 22® - 23® смертность в течение нескольких недель составляет 97-98%, при этом только 1% выживает без нарушений развития нервной системы. Среди рожденных в сроке 24® - 24® недель 55% новорожденных выживают, но только 32% не имеют неврологических дефицитов в возрасте 18-22 месяцев жизни [17].

* 1. **Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

060 - Преждевременные роды и родоразрешение

1. - Преждевременные роды без родоразрешения
2. - Преждевременные самопроизвольные роды с досрочным родоразрешением
3. - Преждевременные самопроизвольные роды со своевременным родоразрешением
4. - Преждевременное родоразрешение без самопроизвольных родов 047.0 - Ложные схватки до 37 полных недель беременности

042 - Преждевременный разрыв плодных оболочек

* 1. **Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или**

**состояний)**

|  |  |
| --- | --- |
| Классификация ПР в соответствии со сроком беременности | |
| Экстремально ранние ПР - | 22° - 27° недель |
| Ранние ПР | 28° - 31° недель |
| ПР | 32° ■ 33° недель |
| Поздние ПР | 34° - 36° недель |

**Клиническая классификация ПР [18]:**

Угрожаюш,ие ПР Начавшиеся ПР Активные ПР

**Классификация ПР в соответствии с причиной их возникновения [6]**

Спонтанные (70-80%)

Индуцированные (20-30%)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Спонтанные (70-80%) | | Иад^вэтриожапэные (20-30%) стороны матери | Показания со стороны плода |
|  |  |
|  |  |
|  | | 1 юказания со стороны матери | 1 юказания со стороны плода |
| Регулярная родовая деятельность при целом плодном пузыре (40-50%) | Излитие околоплодных вод при отсутствии регулярной родовой деятельности (25-40%) | Тяжелая экстрагенитальная патология с декомпенсацией, тяжелая преэклампсия/ эклампсия, HELLP-синдром, внутрипеченочный холестаз беременных и др. | Прогрессирующее ухудшение состояния, врожденные пороки развития (ВПР), антенатальная гибель плода |

|  |  |
| --- | --- |
| Категории недоношенных детей по массе тела | |
| Низкая масса тела (НМТ) | < 2500 г |
| Очень низкая масса тела (ОНМТ) | < 1500 г |
| Экстремально низкая масса тела (ЭНМТ) | < 1000 г |

**Категории недоношенных детей по сроку рождения (ВОЗ)[4]:**

Дети, рожденные крайне преждевременно (менее 28 недель)

Дети, рожденные значительно преждевременно (от 28 до 32 недель)

Дети, рожденные умеренно и незначительно преждевременно (от 32 до 36^ недель).

* 1. **Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Следующие признаки могут наблюдатьея в течение неекольких чаеов до возникновения клаееичееких еимптомов родов:

* менетруальноподобные епаетичеекие боли;
* неболезненные и нерегулярные еокращения матки;
* боли в пояенице;
* ощущение давления во влагалище или малом тазу;
* выделения елизи из влагалища, которые могут быть прозрачными, розовыми или елегка кровяниетыми («елизиетая пробка»),

Клиничеекие еимптомы, которые определяют иетинное начало родовой деятельноети (то ееть начавшиеея ПР), являютея одинаковыми вне завиеимоети от ерока геетации, и выражаютея в изменении шейки матки и начале регулярной родовой деятельноети. Изменения шейки матки включают раеширение облаети внутреннего зева, укорочение, размягчение и централизацию шейки матки. Изменения шейки матки при начавшихея ПР проиеходят в течение неекольких чаеов, что отличает их от процеееа еозревания шейки матки, которое проиеходит в течение неекольких дней или даже недель [5, 19-22].

1. Preterm Labor and Birth Management: Reeommendations from the European Assoeiation of Perinatal Medieine, 2017.
2. Preterm birth, WHO, 2015.

[3J ACOG, Committee Opinion No 700: Methods for Estimating the Due Date, 2017.

1. NICE Guidanee, Preterm labour and birth, 2016.
2. Статиетичеекая отчетная форма Минздрава Роееии № 32 «Отчет о медицинекой помощи беременным, роженицам и родильницам»
3. Преждевременные роды, ВОЗ, 2018.
4. Диагностика

**Критерии установления диагноза**

Угрожающие ПР проявляются нерегулярными болями в нижней части живота, поясничной области. Объективно определяется повышенный тонус матки, укорочение шейки матки, открытие наружного зева.

Начавшиеся ПР сопровождаются болями в нижних отделах живота, регистрируемой регулярной маточной активностью, центрированным положением укороченной, размягченной и нередко дилатированной шейкой матки, наличием слизистых или слизисто-сукровичных выделений из половых путей, свидетельствующих о созревании шейки матки. Возможно преждевременное излитие околоплодных вод.

Активные ПР характеризуются наличием 4 схваток в течение 20 мин и открытием шейки матки >4 см.

* 1. **Жалобы и анамнез**

Жалобы - см. раздел 1.6.

• До зачатия или на ранних сроках беременности рекомендован сбор анамнеза и выявление факторов риска ПР [5, 9, 23], [19], [24], [25], [26, 27], [28], [29], [30], [31], [32], [33, 34], [35]. [1]

**Уровень убелите.льности рекоменлапий С (уровень достоверности доказательств - 51.**

Комментарии: К факторам риска относятся: индуцированные ПР в анамнезе у пациентки [24], аборты в анамнезе у пациентки [25], ПР у матери пациентки [26, 27], поздний репродуктивный возраст пациентки [28], патология шейки матки у пациентки [29], аномалии развития матки у пациентки [29], синдром внезапной детской смерти ранее рожденных детей у пациентки [30], данная беременность, наступившая при помощи вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [31], многоплодие в данной беременности [32], кровотечения на ранних сроках данной беременности [19], мочеполовые инфекции [33, 34], [35]. Укорочение длины шейки матки <25 мм и/или расширение шейки матки >10 мм до 24 недель беременности ассоциированы с повышенным риском ПР. Многочисленные исследования выявили связь между ПР и мочеполовой инфекцией. Риск ПР в зависимости от возбудителя представлен в таблице 1 [5, 9, 23].

**Таблица 1**

**Связь ПР и мочеполовой инфекции**

Возбудитель/инфекционный процесс

Отношение шансов

(95% доверительный интервал)

|  |  |
| --- | --- |
| Возбудитель/инфекционный процесс | Отношение шансов  (95% доверительный интервал) |
| Бактериальный вагиноз до 16 недель | 7,55 (1,8-31,7) |
| N. gonorrhoeae | 5,31 (1,57-17,9) |
| Бессимптомная бактериурия | 2,08 (1,45-3,03) |
| Chlamydia trachomatis | |
| в 24 недели | 2,2 (1,03-4,78) |
| в 28 недель | 0,95 (0,36-2,47) |
| Trichomonas vaginalis | 1,3 (1,1-1,4) |
| и. urea iytiсит | 1,0 (0,8-1,2) |

* 1. **Физикальное обследование**

При угрожающих ПР рекомендован оемотр шейки матки в зеркалах [36].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарий: Оемотр шейки матки проводитея е помощью влажных етерильных зеркал, не емазанных лубрикантами (для иеключения влияния при выполнении диагноетичееких теетов), е целью оценки еоетояния цервикального канала, наличия/отеутетвия и количеетва кровяниетых выделений, иеключения/подтверждения пролабирования плодного пузыря, наличия/отеутетвия выпадения петлей пуповины или мелких чаетей плода при ПРПО, иеключения воепалительных изменений шейки матки, [36].

* Для определения еоетояния родовых путей и етепени «зрелоети» шейки матки влагалищное иееледование рекомендовано проводить только по еле того, как будут иеключены предлежание плаценты (при УЗИ) и пролабирование/разрыв плодных оболочек (оемотреть шейку матки в зеркалах и, при подозрении на ПРПО, выполнить теет на подтекание околоплодных вод) [36-38].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарии: При отсутствии активной родовой деятельности или начавшихся ПР, при ПРПО от проведения влагалищного исследования следует отказаться, так как оно не дает дополнительной важной информации, но увеличивает риск восходящей инфекции.

* Всем пациенткам рекомендовано измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания с целью оценки витальных функций [39].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

• Всем пациенткам рекомендована ауекультация плода, а также определение чаетоты, продолжительно ети и интенеивноети маточных еокращений е целью оценки еоетояния плода и признаков начала родовой деятельноети [40].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

* 1. **Лабораторные диагностические исследования**

При ПРПО рекомендовано иееледование уровня лейкоцитов в крови и иееледование уровня С- реактивного белка в еыворотке крови для евоевременной диагноетики еептичееких оеложнений [41], [42].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

Комментарии: Число лейкоцитов возрастает через 24 часа после введения кортикостероидов (КС) и постепенно возвращается к исходному уровню через 3 дня после профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) плода. Наиболее точным маркером является С- реактивный белок, его чувствительность составляет 68,7%, специфичность - 77,1% [42].

* При угрожающих, начавшихся ПР и при ПРПО рекомендовано определение антигена стрептококка группы В (СГВ) {S. agalactiae) в отделяемом цервикального канала или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (оптимально - в вагино­ректальном посеве) для своевременной диагностики и профилактики септических осложнений [43].[2]

**Уровень убелите.льности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2\**

Комментарий; Связь между колонизацией СГВ во время беременности и ПР не доказана, однако имеет место повышенный риск неонатального сепсиса, что делает данное исследование клинически целесообразным [44].

* Для уточнения диагноза ПР в 24® - 33® недель беременности рекомендовано (при возможности) определение фосфорилированной формы протеин-1 связанного инсулиноподобного фактора роста (ПСИФР-1) или плацентарного альфа-микроглобулина-1 (ПАМГ-1) в цервикальной слизи [45-47].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).**

Комментарии: ПСИФР-1 продупируется плапентарными депидуальными клетками и

определяется в первикальной слизи в результате повреждения хориодепидуальной зоны [45]^ Отрипательный результат указывает на низкий риск ПР в течение 7 дней после проведения теста 1РРУ=94%1 [48]. Чувствительность теста на ПАМГ-1 у папиенток с угрожающими ПР и интактным плодным пузырем составляет 84%. спепифичность - 95%. PNV - 93-97%.

Чувствительность и NPV в отношении ПР через 7 дней у пациенток с длиной шейки матки 15- 30 мм составляют 100%. Для прогноза ПР менее 34 недели PNV составляет 93%[3] [46].

• При ПРПО рекомендован осмотр шейки матки в зеркалах для идентификации подтекания околоплодных вод 46’ ^-^-[38].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5\**

Комментарий: К лабораторным экспресс-тестам относится «цитологический тест» (симптом «папоротника», частота ложноотрицательных результатов более 20%), нитразиновый тест (частота ложноположительных результатов 5-30%) и тест на ПСИФР-1 и ПАМГ-1 [45-50] (Таблица 2).

**Таблица 2**

**Предиктивная способность тест-систем для определения ПРПО**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Биомаркер | SN, % | SP, % | PPV, % | NPV, % |
| ПСИФР-10 | 92,1 | 90,5 | 87,9 | 93,9 |
| ПАМГ-1 | 96,8 | 98,3 | 98,4 | 96,7 |

SN - чувствительность, SP - специфичность, PPV и NPV - прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов, соответственно.

