

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ**

**Клиническое руководство
по индукции родов**

(для стационарного уровня организаций здравоохранения)

Бишкек – 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Общая информация	3
- Ключевые слова	
- Список сокращений	
1. Краткая информация	5
- Определение	
- Актуальность	
2. Рекомендации по показаниям и противопоказаниям к индукции родов	
2.1. Рекомендации по показаниям к индукции родов	
2.2. Рекомендации по противопоказаниям к индукции родов	
3. Рекомендации по точному определению срока беременности и родов	7
4. Рекомендации по индукции родов	9
5. Рекомендации по методам индукции родов	11
6. Рекомендации по индукции родов при ПРПП	13
7. Рекомендации по индукции родов при внутриутробной гибели плода	14
8. Рекомендации по ведению осложнений индукции родов	15
Список использованной литературы	17
Приложение А1. Состав мультидисциплинарной рабочей группы	18
Приложение А2. Стратегия поиска международных клинических руководств по индукции родов	20
Приложение Б. Алгоритм индукции родов при сроке беременности 41+	24
Приложение В1. Информированное согласие на индукцию родов	27
Приложение В2. Информированное согласие на индукцию катетером Фолея	28
Приложение В3. Стандарт операционной процедуры индукции катетером Фолея	29
Приложение В4. Информированное согласие на выжидательную тактику при дородовом излитии о\п вод	30
Приложение Г. Памятка для пациента по индукции родов	31

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Цель создания Клинического руководства

Внедрение и организация системы единого подхода по индукции родов основанного на международных клинических руководствах высокого методологического качества и адаптированного к местным условиям.

Целевые группы

Врачи первичного уровня здравоохранения, акушер-гинекологи; специалисты, ответственные за качество оказания медицинской помощи (ФОМС, комитеты и технические группы по управлению качеством медуслуг организаций здравоохранения).

Дата разработки: 20.11. 2022 г.

Дата последующего рассмотрения: 20.11.2027

Ключевые слова: индукция родов, переносимость, зрелость шейки матки, мониторинг состояние плода, гиперстимуляция или тахисистолия матки, дистресс плода, кровотечение, родовые травмы.

Список сокращений

ХИ – химическая индукция
ИР – индукция родов
ПР – преждевременные роды
ПБ – переносимая беременность
ЗР – затяжные роды
ОР – обструктивные роды
ИМТ – индекс массы тела
ВСП – внутриутробное состояние плода
ВРТ – вспомогательные репродуктивные технологии
КТГ – кардиотокография плода
КТР – копчиково-теменной размер
КФ – катетер Фолея
ПГ – простогландины
МЗ - мизопростол
МФ - мифепристон
МШБ – модифицированная шкала Бишопа
ЗШМ – зрелость шейки матки
ПДР – предполагаемая дата родов
ПРПО – преждевременный разрыв плодных оболочек
ДИОВ – дородовое излитие околоплодных вод
БП – безводный период
РКИ – рандомизированные клинические исследования
СЗРП – синдром задержки развития плода
УЗИ – ультразвуковое исследование

1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1.1. Определение

Индукция родов (родовозбуждение) – искусственное индуцирование родовой деятельности с целью родоразрешения через естественные родовые пути.

1.2. Актуальность

В последнее время в акушерстве наблюдается увеличение частоты индукции родов. Частота индукции родов колеблется от низкого до высокого, и в среднем составляет 9,6% (самый низкий показатель в Нигерия-1,4%, самый высокий показатель в Шри Ланке-35,5%) (WHO 2010, 2011 NICE 2018). Индукция родов не является безопасной процедурой, а эффективность зависит от правильного выбора показаний и противопоказаний, времени проведения, метода или последовательности применения методов, обоснованных в конкретной клинической ситуации.

Следует также отметить, что с момента утверждения клинического протокола по индукции родов от МЗ КР №691 – 09.09.2016, по данным отчетов национальных программ КРМС, АКС, перинатального и клинического аудита, увеличились по этой причине материнская и младенческая заболеваемость и смертность, случаи разрыва матки после химической индукции родов мизопростолом, поэтому необходимо оптимизировать подходы к подготовке шейки матки и родовозбуждению, а также создание алгоритмов их проведения.

Индукция родов может выполняться по медицинским показаниям (например, при преэклампсии или по состоянию плода) или избирательно при перенашивании (плановые роды). Индукция родов – это стимуляция сокращений матки до начала самопроизвольных родов для достижения деторождения через естественные родовые пути. Термины преиндукция и индукция по рекомендации экспертов ВОЗ (2022г.) не приемлемы. Все методы относятся к процессу индукции родов. При этом постоянная в\в инфузия окситоцина является самым распространенным, а механические методы относительно безопасным и эффективным методом. Однако проблема зрелости шейки матки и обоснованности применения индукции родов всегда оспоримы.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ РУКОВОДСТВА

Цель: Повышение знаний, умений и навыков врачей/медицинских работников стационарных организаций здравоохранения в оказании качественной квалифицированной медицинской помощи пациенткам с индукцией родов на всех стационарных организациях здравоохранения Кыргызской Республики (КР).