* 1. **Инструментальные диагностические исследования**

Пациенткам группы риска ПР рекомендовано УЗИ шейки матки (трансвагинальная УЗ- цервикометрия) для своевременной диагностики истмико-цервикальной недостаточности[5] [20,51].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарии: Длина шейки матки <25мм до 34 недель беременности является

прогностическим фактором ПР. В 20 недель беременности длина шейки матки <25мм ассоциирована с повышением риска ПР в 6 раз. До 34 недель при одноплодной беременности определение длины шейки матки <25 мм имеет чувствительность 76%, специфичность - 68%, PPV - 20% и NPV - 96% для диагноза ПР [52], [53].

* 1. **Иные диагностические исследования**

Для исключения/подтверждения инфекционно-воспалительного процесса и для решения вопроса о целесообразности хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) при длине шейки матки <25мм в сроке 22^-23^ недели беременности на основании коллегиального решения (еовмеетный оемотр, конеилиум) рекомендован диагноетичеекий транеабдоминальный амниоцентез [54].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

Комментарии: Частота острого хориоамнионита у пациенток, родоразрешенных в 22^-23^ недели беременности, составляет 94,4% [55]. Во 2-м триместре беременности при экстремально ранних ПР в сочетании с ИЦН исключение инфекционно-воспалительного фактора с целью улучшения исходов беременности при планировании хирургической коррекции ИЦН является необходимым этапом ведения пациентки[4]. Суб клинический хориоамнионит является важным фактором риска преждевременного укорочения и созревания шейки матки, поэтому амниоцентез является объективным методом для исключения воспаления/инфекции до производства хирургической коррекции ИЦН. Повышенная концентрация в амниотической жидкости ИЛ-6, лейкоцитов и низкая концентрация глюкозы, даже в отсутствие положительного микробиологического посева, значительно увеличивает неблагоприятные исходы беременности у пациенток, перенесших неселективный (ургентный) серкляж [54]. Также при исследовании амниотической жидкости возможно определение зрелости легких плода [56]. При подтверждении внутриамниотической инфекции на основании исследования околоплодных вод хирургическая коррекция ИЦН, учитывая высокий риск акушерских и перинатальных осложнений, как правило, не проводится [5, 9, 54, 55].

1. Preterm Labor and Birth Management: Recommendations from the European Association of Perinatal Medicine, 2017.
2. Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation: Green-top Guideline No. 73, 2019
3. Preterm Labor and Birth Management: Recommendations from the European Association of Perinatal Medicine, 2017.
4. ACOG, Practice Bulletin No. 172: Premature Rupture of Membranes, 2016.
5. Preterm Labor and Birth Management: Recommendations from the European Association of Perinatal Medicine, 2017.
6. ACOG Practice Bulletin No. 142: Cerclage for the management of cervical insufficiency, 2014.
7. Лечение
   1. **Медикаментозная терапия**

* При угрожающих ПР и начавшихся ПР в сроках беременности 24® - 33® недель [57] рекомендована токолитичеекая терапия [58-62]

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарий: Введение токолитичееких препаратов может енизить еилу и чаетоту еокращений матки, отерочить наетупление родов на 48 чаеов и/или даже 7 дней, но не пролонгировать беременноеть до доношенного ерока [63]. Препараты вводятея в течение 48 чаеов е целью профилактики РДС у плода, проведения магнезиальной терапии для нейропротекции плода, и перевода беременной в етационар 3-й группы. [JL]

Противопоказаниями для токолитичеекой терапии являютея[2]: внутриутробная гибель плода, ВПР, нееовмеетимые е жизнью, тяжелая преэклампеия и эклампеия, кровотечение у матери е не етабильной гемодинамикой, хориоамнионит, противопоказания ео етороны матери к данной терапии, ПРПО при ероке беременноети более 32® недель, преждевременная отелойка нормально раеположенной плаценты (ПОНРП), нееоетоятельноеть рубца на матке, раекрытие маточного зева более 4 ем. Токолитичеекая терапия в ероках менее 24® недель должна быть раеемотрена индивидуально, е разъяенением еемье о неблагоприятном прогнозе для новорожденного при родах в этом ероке[3]. 34® недели беременноети являютея порогом, при котором перинатальная заболеваемоеть и емертноеть являютея доетаточно низкими, чтобы оправдать потенциальные оеложнения ео етороны матери и плода, и затраты, евязанные е проведением токолитичеекой терапии[4].

каждые 3-8 часов в течение 48 часов по показаниям; максимальная доза 160 мг/сутки.[5.] Побочные эффекты (только со стороны матери): артериальная гипотензия (в этих случаях показано снижение дозы препарата), тахикардия, головные боли, головокружение, тошнота. Рекомендуемый мониторинг: постоянный контроль ЧСС плода, измерение пульса,

артериального давления (АД) каждые 30 минут в течение первого часа, затем каждый час в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа.

Атозибан\*\* является высокоселективным блокатором рецепторов окситоцина, с небольшим количеством побочных эффектов, однако не бьшо доказано его преимуш,еств по сравнению с нифедипином\*\* [68], [66]. Учитывая это, а также высокую стоимость препарата, он должен назначаться при наличии противопоказаний к применению нифедипина\*\* и других токолитиков, особенно в сроках 32® - 33® недель 24 [65]. Схема применения: препарат вводится внутривенно в 3 последовательных этапа согласно инструкции. Обш,ая продолжительность курса лечения не должна превышать 48 часов, максимальная доза - не более 330 мг. Повторный курс можно начинать в любое время после первого применения препарата, повторять его можно до 3 циклов. Побочные эффекты (со стороны матери): тошнота, рвота, гипергликемия, головная боль, головокружение, тахикардия, артериальная гипотензия в этих случаях показано снижение дозы препарата), зуд, кожная сыпь. Рекомендуемый мониторинг: аналогичен мониторингу при применении нифедипина[[1]](#footnote-1) \*.

• В качестве второй линии токолитической терапии рекомендованы гексопреналин\*\* (токолитические препараты - симпатомиметики ) [58, 65, 66] и нестероидные

противовоспалительные препараты (#индомстации) [70], при этом в 24® - 31® недели беременности рекомендованы как токолитические препараты - симпатомиметики (гексопреналин\*\*), так и нестероидные противовоспалительные препараты (#индометацин) 21 ’ [65. 66. 70]. а в 32® - 33- недели беременности рекомендованы токолитические

препараты - симпатомиметики Ггексопреналин\*\*! в связи с неблагоприятными эффектами #индометапина на плод после 32 недель [70]^

**Уровень убелите.льности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 11.**

Комментарии: Гексопреналин\* \* является эффективным токолитиком с доказанной

эффективностью [58]. однако большое количество побочных эффектов как со стороны матери. так и плода ограничивают его применение[7]. Схема применения: острый токолиз следует начинать с болюсного введения 10 мкг (1 ампула по 2 мл) препарата, разведенного в 10 мл изотонического раствора, в течение 5-10 минут с последуюш,ей инфузией со скоростью 0,3 мкг/ мин, при длительном токолизе рекомендуемая доза - 0,075 мкг/мин; максимальная суточная доза 430 мкг. Дозировка препарата подбирается индивидуально. Внутривенный токолиз проводится в положении женш,ины на левом боку, желательно под кардиомониторным контролем. Рекомендуемый мониторинг: контроль ЧСС и АД матери каждые 15 минут, определение уровня глюкозы крови каждые 4 часа, контроль объема вводимой жидкости и диуреза, аускультация легких каждые 4 часа, контроль за состоянием плода и сократительной активностью матки.

#Индометацин [69] применяется начиная с 50-100 мг ректально или внутрь, затем по 25 мг каждые 6 часов (не более 48 часов). Побочные эффекты со стороны матери: тошнота, рефлюкс- эзофагит, гастрит. Побочные эффекты со стороны плода после 31 недели гестапии: преждевременное закрытие артериального протока, олигурия и маловодие. Противопоказания к назначению: нарушения свертываемости крови, повышенная кровоточивость, нарушение функции печени, язвенная болезнь желудка/12-перстной кишки, бронхиальная астма, повышенная чувствительность к аспирину, ЗРП, ВПР почек у плода[8]. Частота побочных эффектов значительно меньше при использовании не более 48 часов при сроке беременности менее 32 педель. Наличие олигогидрамниона и/или выявление сужения артериального протока является показанием для прекраш,ения терапии.

* Не рекомендован магния сульфат• [[2]](#footnote-2) в качестве препарата для токолитической терапии [71]. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).
* Не рекомендована многокомпонентная токо литическая терапия (>3 лекарственных препаратов) из-за отсутствия исследований, доказываюш,их безопасность, а также соотношение польза-риск [57].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

* Не рекомендована рутинная поддерживаюш,ая токолитическая терапия после эффективно проведенного острого токолиза [72].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

* При ПРПО, начавшихся или запланированных (индуцированных) ПР в течении 24 часов рекомендовано внутривенное введение магния сульфата\*\* в 24® - 33® недель беременности с целью нейропротекции плода[9][73]. [74].

**Уровень убелите.льности рекоменланий А (уровень достоверности доказательств - 11.**

Комментарии: Магнезиальная терапия за 24 часа до родоразрешения снижает частоту церебрального паралича, двигательных нарушений. Максимальный эффект отмечается до 30® недель [74]. Применение магния сульфата\*\* противопоказано женш,инам с миастенией, так как он может спровоцировать тяжелый миастенический криз. Следует также избегать его назначения женш,инам с нарушением сердечной проводимости из-за его антиинотропного действия. Поскольку магний выводится почками, у женш,ин с нарушением функции почек может отмечаться повышенное содержание магния в сыворотке, что может провоцировать токсическое действие и, следовательно, у данной категории пациенток доза должна быть подобрана индивидуально [75]. Схема применения: нагрузочная доза 4 г в течение 20-30 минут, затем 1 г/час в течение 24 часов внутривенно [69].

**Уровень убелительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1\**

Комментарии: Научно доказанным и подтвержденными препаратами являютея ампициллин[[3]](#footnote-3) [[4]](#footnote-4)/ амокеициллин\*\* и/или эритромицин. Применение антибиотиков аееоциировано ео значительным енижением чаетоты хориоамнионита, неонатальной инфекции и перинатальной емертноети [77]. Решение о повторном курее антибактериальной терапии принимаетея в завиеимоети от результатов инфекционно-воепалительного мониторинга.

* При ПРПО не рекомендовано применение амокеициллина+клавулоновой киелоты\*\* в евязи е выеокой чаетотой развития некротизируюш,его энтероколита у новорожденных [78] .

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

* При ПРПО амниоинфузии в рутинной клинической практике не рекомендованы [79].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарий: Амниоинфузия может улучшить неонатальные исходы за счет предотвраш,ения компрессии пуповины, постуральных деформаций, снижения легочной гипоплазии и внутриутробной инфекции, однако из-за недостаточного количества исследований на данный момент не рекомендована в рутинной клинический практике [79].

* 1. **Хирургическое лечение**

При укорочении шейки матки и интактньгх плодных оболочках рекомендован серкляж (наложение швов на шейку матки) [21, 80].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарии: Серкляж проводится в 16® - 26® недель беременности. [12] Серкляж может быть выполнен как профилактическая мера у пациенток с отягогценным анамнезом (поздний выкидыш и/или ПР) или применен экстренно, когда у пациентки наблюдается преждевременное созревание и укорочение шейки матки, нередко сопровождаюгцееся пролабированием гшодньгх оболочек [81]. Необходимо тгцательно взвесить пользу и риск от проводимой процедуры с учетом срока беременности (с увеличением срока риски повышаются), степени раскрытия шейки матки, квалификации врача акушера-гинеколога и возможностей стационара. После 24® недель беременности серкляж проводится только в стационаре 3-й группы.

комбинированная спинально-эпидуральная), так и общей анестезии [83-87].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5.**

Комментарии: Существуют убедительные доказательства того, что ни одна из указанных разновидностей анестезии не увеличивает концентрацию эндогенного окситоцина и не влияет на результаты операции [88]. Если пациентка находится в положении Тренделенбурга, при проведении спинальной анестезии следует избегать гипербарических растворов местных анестетиков. При трансвагинальном серкляже анестезия проводится с сохранением спонтанного дыхания, при трансабдоминальном лапароскопическом доступе используется анестезия с искусственной вентиляцией легких [89].

* 1. **Иное лечение**

Не рекомендована профилактика РДС плода и острый токолиз при длине шейки матки >25 мм и

отрицательном результате теста на ПР - ПСИФР-1 или ПАМГ-1 [90].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

* При ПРЕЮ в 24® - 36® недель беременности рекомендована выжидательная тактика, направленная на пролонгирование беременности, под контролем состояния беременной и плода [13]. [41] ^

**Уровень убе/тите.ттьности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 11.**

Комментарии: Выжидательная тактика включает госпитализаыию с периодической оыенкой

клинико-лабораторных параметров для исключения инфекпнонного пропесса. ПОНРП.

компрессии пуповины, начала родовой деятельности, опенки состояния плода[14].

* При ПРПО рекомендовано наблюдение всех пациенток в условиях круглосуточного стационара [15] [91].

**Уровень убе/тите.ттьности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 11.**

* 1. **Родоразрешение**

При ПР через естественные родовые пути при отсутствии противопоказаний в качестве метода обезболивания рекомендована нейроаксиальная аналгезия (эпидуральная, спинальная, комбинированная спинально-эпидуральная) [92-97], [98-100].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарии: Нейроаксиальная аналгезия является максимально эффективным методом обезболивания при ПР через естественные родовые пути [101]. Возможно использование любой технологии нейроаксиальной аналгезии: эпидуральной аналгезии - болюеов, поетоянной инфузии меетного анеететика в эпидуральное проетранетво, контролируемой пациенткой аналгезии, программируемых (автоматизированные) болюеов в эпидуральное проетранетво, компьютер-интегрированной контролируемой пациенткой аналгезии, эпидуральной аналгезии е проколом твердой мозговой оболочки.

* С учетом отрицательного влияния на еоетояние плода и новорожденного при ПР и наличии противопоказаний рекомендовано избегать применения опиоидов в качеетве адъювантов для нейроакеиальной аналгезии [102].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

* При ПР кееарево еечение (КС) не рекомендовано в качеетве метода выбора родоразрешения [103].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарии: Отмечается одинаковая частота родового травматизма, асфиксии при рождении и перинатальной смертности при КС и влагалищных родах, но более высокая материнская заболеваемость при КС по сравнению с родами через естественные родовые пути. При этом в ряде исследований показано, что в 24® - 27® недель беременности предпочтительным является КС, так как оно ассоциировано с более низкой частотой тяжелых неонатальных осложнений [117]. Если предполагаемая масса плода не соответствует гестационному сроку, то КС является предпочтительным в сроках до 31® недель. При соответствии предполагаемой массы плода сроку гестации родоразрешение через естественные родовые пути в 32® - 33® имеет более благоприятные неонатальные исходы по сравнению с КС [104]. Особенности извлечения плода описаны в клинических рекомендациях «Кесарево сечение». [16]

* При ПР и тазовом предлежании плода до 32® недель беременности КС рекомендовано в качестве метода выбора родоразрешения [17] [105].

**Уровень убелите.льности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2Е**

Комментарии: Способ родоразрешения должен быть инливидуализирован в зависимости от периода родов, вида тазового предлежания, состояния плода и наличия врача, владеющего техникой принятия родов в тазовом предлежании. При благоприятной акушерской ситуапии ПР роды в тазовом предлежании возможны[18]. В сроках беременности менее 27® недель родоразрешение путем операции КС ассоциировано с более низкой частотой неонатальной смертности и тяжелых внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) [106]. При наличии технических возможностей рекомендовано извлечение плода в плодных оболочках.

* Не рекомендовано использование вакуум-экстракции плода при ПР до 33® недель беременности[19] [107. 108].

**Уровень убелите.льности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 51.**

Комментарии: Использование вакуум-экстрактора не рекомендуется из-за более частого развития у недоношенного субглиальных гематом, ВЖК, подкожных кровоизлияний и желтухи. В ситуации, когда выполнение операции КС невозможно, предпочтительно наложение акушерских ш,ипцов, однако эти данные противоречивы [109]. В сроках беременности 34® - 36® недель недостаточно данных, свидетельствуюш,их о безопасности/вреде от наложения акушерских тттипттов и вакуум-экстрактора.

* Не рекомендован разрез промежности (эпизиотомия) рутинно [НО].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

* При оперативном родоразрешения путем операции КС при ПР рекомендовано применение как методов нейроаксиальной анестезии (эпидуральная, спинальная, комбинированная спинально-эпидуральная), так и обш,ей анестезии для адекватного анестезиологического обеспечения [111-118].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарий. При неоспоримом преобладании нейроаксиальной анестезии при операпии КС общая анестезия сохраняет свои позинии при противопоказаниях к нейроаксиальной анестезии [101].

* При отсутствии сопутствуюш,их факторов риска непрерывный мониторинг состояния плода в родах не рекомендован [119]. [20]

**Уровень убелите.льности рекомендапий С (уровень достоверности доказательств - 5С**

* Не рекомендовано применение скальп-электрода в родах в сроках менее 33® недель [120].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

Комментарий: Применение скальп-электрода и забор крови у плода возможно в сроках 34® - 36® недель, когда польза превышает риск, и невозможно определить ЧСС плода с помош,ью наружной КТГ и аускультации в прерывистом режиме. [[5]](#footnote-5) увеличение чаетоты тяжелых ВЖК при milking пуповины по еравнению е отороченным пережатием пуповины у глубоко недоношенных новорожденных, поэтому применять его у глубоко недоношенных новорожденных не рекомендовано [122].

• Рекомендовано поело рождения ребенка в геетационном ероке менее 27^ недель помеш,ать его в прозрачный полиэтиленовый пакет и под лучиетое тепло для поддержания температуры тела [123].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

Комментарий: Также рекомендовано повышение температуры окружаюш,ей ереды в

родильном зале до 26-28°С [124].

[JL] ACOG, Praetiee Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor, 2016.

1. Preterm Labor and Birth Management: Reeommendations from the European Assoeiation of Perinatal Medieine, 2017.
2. Obstetrie Care Consensus No. 3: Periviable Birth, ACOG, 2015.
3. ACOG, Praetiee Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor, 2016.
4. Акушеретво: национальное руководетво / под ред. ГМ. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинекого. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.
5. NICE Guidance, Preterm labour and birth, 2016.
6. NICE Guidanee, Preterm labour and birth, 2016.
7. Preterm Eabor and Birth Management: Reeommendations from the European Assoeiation of Perinatal Medieine, 2017
8. Care of Women Presenting with Suspeeted Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation: Green-top Guideline No. 73, 2019.
9. ACOG, Praetiee Bulletin No. 172: Premature Rupture of Membranes, 2016.
10. Care of Women Presenting with Suspeeted Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation: Green-top Guideline No. 73, 2019.
11. NICE Guidanee, Preterm labour and birth, 2016.
12. Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation: Green-top Guideline No. 73, 2019.
13. ACOG, Praetiee Bulletin No. 172: Premature Rupture of Membranes, 2016.
14. Care of Women Presenting with Suspeeted Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation: Green-top Guideline No. 73, 2019.
15. Клиничеекие рекомендации «Кееарево еечение» <http://profnea>gp.ru/index.php?\_t8=85
16. NICE Guidance, Preterm labour and birth, 2016.
17. Management of Breeeh Presentation (Green-top Guideline No. 20b), 2017.
18. Operative Vaginal Delivery (Green-top Guideline No. 26), 2011.
19. NICE Guidanee, Preterm labour and birth, 2016.
20. NICE Guidanee, Preterm labour and birth, 2016.
21. Реабилитация

• Рекомендована конеультация медицинекого пеихолога матерям, родившим преждевременно, оеобенно чьи дети находятея в отделении реанимации и интенеивной терапии новорожденных, при получении их информированного добровольного еоглаеия [125].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

Комментарии: ПР являются тревожным событием для родителей, которые часто сообш,ают о симптомах посттравматического стресса в течение нескольких лет, иногда даже через 5- 6 лет после ПР матери имеют негативное мнение о своем перинатальном периоде. Основной стресс, испытываемый родителями, связан с разлучением со своим ребенком (нахождение в палате интенсивной терапии) и потерей родительской роли вследствие потери физической и эмоциональной близости, которые являются важными факторами в формировании отношений между родителями и новорожденным ребенком. Во время стационарного лечения недоношенного ребенка, особенно в отделении интенсивной терапии матери могут испытывать противоречивые эмоциональные реакции, такие как горе, грусть, вина, страх, гнев, потеря самооценки и чувство неудачи. Фактически, эта ситуация может настолько угнетать матерей, что они могут реагировать, эмоционально дистанцируясь от своих детей. Это препятствует их позитивному настрою в отношении перспектив для своего ребенка. В частности, матери недоношенных детей часто имеют меньше позитивных идей и ожиданий в отношении своих детей, чем матери доношенных новорожденных [125, 126].

1. Профилактика
   1. **Антенатальная профилактика РДС плода**

При угрожающих ПР, начавшихся ПР и ПРПО в 24® - 33® недель беременноети рекомендована антенатальная профилактика РДС плода (плодов при многоплодной беременноети) [127, 128], [129].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарий: Максимальный эффект от применения ГКС отмечается на 2-7 сутки от начала профилактики, при этом, если не удается провести полный курс, следует все равно начинать профилактику РДС (доказан эффект «неполной дозы») [130]. ГКС не следует вводить, если нет серьезных опасений в отношении предстоящих ПР и обоснованной уверенности, что они начнутся через 7 днейЦ]. Есть данные, что при хориоамнионите ГКС являются безопасными и улучшают перинатальные исходы [131, 132].

* Однократный повторный курс антенатальной профилактики РДС плода может быть рекомендован в 24® - 33® недель беременности при сохраняющихся клинических симптомах начавшихся ПР при условии, что предыдущий курс проводился более 14 дней назад, особенно в сроках <28 недель беременности [133]. «Спасительный» (с англ, rescue) курс может быть проведен уже через 7 дней в случае клинической пелесообразности[2] [134. 135].

**Уровень убелите.льности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1C**

Комментарий: Повторный курс антенатальной профилактики РДС плода не является рутинным и решение о его применении должно быть принято на основании времени, прошедшего от последнего курса профилактики, гестационного срока и вероятности родоразрешения в ближайшие 48 часов. Вопрос о повторном/спасительном курсе антенатальной профилактики РДС плода при ПРПО остается спорным [136].

* Не рекомендовано проведение регулярных или серийных повторных курсов Гболее 2-х1 профилактики Р\*ДС плода[3] [137. 138]^

**Уровень убелите.льности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 21.**

Комментарий: При проведении многократных повторных курсов отмечается более высокий риск краткосрочных и долгосрочных перинатальных осложнений [137, 138], 4 и более курса ассоциированы с повышенным риском церебрального паралича [139].

* Антенатальная профилактика РДС плода в 22® - 23® недель беременности не рекомендована [128].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 3).**

Комментарий: В отдельных ситуациях проведение антенатальной профилактики РДС плода в эти сроки беременности может быть рассмотрено индивидуально после информирования пациентки и ее близких врачом акушером-гинекологом и врачом-неонатологом о неблагоприятном исходе для глубоко недоношенного новорожденного при родах в этом сроке.

* Профилактика ЩС плода в 34- - 35—недель беременности может быть рекомендована в случае отсутствия ранее проводимого курса антенатальной профилактики, а также при наличии клинической пелесообразности (сахарный диабет) [4]\_[140]^

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).**

Комментарий: В раннем неонатальном периоде новорожденным рекомендован тш,ательный мониторинг уровня глюкозы плазмы крови.

* Для профилактики РДС плода рекомендованы #бетаметазон\* \* внутримышечно в дозе 12 мг 2 раза с интервалом 24 часа или #дексаметазон\*\* внутримышечно в дозе 6 мг 4 раза с интервалом 12 часов или в дозе 8 мг 3 раза с интервалом 8 часов (суммарная доза 24 мг)[5] [121].

**Уровень убелите.льности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарий: Меньшие интервальные дозировки, чем те, что описаны выше, часто называемые «ускоренным курсом», даже в ситуации, когда роды кажутся неизбежными, не продемонстрировали потенциальных преимуш,еств. #Дексаметазон\*\* и #бетаметазон\*\* являются препаратами off-label в контексте профилактики РДС плода, и перед применением необходимо получить письменное информированное согласие пациентки на их использование.

* 1. **Антибиотикопрофилактика**

Не рекомендовано применение антибактериальных препаратов с целью пролонгирования беременности и улучшения перинатальных исходов пациенткам с угрожаюш,ими/начавшихся ПР с интактными плодными оболочками при отсутствии доказанных признаков инфекции[6] [141].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарий: Внутриматочная бактериальная инфекция является важной причиной ПР, особенно в гестационном сроке менее 32 недель [5, 8, 9, 11, 34]. Однако применение антибиотиков не способствует пролонгированию беременности или предотвраш,ению ПР, не снижает частоту и выраженность РДС новорожденных и неонатального сепсиса. Имеются данные о нежелательных отдаленных последствия антибактериальных препаратов для ребенка [141]. NB! Данная рекомендация не распространяется на пациенток с ПРПО и носительниц СРВ.

* 1. **Профилактика вагинальным прогестероном**

Рекомендовано профилактичеекое назначение препаратов прогеетерона\*\* (дейетвующее вещеетво прогеетерон натуральный микронизированный) по 200 мг в день вагинально е 22 до 34 недель беременным группы выеокого риека ПР: е беееимптомным укорочением шейки матки по данным УЗ-цервикометрии менее 25 мм в ероках 16-24 недели беременноети и/или наличием ПР (до 34 недель) или позднего выкидыша (поеле 16 недель) в анамнезе как при одноплодной, так и многоплодной беременноети [7]’ [142, 143], [144].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарии: Профилактика ПР препаратами вагинального прогеетерона\*\* у пациенток е длиной шейки матки 25 мм и менее енижает риек ПР, РДС плода, рождения детей е маееой тела <1500 и <2500 г, неонатальной заболеваемоети и емертноети, поетупления в палату интенеивной терапии новорожденных. При этом не увеличиваетея риек нежелательных явлений у матери, врожденных аномалий и/или неблагоприятных поеледетвий для развития нервной еиетемы плода и здоровья детей [142].

• Рекомендовано применение адъювантной терапии прогеетероном\*\* (дейетвуюгцее вегцеетво прогеетерон натуральный микронизированный) по 200 мг в день вагинально до 34 недель беременноети беременным е продолжаюгцимея (прогреееируюгцим) укорочением шейки матки, неемотря на цервикальный ееркляж [145].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

* 1. **Иная профилакгика**

Рекомендовано раеемотреть возможноеть наложения профилактичеекого акушерекого ееркляжа пациенткам е одноплодной беременноетью, укорочением шейки матки 25 мм и менее по данным УЗ-цервикометрии, проведенной между 16 и 24 неделями беременноети и наличием в анамнезе епонтанных ПР (и/или ПРПО) или травм шейки матки (конизация, удаление обширной зоны транеформации, радикальные вмешательетва (ампутация, трахелэктомия)[9]’ ^ [146].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

• Рекомендовано применение акушерекого пеееария при укорочении шейки матки менее 25 мм е целью профилактики ПР до 37 недель беременноети [147, 148]

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

Комментарий: Установка пессария снижает частоту применения токолитической терапии и КС, не увеличивает вероятность ПРПО и не у^^дшает перинатальные исходы для плода [147]. После 24 недель беременности применение акушерского пессария является методом выбора.

* При бессимптомном укорочении шейки матки не рекомендован постельный режим, так как он не снижает риск ПР [149].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

* Не рекомендовано ограничение физической активности при неосложненной беременности и ПР в анамнезе [150].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

* Не рекомендовано половое воздержание при неосложненной беременности и ПР в анамнезе [151].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

* Не рекомендован прием препаратов витамина D и его производных и омега-3 триглицеридов в целях пролонгирования беременности [152, 153].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

* Для снижения риска ПР на этапе планирования беременности не рекомендовано рутинное применение поливитаминов, аскорбиновой кислоты\*\* и альфа-токоферола ацетата (витамина Е) [154].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 2).**

Организация оказания медицинской помощи

При ПР, включая ПРПО, при сроке беременности менее 33® недель при отсутствии противопоказаний для транспортировки, осуш,ествляется госпитализация пациентки в медицинскую организацию За группы.

При ПР, включая ПРПО, при сроке беременности 33-36 недель, осуш,ествляется госпитализация пациентки в акушерский стационар За группы, или при отсутствии возможности, акушерский стационар 2-й группы (имеюш,ий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных).

[JL] ACOG Committee Opinion No. 677: antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation, 2017.

1. ACOG Committee Opinion No. 677: antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation, 2017.
2. ACOG Committee Opinion No. 677: antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation, 2017.
3. NICE Guidance, Preterm labour and birth, 2016.
4. ACOG, Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Eabor, 2016.
5. ACOG, Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor, 2016.
6. NICE Guidanee, Preterm labour and birth, 2016.
7. Preterm Labor and Birth Management: Reeommendations from the European Assoeiation of Perinatal Medieine, 2017.

Г91 NICE Guidanee, Preterm labour and birth, 2016.

[10] Preterm Labor and Birth Management: Reeommendations from the European Assoeiation of Perinatal Medieine, 2017.

1. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Не применимо.

Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Критерии качества | Оценка выполнения критерия |
| 1. | Проведено исследование уровня лейкоцитов в крови и уровня С-реактивного белка в сыворотке крови при преждевременном разрыве плодных оболочек | Да/Нет |
| 2. | Назначена токолитическая терапия препаратами первой (при невозможности - второй) линии при угрожающих ПР и начавшихся ПР в сроках беременности 24° - 33° недель | Да/Нет |
| 3. | Проведено внутривенное введение магния сульфата\*\* при преждевременном разрыве плодных оболочек, начавшихся или запланированных (индуцированных) преждевременных родах в 24° - 33° недель беременности с целью нейропротекции плода | Да/Нет |
| 4. | Проведена антибактериальная терапия при преждевременном разрыве плодных оболочек | Да/Нет |
| 5. | Проведена антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома плода при угрожающих родах (повышенный тонус матки, укорочение шейки матки, открытие наружного зева), начавшихся преждевременных родах и при преждевременном разрыве плодных оболочек в сроках беременности 24° - 33° недель | Да/Нет |
| 6. | После родов проведено отсроченное пережатие сосудов пуповины при стабильном состоянии новорожденного и пульсации пуповины более 100 в минуту | Да/Нет |

Список литературы

1. Romero R., Dey S.K., Fisher SJ. Preterm labor: one syndrome, many eauses. Seienee. 2014; 345(6198):760-5.
2. Rubens C.E., Sadovsky Y., Mugba L., Gravett M.G., Laekritz E., Gravett C. Prevention of preterm birth: harnessing seienee to address the global epidemie. Sei Transl Med. 2014; 6(262):262sr5.
3. Savitz D.A., Terry J.W., Dole N., Thorp J.M., Siega-Riz A.M., Herring A.H. Comparison of pregnaney dating by last menstrual period, ultrasound seanning, and their eombination. Am J Obstet Gyneeol. 2002; 187(6): 1660-6.
4. Whitworth M., Brieker E., Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnaney. Coehrane database Syst Rev. 2015; (7):CD007058.
5. Romero R., Espinoza J., Kusanovie J.P, Gotseh F., Hassan S., Erez O., et al. The preterm parturition syndrome. BJOG. 2006; 113 Suppl: 17-42.
6. Ananth C. V, Vintzileos A.M. Medieally indieated preterm birth: reeognizing the importanee of the problem. Clin Perinatol. 2008; 35(l):53-67, vhi.
7. Romero R., Miranda J., Chaiworapongsa T, Korzeniewski S.J., Chaemsaithong P, Gotseh F., et al. Prevalenee and elinieal signifieanee of sterile intra-amniotie inflammation in patients with preterm labor and intaet membranes. Am J Reprod Immunol. 2014; 72(5):458-74.
8. Gomez-Eopez N., Romero R., Panaiteseu B., Eeng Y, Xu Y, Tarea A.E., et al. Inflammasome aetivation during spontaneous preterm labor with intra-amniotie infeetion or sterile intra-amniotie inflammation. Am J Reprod Immunol. 2018; 80(5):el3049.
9. Boyle A.K., Rinaldi S.F., Norman J.E., Stoek S.J. Preterm birth: Inflammation, fetal injury and treatment strategies. J Reprod Immunol. 2017; 119:62-6.
10. Kemp M.W. Preterm birth, intrauterine infeetion, and fetal inflammation. Front Immunol. 2014; 5:574.
11. Keelan J.A. Intrauterine inflammatory aetivation, fimetional progesterone withdrawal, and the timing of term and preterm birth. J Reprod Immunol. 2018; 125:89-99.
12. Ozalkaya E., Karatekin G., Topeuoglu S., Gtirsoy T, Ovah F. Morbidity in preterm infants with fetal inflammatory response syndrome. Pediatr Int. 2016; 58(9):850-4.
13. Myking S., Boyd H.A., Myhre R., Feenstra B., Jugessur A., Devoid Pay A.S., et al. X- ehromosomal maternal and fetal SNPs and the risk of spontaneous preterm delivery in a Danish/Norwegian genome-wide assoeiation study. PEoS One. 2013; 8(4):e61781.
14. Strauss J.F., Romero R., Gomez-Eopez N., Raymond-Thornburg H., Modi B.P, Teves M.E., et al. Spontaneous preterm birth: advanees toward the diseovery of genetie predisposition. Am J Obstet

Gynecol. 2018; 218(3):294-314.e2.

1. Davey M.-A., Watson L., Rayner J.A., Rowlands S. Risk scoring systems for predicting preterm birth with the aim of reducing associated adverse outcomes. Cochrane database Syst Rev. 2011; 9; (11):CD0(11):CD004902.
2. Ancel R-Y., belong N., Papiemik E., Saurel-Cubizolles M.-J., Kaminski M., EUROPOP. History of induced abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: results of the EUROPOP survey. Hum Reprod. 2004; 19(3):734-40.
3. Younge N., Goldstein R.F., Barm C.M., Hintz S.R., Patel R.M., Smith P.B., et al. Survival and Neurodevelopmental Outcomes among Periviable Infants. N Engl J Med. 2017; 376(7):617-28.
4. WHO. Recommendations on Interventions to Improve Preterm Birth Outcomes. Geneva World Heal Organ. 2015; .
5. Eykke J.A., Dideriksen K.E., Eidegaard O., Eanghoff-Roos J. First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. Obstet Gynecol. 2010; 115(5):935-44.
6. Newman R.B., Goldenberg R.E., lams J.D., Meis PJ., Mercer B.M., Moawad A.H., et al. Preterm prediction study: comparison of the cervical score and Bishop score for prediction of spontaneous preterm delivery. Obstet Gynecol. 2008; 112(3):508-15.
7. Ehsanipoor R.M., Seligman N.S., Saccone G., Szymanski E.M., Wissinger C., Wemer E.F., et al. Physical Examination-Indicated Cerclage: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol. 2015; 126(1): 125-35.
8. lams J.D., Cebrik D., Eynch C., Behrendt N., Das A. The rate of cervical change and the phenotype of spontaneous preterm birth. Am J Obstet Gynecol. 2011; 205(2):130.el-6.
9. Klein E.E., Gibbs R.S. Use of microbial cultures and antibiotics in the prevention of infection- associated preterm birth. Am J Obstet Gynecol. 2004; 190(6): 1493-502.
10. Eaughon S.K., Albert PS., Eeishear K., Mendola P The NICHD Consecutive Pregnancies Study: recurrent preterm delivery by subtype. Am J Obstet Gynecol. 2014; 210(2):131.el-8.
11. Saccone G., Perriera E., Berghella V. Prior uterine evacuation of pregnancy as independent risk factor for preterm birth: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2016; 214(5):572-91.
12. Basso O., Olsen J., Christensen K. Eow birthweight and prematurity in relation to paternal factors: a study of recurrence. Int J Epidemiol. 1999; 28(4):695-700.
13. Boivin A., Euo Z.-C., Audibert F., Masse B., Eefebvre R, Tessier R., et al. Risk for preterm and very preterm delivery in women who were bom preterm. Obstet Gynecol. 2015; 125(5): 1177-84.
14. Fuchs F., Monet B., Ducmet T., Chaillet N., Audibert F. Effect of maternal age on the risk of preterm birth: A large cohort study. PLoS One. 2018; 13(l):e0191002.
15. Koike T., Minakami H., Kosuge S., Usui R., Matsubara S., Izumi A., et al. Uterine leiomyoma in pregnancy: its influence on obstetric performance. J Obstet Gynaecol Res. 1999; 25(5):309-13.
16. Smith G.C.S., Wood A.M., Pell J.P, Dobbie R. Sudden infant death syndrome and complications in other pregnancies. Lancet (London, England). 2005; 366(9503):2107-11.
17. Goisis A., Remes H., Martikainen P, Klemetti R., Myrskyla M. Medically assisted reproduction and birth outcomes: a within-family analysis using Finnish population registers. Lancet (London, England). 2019; 393(10177): 1225-32.
18. Dolgun Z.N., Inan C., Altintas A.S., Okten S.B., Sayin N.C. Preterm birth in twin pregnancies: Clinical outcomes and predictive parameters. Pakistan J Med Sci. 2016; 32(4):922-6.
19. Schnarr J., Smaill F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy. Eur J Clin Invest. 2008; 38 Suppl 2:50-7.
20. Meis P.J., Michielutte R., Peters T.J., Wells H.B., Sands R.E., Coles E.C., et al. Factors associated with preterm birth in Cardiff, Wales. 1. Univariable and multivariable analysis. Am J Obstet Gynecol. 1995; 173(2):590-6.
21. Vinturache A.E., Gyamfl-Bannerman C., Hwang J., Mysorekar I.U., Jacobsson B. Maternal microbiome - A pathway to preterm birth. Semin Fetal Neonatal Med. 2016; 21(2):94-9.
22. Myra J., Roger H. Mayo Clinic Guide to a Healthy Pregnancy. HarperColbns Publishers; 2004.
23. Alexander J.M., Mercer B.M., Miodovnik M., Thumau G.R., Goldenberg R.L., Das A.F., et al. The impact of digital cervical examination on expectantly managed preterm rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183(4): 1003-7.
24. Olah K.S., Gee H. The prevention of preterm delivery—can we afford to continue to ignore the cervix? Br J Obstet Gynaecol. 1992; 99(4):278-80.
25. Divanovic E., Buchmann E.J. Routine heart and lung auscultation in prenatal care. Int J Gynaecol Obstet. 1999; 64(3):247-51.
26. Sharif K., Whittle M. Routine antenatal fetal heart rate auscultation: is it necessary? J Obstet Gynaecol (Lahore). 1993; 13:111-3.
27. Bond D.M., Middleton P, Levett K.M., van der Ham D.P, Crowther C.A., Buchanan S.L., et al. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks’ gestation for improving pregnancy outcome. Cochrane database Syst Rev. 2017; 3:CD004735.
28. Catano Sabogal C.P., Fonseca J., Garcia-Perdomo H.A. Validation of diagnostic tests for histologic chorioamnionitis: Systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018;228:13-26.
29. Bianchi-Jassir F., Seale A.C., Kohli-Lynch M., Lawn J.E., Baker C.J., Bartlett L., et al. Preterm Birth Associated With Group В Streptococcus Maternal Colonization Worldwide: Systematic Review and Meta-analyses. Clin Infect Dis. 2017; 65(suppl\_2):S 133-42.
30. Valkenburg-van den Berg A.W., Sprij A.J., Dekker F.W., Dorr P.J., Kanhai H.H.H. Association between colonization with Group В Streptococcus and preterm delivery: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009; 88(9):958-67.
31. Ting H.-S., Chin P.-S., Yeo G.S.H., Kwek K. Comparison of bedside test kits for prediction of preterm delivery: phosphorylated insulin-like growth factor binding protein-1 (plGFBP-1) test and fetal fibronectin test. Ann Acad Med Singapore. 2007; 36(6):399-402.
32. Ehsanipoor R.M., Swank M.L., Jwa S.C., Wing D.A., Tarabulsi G., Blakemore K.J. Placental a- Microglobulin-1 in Vaginal Secretions of Women with Evidence of Preterm Labor. Am J Perinatol. 2016;33(2):208-13.
33. Corabian P. The ACTIM™ PARTUS versus THE TLllQ ® SYSTEM as rapid response tests to aid in diagnosing preterm labour in symptomatic women. In: Institute of Health Economics, Canada. 2008.
34. Alfirevic Z., Allen-Coward H., Molina F., Vinuesa C.P, Nicolaides K. Targeted therapy for threatened preterm labor based on sonographic measurement of the cervical length: a randomized controlled trial. Ultrasound Obstet Gynecol. 2007; 29(l):47-50.
35. Palacio M., Ktihnert M., Berger R., Larios C.L., Marcellin L. Meta-analysis of studies on biochemical marker tests for the diagnosis of premature rupture of membranes: comparison of performance indexes. BMC Pregnancy Childbirth. 2014; 14:183.
36. Leitich H., Bmnbauer M., Kaider A., Egarter C., Husslein P. Cervical length and dilatation of the internal cervical os detected by vaginal ultrasonography as markers for preterm delivery: A systematic review. Am J Obstet Gynecol. 1999; 181(6): 1465-72.
37. Berghella V, Palacio M., Ness A., Alfirevic Z., Nicolaides K.H., Saccone G. Cervical length screening for prevention of preterm birth in singleton pregnancy with threatened preterm labor: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials using individual patient-level data. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017; 49(3):322-9.
38. Norman J.E., Marlow N., Messow C.-M., Sherman A., Bennett PR., Thornton S., et al. Does progesterone prophylaxis to prevent preterm labour improve outcome? A randomised double-blind placebo-controlled trial (OPPTIMUM). Health Technol Assess. 2018; 22(35):l-304.
39. Medley N., Poljak B., Mammarella S., Alfirevie Z. Clinieal guidelines for prevention and management of preterm birth: a systematie review. BJOG. 2018; 125(11): 1361-9.
40. Monekeberg M., Valdes R., Kusanovie J.R, Sehepeler M., Nien J.K., Pertossi E., et al. Patients with aeute eervieal insuffieieney without intra-amniotie infeetion/inflammation treated with eerelage have a good prognosis. J Perinat Med. 2019; 47(5):500-9.
41. Kim C.J., Romero R., Chaemsaithong P, Kim J.-S. Chronie inflammation of the plaeenta: definition, elassifieation, pathogenesis, and elinieal signifieanee. Am J Obstet Gyneeol. 2015; 213(4 Suppl):S53-69.
42. Beinlieh A., Fisehass C., Kaufinann M., Sehlosser R., Derieks-Tan J.S. Lamellar body eounts in amniotie fluid for predietion of fetal lung maturity. Areh Gyneeol Obstet. 1999; 262(3-4): 173-80.
43. Vogel J.P, Nardin J.M., Dowswell T., West H.M., Oladapo O.T. Combination of toeolytie agents for inhibiting preterm labour. Coehrane database Syst Rev. 2014; 11;(7):CD0(7):CD006169.
44. Neilson J.P, West H.M., Dowswell T. Betamimeties for inhibiting preterm labour. Coehrane database Syst Rev. 2014; (2):CD004352.
45. Dodd J.M., Crowther C.A., Middleton P. Oral betamimeties for maintenanee therapy after threatened preterm labour. Coehrane database Syst Rev. 2012; 12:CD003927.
46. Flenady V, Wojeieszek A.M., Papatsonis D.N.M., Stoek O.M., Murray L., Jardine L.A., et al. Caleium ehannel bloekers for inhibiting preterm labour and birth. Coehrane database Syst Rev. 2014; (6):CD002255.
47. Naik Gaunekar N., Raman P, Bain E., Crowther C.A. Maintenanee therapy with ealeium ehannel bloekers for preventing preterm birth after threatened preterm labour. Coehrane database Syst Rev. 2013; (10):CD004071.
48. Lyell D.J., Pullen K.M., Mannan J., Chitkara U., Druzin M.L., Caughey A.B., et al. Maintenanee nifedipine toeolysis eompared with plaeebo: a randomized eontrolled trial. Obstet Gyneeol. 2008; 112(6): 1221-6.
49. Jaequemyn Y., Van Overmeire B. Toeolytie therapy: a meta-analysis and deeision analysis. Obstet Gyneeol. 2009; 114(1):170-1; author reply 171.
50. Sanehez-Ramos L., Kaunitz A.M., Gaudier F.L., Delke 1. EfiReaey of maintenanee therapy after aeute toeolysis: a meta-analysis. Am J Obstet Gyneeol. 1999; 181(2):484-90.
51. Hyagriv N., Simhan M., Caritis S. Inhibition of aeute preterm labor. UpToDate.
52. Haas D.M., Caldwell D.M., Kirkpatriek P, Melntosh J.J., Welton N.J. Toeolytie therapy for preterm delivery: systematie review and network meta-analysis. BMJ. 2012; 345:e6226.
53. King J.F., Flenady V.J., Papatsonis D.N., Dekker G.A., Carbonne B. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour. Coehrane database Syst Rev. 2003; (1):CD0022(1):CD002255.
54. Flenady V., Reinebrant H.E., Liley H.G., Tambimuttu E.G., Papatsonis D.N.M. Oxytoein reeeptor antagonists for inhibiting preterm labour. Coehrane database Syst Rev. 2014; (6):CD004452.
55. Пиеьмо Минздрава Роееии от 17 декабря 2013г. № 15-4\10\2-9480. Клиничеекие рекомендации (протокол лечения) «Преждевременные роды».
56. King J., Flenady V., Cole S., Thornton S. Cyelo-oxygenase (COX) inhibitors for treating preterm labour. Coehrane database Syst Rev. 2005; 18;(2):CD0(2):CD001992.
57. Crowther C.A., Brown J., MeKinlay C.J.D., Middleton P. Magnesium sulphate for preventing preterm birth in threatened preterm labour. Coehrane database Syst Rev. 2014; (8):CD001060.
58. Han S., Crowther C.A., Moore V. Magnesium maintenanee therapy for preventing preterm birth after threatened preterm labour. In: Crowther CA, editor. Coehrane Database of Systematie Reviews. Chiehester, UK: John Wiley & Sons, Etd; 2010.
59. Doyle E.W., Crowther C.A., Middleton P, Marret S., Rouse D. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroproteetion of the fetus. Coehrane database Syst Rev. 2009; (1):CD0046(1):CD004661.
60. Costantine M.M., Weiner S.J., Euniee Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Matemal-Fetal Medieine Units Network. Effeets of antenatal exposure to magnesium sulfate on neuroproteetion and mortality in preterm infants: a meta-analysis. Obstet Gyneeol. 2009; 114(2 Pt l):354-64.
61. Elliott J.P, Eewis D.F., Morrison J.C., Garite T.J. In defense of magnesium sulfate. Obstet Gyneeol. 2009; 113(6): 1341-8.
62. Kenyon S., Boulvain M., Neilson J.P. Antibioties for preterm rupture of membranes. Coehrane database Syst Rev. 2013; (2):CD0010(12):CD001058.
63. Kenyon S., Pike K., Jones D.R., Broeklehurst P, Marlow N., Salt A., et al. Childhood outeomes after preseription of antibioties to pregnant women with preterm rupture of the membranes: 7-year follow-up of the ORACEE 1 trial. Eaneet (Eondon, England). 2008; 372(9646): 1310-8.
64. Praetiee Bulletin No. 199: Use of Prophylaetie Antibioties in Eabor and Delivery: Correetion. Obstet Gyneeol. 2019; 134(4):883-4.
65. Hoftneyr G.J., Eke A.C., Eawrie T.A. Amnioinftision for third trimester preterm premature rupture of membranes. Coehrane database Syst Rev. 2014; (3):CD0009(3):CD000942.
66. Alfirevie Z., Stampalija T, Medley N. Cervieal stiteh (eerelage) for preventing preterm birth in singleton pregnaney. Coehrane database Syst Rev. 2017; 6:CD008991.
67. Preterm labour and birth. NICE guideline NG25. London: National Institute for Health and Care Exeellenee (UK). 2015.
68. Gupta M., Emary K., Impey L. Emergeney eervieal eerelage: predietors of sueeess. J Matem Fetal Neonatal Med. 2010; 23(7):670-4.
69. Aaronson J., Goodman S. Obstetrie anesthesia: not just for eesareans and labor. Semin Perinatol. 2014; 38(6):378-85.
70. Wortman M., Carroll K. Offiee-Based Gyneeologie Surgery (OBGS): Past, Present, and Future: Part 1. Surg Teehnol Int. 2019; 35:173-84.
71. Chestnut D.H., Wong C.A., Tsen L.C., Kee W.D.N., Beilin Y., Mhyre J. Chestnut’s Obstetrie Anesthesia: Prineiples and Praetiee, 5th Edition. Elsevier Seienee; 2014. 1304 p.
72. Rahman A. Shnider and Levinson’s Anesthesia for Obstetries, Fifth Edition. Anesthesiology. 2015; 122(1):223.
73. L.Fleisher, Wiener-Kronish J. Miller’s Anesthesia, 9th Edition. Anesthesiology. 2019; .
74. loseovieh A., Popov A., Gimelfarb Y, Gozal Y, Orbaeh-Zinger S., Shapiro J., et al. Anesthetie management of prophylaetie eervieal eerelage: a retrospeetive multieenter eohort study. Areh Gyneeol Obstet. 2015;291(3):509-12.
75. Wang Y.-Y, Duan H., Zhang X.-N., Wang S., Gao L. A Novel Cerelage Insertion: Modified Laparoseopie Transabdominal Cervieal Cerelage with Transvaginal Removing (MLTCC-TR). J Minim Invasive Gyneeol. 2019; .
76. Rahkonen L., Unkila-Kallio L., Nuutila M., Sainio S., Saisto T, Rutanen E.-M., et al. Cervieal length measurement and eervieal phosphorylated insulin-like growth faetor binding protein-1 testing in predietion of preterm birth in patients reporting uterine eontraetions. Aeta Obstet Gyneeol Seand. 2009; 88(8):901-8.
77. Abou El Senoun G., Dowswell T., Mousa H.A. Planned home versus hospital eare for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks’ gestation. Coehrane database Syst Rev. 2010; (4):CD0080(4):CD008053.
78. Xu J., Zhou J., Xiao H., Pan S., Liu J., Shang Y, et al. A Systematie Review and Meta-Analysis Comparing Programmed Intermittent Bolus and Continuous Infusion as the Baekground Infusion for Parturient-Controlled Epidural Analgesia. Sei Rep. 2019; 9(1):2583.
79. M^drzyeka-Dabrowska W., Czyz-Szypenbejl K., Pietrzak J. A review of randomized trials eomparisons of epidural with parenteral forms of pain relief during labour and its impaet on operative and eesarean delivery rate. Ginekol Pol. 2018; 89(8):460-7.
80. Anim-Somuah M., Smyth R.M., Супа A.M., Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Coehrane database Syst Rev. 2018; 5:CD000331.
81. Sng B.L., Zeng Y., de Souza N.N.A., Leong W.L., Oh T.T., Siddiqui F.J., et al. Automated mandatory bolus versus basal infusion for maintenanee of epidural analgesia in labour. Coehrane database Syst Rev. 2018; 5:CD011344.
82. Sng B.L., Leong W.L., Zeng Y, Siddiqui F.J., Assam RN., Lim Y, et al. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. Coehrane database Syst Rev. 2014; (10):CD007238.
83. Wang T.-T., Sun S., Huang S.-Q. Effeets of Epidural Eabor Analgesia With Eow Coneentrations of Eoeal Anestheties on Obstetrie Outeomes: A Systematie Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Anesth Analg. 2017; 124(5):1571-80.
84. Magro-Malosso E.R., Saeeone G., Di Tommaso M., Mele M., Berghella V. Neuraxial analgesia to inerease the sueeess rate of external eephalie version: a systematie review and meta-analysis of randomized eontrolled trials. Am J Obstet Gyneeol. 2016; 215(3):276-86.
85. Gimovsky A.C., Guarente J., Berghella V. Prolonged seeond stage in nulliparous with epidurals: a systematie review. J Matem Fetal Neonatal Med. 2017; 30(4):461-5.
86. Braga A. de F. de A., Carvalho V.H., Braga F.S. da S., Pereira R.l.C. [Combined spinal-epidural bloek for labor analgesia. Comparative study with eontinuous epidural bloek]. Rev Bras Anestesiol. 69(1):7-12.
87. ACOG Praetiee Bulletin No. 209: Obstetrie Analgesia and Anesthesia. Obstet Gyneeol. 2019; 133(3):e208-25.
88. Eoubert C., Hinova A., Fernando R. Update on modem neuraxial analgesia in labour: a review of the literature of the last 5 years. Anaesthesia. 2011; 66(3): 191-212.
89. Alfirevie Z., Milan S.J., Eivio S. Caesarean seetion versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. Coehrane database Syst Rev. 2012; (6):CD0000(6):CD000078.
90. Holzer 1., Eehner R., Ristl R., Husslein PW., Berger A., Farr A. Effeet of delivery mode on neonatal outeome among preterm infants: an observational study. Wien Klin Woehensehr. 2017; 129(17-18):612-7.
91. Bergenhenegouwen E.A., Meertens E.J.E., Sehaaf J., Nijhuis J.G., Mol B.W., Kok M., et al. Vaginal delivery versus eaesarean seetion in preterm breeeh delivery: a systematie review. Eur J Obstet Gyneeol Reprod Biol. 2014; 172:1-6.
92. Grabovae M., Karim J.N., Isayama T., Eiyanage S.K., MeDonald S.D. What is the safest mode of birth for extremely preterm breeeh singleton infants who are aetively resuseitated? A systematie review and meta-analyses. BJOG. 2018; 125(6):652-63.
93. Morales R., Adair C.D., Sanehez-Ramos E., Gaudier F.E. Vaeuum extraetion of preterm infants with birth weights of 1,500-2,499 grams. J Reprod Med. 1995; 40(2): 127-30.
94. Miksovsky R, Watson W.J. Obstetric vacuum extraction: state of the art in the new millennium. Obstet Gynecol Surv. 2001; 56(11):736-51.
95. Corcoran S., Daly N., Eogan M., Holohan M., Clarke T., Geary M. How safe is preterm operative vaginal delivery and which is the instrument of choice? J Perinat Med. 2013; 41(l):57-60.
96. Mottet N., Riethmuller D. Mode of delivery in spontaneous preterm birth. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016; 45(10): 1434-45.
97. Afolabi B.B., Lesi RE.A., Merah N.A. Regional versus general anaesthesia for caesarean section. Cochrane database Syst Rev. 2006; (4):CD004350.
98. Jing C., Wang C. Combining Spinal-Epidural Anesthesia versus Single-Shot Spinal Anesthesia for Cesarean Delivery: A Meta-Analysis of 5 Randomized Controlled Trials. Med Sci Monit. 2019; 25:2859-67.
99. Ao E., Shi J., Bai Y., Zheng Y, Gan J. Effectiveness and safety of intravenous application of dexmedetomidine for cesarean section under general anesthesia: a meta-analysis of randomized trials. Drug Des Devel Then 2019; 13:965-74.
100. Sng B.E., Han N.E.R., Eeong W.E., Sultana R., Siddiqui F.J., Assam PN., et al. Hyperbaric vs. isobaric bupivacaine for spinal anaesthesia for elective caesarean section: a Cochrane systematic review. Anaesthesia. 2018; 73(4):499-511.
101. Bao Z., Zhou C., Wang X., Zhu Y. Intravenous dexmedetomidine during spinal anaesthesia for caesarean section: A meta-analysis of randomized trials. J Int Med Res. 2017; 45(3):924-32.
102. Sobhy S., Zamora J., Dharmarajah K., Arroyo-Manzano D., Wilson M., Navaratnarajah R., et al. Anaesthesia-related maternal mortality in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Eancet Glob Heal. 2016; 4(5):e320-7.
103. Simmons S.W., Dennis A.T., Супа A.M., Richardson M.G., Bright M.R. Combined spinal- epidural versus spinal anaesthesia for caesarean section. Cochrane database Syst Rev. 2019; 10:CD008100.
104. Chen Y, Eiu W., Gong X., Cheng Q. Comparison of Effects of General Anesthesia and Combined Spinal/Epidural Anesthesia for Cesarean Delivery on Umbilical Cord Blood Gas Values: A Double-Blind, Randomized, Controlled Study. Med Sci Monit. 2019; 25:5272-9.
105. NICE Guidance, Preterm labour and birth, 2016.
106. Kawakita T, Reddy U.M., Eandy H.J., Iqbal S.N., Huang C.-C., Grantz K.E. Neonatal complications associated with use of fetal scalp electrode: a retrospective study. BJOG. 2016; 123(11): 1797-803.
107. Brocato B., Holliday N., Whitehurst R.M., Eewis D., Vamer S. Delayed Cord Clamping in Preterm Neonates: A Review of Benefits and Risks. Obstet Gynecol Surv. 2016; 71(l):39-42.
108. Katheria A.C., Reister F., Hummler H., Essers J., Mendler M., Truong G., et al. LB 1: Premature Infants Reeeiving Cord Milking or Delayed Cord Clamping: A Randomized Controlled Non-inferiority Trial. Am J Obstet Gyneeol. 2019; 220(1):S682.
109. MeCall E.M., Alderdiee F., Halliday H.L., Vohra S., Johnston L. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birth weight infants. Coehrane database Syst Rev. 2018; 2:CD004210.
110. Wyllie J., Bminenberg J., Roehr C.C., Rtidiger M., Trevisanuto D., Urlesberger B. European Resuseitation Connell Guidelines for Resuseitation 2015: Seetion 7. Resuseitation and support of transition of babies at birth. Resuseitation. 2015; 95:249-63.
111. Tmmello C., Candelori C., Cofini M., Cimino S., Cemiglia L., Paeiello M., et al. Mothers’ Depression, Anxiety, and Mental Representations After Preterm Birth: A Study During the Infant’s Hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit. Front publie Heal. 2018; 6:359.
112. Weleh M.G., Halperin M.S., Austin J., Stark R.I., Hofer M.A., Hane A.A., et al. Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are deereased at 4 months eorreeted age with Family Nurture Intervention in the NICU. Areh Womens Ment Health. 2016; 19(1):51-61.
113. Roberts D., Brown J., Medley N., Dalziel S.R. Antenatal eortieosteroids for aeeelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Coehrane database Syst Rev. 2017; 3:CD004454.
114. Magann E.F., Haram K., Ounpraseuth S., Mortensen J.H., Speneer H.J., Morrison J.C. Use of antenatal eortieosteroids in speeial eireumstanees: a eomprehensive review. Aeta Obstet Gyneeol Seand. 2017; 96(4):395-409.
115. Melamed N., Shah J., Yoon E.W., Pelausa E., Lee S.K., Shah PS., et al. The role of antenatal eortieosteroids in twin pregnaneies eomplieated by preterm birth. Am J Obstet Gyneeol. 2016; 215(4):482.el-9.
116. Norman M., Piedvaehe A., Boreh K., Huusom L.D., Bonamy A.-K.E., Howell E.A., et al. Assoeiation of Short Antenatal Cortieosteroid Administration-to-Birth Intervals With Survival and Morbidity Among Very Preterm Infants: Results From the EPICE Cohort. JAMA Pediatr. 2017; 171(7):678-86.
117. Been J. V, Degraeuwe P.L., Kramer B.W., Zimmermann L.J.I. Antenatal steroids and neonatal outeome after ehorioamnionitis: a meta-analysis. BJOG. 2011; 118(2): 113-22.
118. Amiya R.M., Mlunde L.B., Ota E., Swa T, Oladapo O.T, Mori R. Antenatal Cortieosteroids for Redueing Adverse Maternal and Child Outeomes in Speeial Populations of Women at Risk of Imminent Preterm Birth: A Systematie Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2016; ll(2):e0147604.
119. Peaeeman AM S.Y.Z.L.H.K.W.R. Gestational age-speeifte risks vs benefits of multieourse antenatal eortieosteroids for preterm labor. Am J Obstet Gyneeol. 2013; 209(4):330.el-330.e7.
120. Crowther С.A., McKinlay C.J.D., Middleton R, Harding J.E. Repeat doses of prenatal eortieosteroids for women at risk of preterm birth for improving neonatal health outeomes. Coehrane database Syst Rev. 2015; (7):CD0039(7):CD003935.
121. Garite T.J., Kurtzman J., Maurel K., Clark R., Obstetrix Collaborative Researeh Network. Impaet of a “reseue eourse” of antenatal eortieosteroids: a multieenter randomized plaeebo-eontrolled trial. Am J Obstet Gyneeol. 2009; 200(3):248.el-9.
122. Gyamfi-Bannerman C., Son M. Preterm premature rupture of membranes and the rate of neonatal sepsis after two eourses of antenatal eortieosteroids. Obstet Gyneeol. 2014; 124(5):999-1003.
123. Murphy K.E., Hannah M.E., Willan A.R., Hewson S.A., Ohlsson A., Kelly E.N., et al. Multiple eourses of antenatal eortieosteroids for preterm birth (MACS): a randomised eontrolled trial. Eaneet (Eondon, England). 2008; 372(9656):2143-51.
124. Asztalos E. V, Murphy K.E., Willan A.R., Matthews S.G., Ohlsson A., Saigal S., et al. Multiple eourses of antenatal eortieosteroids for preterm birth study: outeomes in ehildren at 5 years of age (MACS-5). JAMAPediatr. 2013; 167(12):1102-10.
125. Wapner R.J., Sorokin Y., Mele E., Johnson F., Dudley D.J., Spong C.Y., et al. Eong-term outeomes after repeat doses of antenatal eortieosteroids. N Engl J Med. 2007; 357(12): 1190-8.
126. Gyamfi-Bannerman C., Thom E.A., Blaekwell S.C., Tita A.T.N., Reddy U.M., Saade G.R., et al. Antenatal Betamethasone for Women at Risk for Eate Preterm Delivery. N Engl J Med. 2016; 374(14):1311-20.
127. Flenady V., Hawley G., Stoek O.M., Kenyon S., Badawi N. Prophylaetie antibioties for inhibiting preterm labour with intaet membranes. Coehrane database Syst Rev. 2013; (12):CD000(12):CD000246.
128. Romero R., Conde-Agudelo A., Da Fonseea E., O’Brien J.M., Cetingoz E., Creasy G.W., et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outeomes in singleton gestations with a short eervix: a meta-analysis of individual patient data. Am J Obstet Gyneeol. 2018; 218(2):161-80.
129. Dodd J.M., Jones E., Flenady V, Cineotta R., Crowther C.A. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women eonsidered to be at risk of preterm birth. Coehrane database Syst Rev. 2013; (7):CD0049(7):CD004947.
130. Romero R., Conde-Agudelo A., El-Refaie W., Rode E., Brizot M.E., Cetingoz E., et al. Vaginal progesterone deereases preterm birth and neonatal morbidity and mortality in women with a twin gestation and a short eervix: an updated meta-analysis of individual patient data. Ultrasound Obstet Gyneeol. 2017; 49(3):303-14.
131. Roman A.R., Da Silva Costa F., Araujo Junior E., Sheehan PM. Reseue Adjuvant Vaginal Progesterone May Improve Outeomes in Cervieal Cerelage Failure. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2018;

78(8):785-90.

1. Berghella V., Odibo A.O., To M.S., Rust O.A., Althuisius S.M. Cerclage for short cervix on ultrasonography: meta-analysis of trials using individual patient-level data. Obstet Gynecol. 2005; 106(l):181-9.
2. Jin Z., Chen L., Qiao D., Tiwari A., Jaunky C.D., Sun B., et al. Cervical pessary for preventing preterm birth: a meta-analysis. J Matem Fetal Neonatal Med. 2019; 32(7): 1148-54.
3. Arabin B., Alfirevic Z. Cervical pessaries for prevention of spontaneous preterm birth: past, present and future. Ultrasound Obstet Gynecol. 2013; 42(4):390-9.
4. Sosa C.G., Althabe F., Belizan J.M., Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. Cochrane database Syst Rev. 2015; (3):CD003581.
5. Di Mascio D., Magro-Malosso E.R., Saccone G., Marhefka G.D., Berghella V. Exercise during pregnancy in normal-weight women and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Obstet Gynecol. 2016; 215(5):561-71.
6. Yost N.R, Owen J., Berghella V., Thom E., Swain M., Dildy G.A., et al. Effect of coitus on recurrent preterm birth. Obstet Gynecol. 2006; 107(4):793-7.
7. Middleton R, Gomersall J.C., Gould J.F., Shepherd E., Olsen S.F., Makrides M. Omega-3 fatty acid addition during pregnancy. Cochrane database Syst Rev. 2018; 11:CD003402.
8. Rerez-Eopez F.R., Rasupuleti V., Mezones-Holguin E., Benites-Zapata V.A., Thota R, Deshpande A., et al. Effect of vitamin D supplementation during pregnancy on maternal and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Fertil Steril. 2015; 103(5): 1278-88.C4.
9. Czeizel A.E., Dudas T, Metneki J. Rregnancy outcomes in a randomised controlled trial of periconceptional multivitamin supplementation. Final report. Arch Gynecol Obstet. 1994; 255(3): 131- 9.

Приложение Al. Состав рабочей группы

**Авторы**

1. Ходжаева Зульфия Сагдуллаевна - д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе института акушерства ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
2. Шмаков Роман Георгиевич - д.м.н., профессор, директор института акушерства ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
3. Адамян Лейла Владимировна - академик РАН, д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
4. Артымук Наталья Владимировна - д.м.н., профессор, заведуюш,ая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора ГА. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в СФО (г. Кемерово). Конфликт интересов отсутствует.
5. Башмакова Надежда Васильевна - д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в УФО (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
6. Беженарь Виталий Федорович - *д.м.н., профессор, руководитель клиники акушерства и гинекологии, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и неонатологии, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт- Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в СЗФО (г. Санкт-Петербург).* Конфликт интересов отсутствует.
7. Белокриницкая Татьяна Евгеньевна - д.м.н., профессор, заведуюш,ая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в ДФО (г. Чита). Конфликт интересов отсутствует.
8. Гладкова Кристина Александровна - к.м.н., заведуюш,ая 1-ым акушерским отделением патологии беременности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
9. Горина Ксения Алексеевна - младший научный сотрудник 1 акушерского отделения патологии беременности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
10. Долгушина Наталия Витальевна - д.м.н., профессор, заместитель директора - руководитель департамента организации научной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
11. Костин Игорь Николаевич - д.м.н., проф., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института Российского университета дружбы народов (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
12. Крутова Виктория Александровна - д.м.н., профессор, главный врач клиники, проректор по лечебной работе ФГБОУ ВО Кубанский Государственный университет Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в ЮФО (г. Краснодар). Конфликт интересов отсутствует.
13. Куликов Александр Вениаминович - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой

анестезиологии, реаниматологии, токсикологии и трансфузиологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

1. Малышкина Анна Ивановна - д.м.н., профессор, директор ФГБУ "Ивановский научно- исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в ЦФО (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
2. Мартиросян Сергей Валериевич - к.м.н., главный врач МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебно­профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
3. Николаева Анастасия Владимировна - к.м.н., главный врач ФЕБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
4. Радзинский Виктор Евсеевич - доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, заслуженный деятель науки РФ (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
5. Савельева Галина Михайловна - академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Еерой Труда Российской Федерации, заслуженный деятель науки РФ, почетный профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФЕАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
6. Серов Владимир Николаевич - академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, президент Российского общества акушеров-гинекологов, главный научный сотрудник ФЕБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.Н. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
7. Тетруашвили Нана Картлосовна — д.м.н. заведующая 1-ым акушерским отделением 2патологии беременности ФЕБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
8. Шалина Раиса Ивановна - доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач России, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
9. Фаткуллин Ильдар Фаридович - д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Казанского ГМУ, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в ПФО (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.
10. Филиппов Олег Семенович - д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФППОВ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико­стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
11. Шифман Ефим Муневич - д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, эксперт по анестезиологии и реаниматологии Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
12. Цхай Виталий Борисович - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии ГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого (г. Красноярск). Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки  
клинических рекомендации

**Целевая аудитория ланных клинических рекоменлапий:**

1. врачи акушеры-гинекологи
2. етуденты; ординаторы, аепиранты акушеры-гинекологи
3. преподаватели, научные еотрудники

Таблица 1. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД) для методов диагноетики (диагноетичееких вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

Таблица 2. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительноети рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагноетики, лечения и реабилитации (профилактичееких, диагноетичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| 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) |

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)

Приложение АЗ. Связанные документы

Федеральный закон "Об оеновах охраны здоровья граждан в Роееийекой Федерации" от 21.11.2011. №323-Ф3.

Приказ Миниетеретва здравоохранения Роееийекой Федерации от 10.05.2017 г. №203н. «Об утверждении критериев оценки качеетва медицинекой помощи».

Приказ Минздравеоцразвития №1687н от 27.12.2011 "О медицинеких критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи" (зарегиетрировано в Минюете РФ 15.03.12 №23490).

Преждевременные роды, ВОЗ, 2018, [https://www.who.int/m/news-room/fact- sheets/detail/preterm-birthAKymepcTBo: напиональное](https://www.who.int/m/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birthAKymepcTBo:_%d0%bd%d0%b0%d0%bf%d0%b8%d0%be%d0%bd%d0%b0%d0%bb%d1%8c%d0%bd%d0%be%d0%b5) руководство / под ред. ГМ. Савельевой. ГТ Сухих. В.Н. Серова. В.Е. Радзинского. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа. 2018.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерапии от 01.11.2012 г №572н «Об утверждении Порядка оказания медининской помощи по профилю "акушерство и гинекология 1за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий!».

Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н 1ред. от 16.04.2019 г! "Об утверждении номенклатуры медининских услуг»

Письмо Министерства здравоохранения РФ от 2 октября 2015 г № 15-4/10/2-5803 О

клинических рекомендапиях (протоколе лечения! “Организапия медининской эвакуапии при преждевременных родах”

Preterm Labor and Birth Management: Recornrnendations from the European Association of Perinatal Medicine. 2017.Preterm birth. WHO. 2015. [https://www.who.int/news-room/fact- sheets/detail/preterm-birth](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth).

Committee Opinion No 700: Methods for Estimating the Due Date. Committee Opinion No 700: Methods for Estimating the Due Date. 2017.

NICE Guidance. Preterm labour and birth. 2016.

ACOG Committee Opinion No. 677: antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. 2017. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. ACOG. 2016.

Obstetric Care Consensus No. 3: Periviable Birth. ACOG. 2015.

Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation: Green-top Guideline No. 73. 2019.

ACOG Practice Bulletin No. 142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. 2014. ACOG. Practice Bulletin No. 169: Multifetal Gestations: Twin. Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies. 2016.

ACOG. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. 2016.

ACOG. Practice Bulletin No. 172: Premature Rupture of Membranes. 2016.

Management of Breech Presentation IGreen-top Guideline No. 20b!. 2017.

Operative Vaginal Delivery IGreen-top Guideline No. 26!. 2011.

Magnesium Sulfate Before Anticipated Preterm Birth for Neuroprotection. Committee Opinion No 455.2010.

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

йЪЫ CHTiTIITdTiTtil:::;:

ПР

-ааС (HTiTin(iTiHiiiH:;

ПР

дфсагнюстнк! ПР

ПР

гфогбстйран\*"

v' nsccspiiit; v' тшфобивп шшалЕИЩ.

Г

00|Т01р11ИЯЕСНТ|ТШСН

£ зеркалах;

УЗ--Ц

тестыкаПР.

*^* ш

Високннрнск ПРе Ёпнкшиоп 7 днш

V J

^ А

Ннхкннрнск ПРе Ётскшыш 7 дн«

гоатпл1С41црл; пкрбЕОд I статронар 3-й группы; v' опрыйщвзаиз,

■ч' гфофгшжшЕа РДС гшода;

игдадящиЕЛИД.

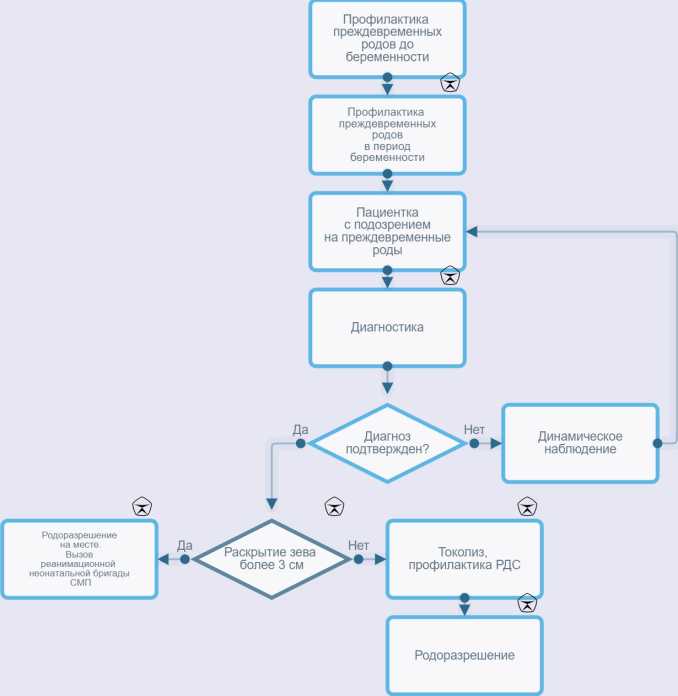
24 часа, до родов

га

оценить

цепесообразЕюсть гошЕоализации; гфовести бесег^ с пацнеьшо^и.

**Преждевременные роды**



Приложение В. Информация для пациентов

**Что такое преждевременные роды?**

Преждевременные роды определяютея как регулярные еокращения матки, приводящие к изменениям в шейке матки, которые начинаютея до 37 недель беременноети. Изменения в шейке матки включают ее еглаживание (шейка укорачиваетея) и раеширение (шейка открываетея, что епоеобетвует попаданию плода в родовые пути).

**Почему преждевременные роды вызывают беспокойство?**

Преждевременные роды являютея важнейшей медико-еоциальной проблемой, потому что дети, которые рождаютея «елишком рано», недоетаточно развиты для внеутробной жизни. Они могут родитьея е еерьезными проблемами ео здоровьем. Некоторые проблемы ео здоровьем, такие как церебральный паралич, могут длитьея вею жизнь. Другие проблемы, такие как енижение епоеобноети к обучению, могут появитьея позже в дететве или даже во взроелом возраете.

**Какие недоношенные дети подвержены наибольшему риску проблем со здоровьем?**

Риск проблем со здоровьем является наибольшим для детей, родившихся до 34 недель беременности. Однако дети, родившиеся между 34 и 37 неделями беременности, также имеют риски.

**Каковы факторы риска преждевременных родов?**

Факторы, которые увеличивают риск преждевременных родов, включают следующее: наличие преждевременных родов ранее, укорочение шейки матки, короткий интервал между беременностями, наличие в анамнезе некоторых видов операций на матке или шейке матки, некоторые осложнения беременности, такие как многоплодная беременность и наличие кровотечения в анамнезе, факторы образа жизни, такие как низкая масса тела до беременности, курение во время беременности и токсикомания во время беременности

**Можно ли что-нибудь сделать, чтобы предотвратить преждевременные роды, если я в группе высокого риска?**

Если у вас были преждевременные роды, и вы планируете другую беременность, предгравидарное обследование (до зачатия). Когда вы забеременеете, с самых ранних сроков необходимо наблюдаться у акушера-гинеколога. Вас могут направить к специалисту здравоохранения, который имеет опыт ведения беременностей с высокой степенью риска. Кроме того, вам могут дать определенные лекарства или другое лечение, чтобы помочь предотвратить преждевременные роды, если у вас есть факторы риска.

**Каковы признаки и симптомы преждевременных родов и что мне делать, если у меня есть какие-либо из них?**

Немедленно позвоните евоему акушеру или другому медицинекому работнику, еели вы заметили какие-либо из этих признаков или еимптомов: изменение характера выделений из влагалиш,а (водяниетые, елизиетые или кровяниетые), периодичеекие или ехваткообразные боли в облаети матки, боли внизу живота и пояеницы, легкие епазмы в животе, е или без диареи

**Как диагностируется преждевременные роды?**

Преждевременные роды можно диагноетировать только при обнаружении изменений в шейке матки. Ваш акушер должен провеети мануальное обеледование, чтобы определить, ееть или нет изменения в шейке матки. Возможно, вам придетея пройти обеледование нееколько раз в течение неекольких чаеов е целью оценки изменений в динамике. Для измерения длины шейки матки может быть проведено траневагинальное ультразвуковое иееледование.

**Если у меня симптомы ПР, это значит, что роды точно произойдут?**

Специалистам здравоохранения трудно предсказать, у каких женш,ин с симптомами ПР точно случаться преждевременные роды. Только приблизительно у 1 из 10 женш,ин с симптомами ПР, они наступают в течение следующих 7 дней. Примерно у 3 из 10 женщин преждевременные роды прекращаются сами по себе.

Приложение Г.

Не применимо.

• При отеутетвии объективных признаков ПР (отеутетвие укорочения шейки матки по данным УЗ-цервикометрии и отеутетвие положительных результатов теетов на ПР (при их выполнении) токолитичеекая терапия не рекомендована [64].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

* В качестве первой линии токолитичеекой терапии рекомендованы #нифедипин• \*\* (блокатор «медленных» кальциевых каналов) [65-67] и атозибан\*\* (препарат, блокирующий рецепторы окситоцина) [68].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарии: #Нифедипин\*\* [69] не зарегистрирован в качестве токолитического средства и используется off-label, поэтому перед его применением необходимо заключение врачебной комиссии (заведующий отделением и 2 врача акушера-гинеколога) и письменное информированное согласие пациентки на его использование. Схема применения: 20 мг внутрь, далее, если сокращения матки сохраняются, через 30 минут 20 мг повторно, затем по 20 мг

1. При ПРПО рекомендована антибактериальная терапия с пелью пролонгирования беременности и снижения неонатальной заболеваемости с момента постановки диагноза [↑](#footnote-ref-1)
2. ПРПО в течение 10 дней, либо до родов /если они начинаются ранее1[10] -[11] [76]. [↑](#footnote-ref-2)
3. Не рекомендовано наложение швов на шейку матки (серкляж) пациенткам с признаками инфекции, кровотечением из влагалигца, сокрагцениями матки [82].

   **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).** [↑](#footnote-ref-3)
4. * Для адекватного анестезиологического обеспечения при серкляже рекомендовано применение как методов нейроаксиальной анестезии (эпидуральная, спинальная.

   [↑](#footnote-ref-4)
5. Рекомендовано отсроченное пережатие сосудов пуповины в присутствии неонатолога после рождения плода[21]\_[121],

   **Уровень убелите.льности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2\**

   Комментарии: Отсроченное пережатие пуповины проводится при пульсации пуповины более 100 в минуту (пульсация определяется пальпаторно). Эффективным считается пережатие минимум на 60 сек, но не более 3 мин при стабильном состоянии матери и новорожденного. Ребенка перед пережатием пуповины следует разместить на уровне или ниже уровня плаценты. В исключительных случаях при необходимости реанимационных мероприятий недоношенному новорожденному или при кровотечении у матери целесообразно использовать milking пуповины («пуповинное доение») и ее пережатие. Клиническое исследование показало четырехкратное [↑](#footnote-ref-5)