Задачи:

1. Внедрение в практику единых научно-обоснованных клинико-лабораторных критериев индукции родов на стационарных уровнях организаций здравоохранения КР.
2. Внедрение в практику научно-обоснованных принципов и подходов по индукции родов на стационарных уровнях здравоохранения КР.
3. Применение единого алгоритма действий на всех стационарных уровнях оказания медицинской помощи пациенткам с индукцией родов для:
 - позитивных и безопасных результатов при индукции родов;
 - правильного квалифицированного ведения индукции родов.
4. Снижение риска развития и прогрессирования осложнений у пациенток с индукцией родов.

Целевая группа руководства

Клиническое руководство рекомендуется использовать для проведения индукции родов согласно предлагаемых алгоритмов.

Клиническое руководство разработано для медицинских работников всех стационарных уровней ОЗ КР, принимающих участие в индукции родов.

Ожидаемые результаты применения клинического руководства:

- Улучшение качества индукции родов и дифференцированное внедрение методов индукции родов с соблюдением условий будет способствовать улучшению перинатальных исходов для матери и плода.
- Рациональное ведение при индукции родов будут способствовать сокращению акушерских осложнений, и снижению материальных и иных затрат пациента и государства.

Общие принципы индукции родов:

■ Четкие медицинские показания и ожидаемые преимущества должны перевешивать потенциальный вред. При проведении индукции родов необходимо учитывать фактическое состояние, пожелания и предпочтения каждой женщины, обращая особое внимание на состояние шейки матки, конкретный метод /индукции родов и сопутствующие условия, в частности – наличие в анамнезе родов и разрыв плодных оболочек.

■ Процедура опасна риском гиперстимуляции или тахисистолии матки, разрыва матки, дистресса плода

■ Тщательное и непрерывное наблюдение и оценка состояния матери и плода

■ Беременная женщина не должна оставаться без внимания

■ Индукцию следует выполнять в случаях, когда может быть выполнено кесарево сечение (WHO 2011, 2018).

2. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОКАЗАНИЯМ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ИНДУКЦИИ РОДОВ

2.1. Показания для индукции:

- Переношенная неосложненная беременность - более 41 недели 2 дня гестации при доказанном сроке по первому раннему УЗИ (это вмешательство необходимо, чтобы избежать перенашивания, так как оно связано с меньшим количеством перинатальных смертей, чем выжидательная тактика -WHO 2018, NICE 2021)
- Преэклампсия в сроке ≥ 37
- Серьезные заболевания матери, не поддающиеся лечению
- Разрыв плодных оболочек при доношенной беременности в сроке $\geq 37+0$ недель (индукция родов рекомендована женщинам с преждевременным разрывом плодных оболочек при доношенной беременности, окситоцин должен быть рассмотрен в качестве первостепенного препарата стимуляции родов после короткого периода выжидательной тактики - доказательства высокого качества. Сильная рекомендация. (WHO 2011, SOGC 2013, ACOG 2022)
- Хориоамнионит
- Подозрение на неудовлетворительное состояние плода
- Аллоиммунизация при анемии плода
- Внутритробная гибель плода

В	Показания к индукции должны быть задокументированы, а обсуждение должно включать в себя причину индукции, метод индукции и риски, включая неудачу в достижении родов и возможный повышенный риск кесарева сечения. (III-Б) Если индукция родов не удалась, следует пересмотреть показания и метод индукции. (III-Б)
В	Индукция родов при доношенной беременности и при подозрении на макросомию плода не рекомендована (III-Б) Если гестационный диабет - единственная патология, индукция родов до 41 недель гестации не рекомендована. WHO 2018(III-Б)
В	Индукция родов не должна проводиться исключительно из-за предпочтений пациента или медицинского работника. (III-Б)
В	Если имеются значительная задержка развития плода и признаки его неудовлетворительного состояния, индукция не рекомендована. NICE 2021(III-Б)

2.2. Противопоказания к индукции:

- Предлежание плаценты, предлежание сосудов или предлежание пуповины, аномальное положение или предлежание плода (например, поперечное положение или тазовое предлежание)
- Структурные деформации таза или шейки матки
- Предшествующий корпоральный или Т-образный разрез на матке
- Хирургия матки в анамнезе (например, миомэктомия через все слои стенки матки)
- Активный генитальный герпес
- Неудачная химическая индукция родов
- Инвазивный рак шейки матки
- Разрыв матки в анамнезе (SOGC 2013, WHO 2018)

3. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ТОЧНОМУ ОПРЕДЕЛЕНИЮ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

A	Для предотвращения неоправданной индукции необходимо рутинное ранее антенатальное УЗИ для подтверждения ожидаемой даты родов (>41 недели) (ОР 0,68, 95% ДИ 0,57 – 0,82). Оптимально, каждая женщина должна пройти УЗИ в первом триместре, чтобы установить срок беременности. (I-A) SOGC 2013 . NICE 2021(I-A)
----------	--

Точная датировка беременности важна для улучшения результатов и является обязательным условием исследований и общественного здравоохранения. Как только будут получены данные последней менструации, первого точного ультразвукового исследования или того и другого, следует определить гестационный возраст и предполагаемую дату родов (EDD), обсудить их с пациенткой и четко задокументировать в медицинской карте. Сонографию можно использовать на разных стадиях гестационного развития для определения возраста растущего плода. Определение правильного возраста влияет на дальнейший уход за женщиной и плодом и может повлиять на даты, которые определяют жизнеспособность плода, ожидаемую дату родов и соответствующую скорость роста. Наиболее точным методом определения гестационного возраста является период с 8 по 12 неделю, когда можно определить длину темени и крестца, а плод находится в наибольшей и наиболее последовательной скорости роста [1,2].

В этот период отмечаются самые быстрые и стабильные темпы роста, и гестационный возраст можно точно оценить с точностью до 5 дней [1,5].

Из методов первого триместра длина от темени до крестца является наиболее точным для определения гестационного возраста [4]. Это впервые измеряется примерно через 6 недель, когда эмбрион появляется на краю желточного мешка в виде линейной гиперэхогенной структуры. Он наиболее точен в период от 6 до 10 недель в период наиболее быстрого и стабильного роста.

Измерения CRL тем точнее, чем раньше в первом триместре проводится УЗИ. Измерение, используемое для датирования, должно быть средним значением трех дискретных измерений CRL, когда это возможно, и должно быть получено в истинной срединной сагиттальной плоскости, с продольным обзором генитального бугорка и позвоночника плода, а максимальная длина от черепа до каудального крестца измеряется как прямая линия.

Вероятность ошибки в точности при определении срока беременности разными методами:

- При диаметре плодного яйца : $\pm 5-7$ дней
- **7 – 10 нд. (длина от темени до крестца CRL): ± 3 дня (наименьшая вероятность ошибки)**
 - 10-14 нд. (CRL): ± 5 дней;
 - 15 недель (CRL): $\pm 8,4$ дня;
 - Менструальный ± 14 дней;
 - III триместр по УЗИ-параметрам: ± 21 день

Если беременность наступила в результате ВРТ, для определения ПДР следует использовать гестационный возраст, полученный с помощью ВРТ. Например, ПДР для беременности, наступившей в результате экстракорпорального оплодотворения, следует назначать с учетом возраста эмбриона и даты переноса. Например, для эмбриона 5-го дня РДР будет составлять 261 день с даты замены эмбриона. Аналогичным образом, EDD для эмбриона 3-го дня будет составлять 263 дня с даты замены эмбриона (<https://www.acog.org/clinical>).

Американский колледж акушеров и гинекологов, Американский институт ультразвука в медицине и Общество медицины матери и плода (2017) дают следующие рекомендации относительно метода оценки гестационного возраста и срока родов:

- Ультразвуковое исследование эмбриона или плода в первом триместре (до 13 6/7 недель беременности включительно) является наиболее точным методом установления или подтверждения гестационного возраста.

- Если беременность наступила в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), для определения предполагаемой даты родов (РДР) следует использовать гестационный возраст, полученный с помощью ВРТ. Например, ПДР для беременности, наступившей в результате экстракорпорального оплодотворения, следует назначать с учетом возраста эмбриона и даты переноса.

- Как только будут получены данные последнего менструального цикла (ПММ), первого точного ультразвукового исследования или того и другого, следует определить гестационный возраст и ПДР, обсудить их с пациенткой и четко задокументировать в медицинской карте. Последующие изменения в EDD следует зарезервировать для редких случаев, обсудить с пациентом и четко задокументировать в медицинской карте.

- При определении с помощью методов, описанных в этом документе для оценки срока родов, гестационный возраст на момент родов представляет собой наилучшую акушерскую оценку для целей клинической помощи и должен быть записан в свидетельстве о рождении. Для целей исследований и эпиднадзора в качестве меры гестационного возраста следует использовать наилучшую акушерскую оценку, а не оценки, основанные только на ПМД.

Точное определение срока беременности может положительно повлиять на исходы беременности. Например, одно исследование показало снижение потребности в индукции родов в группе женщин, рандомизированных для проведения планового УЗИ в первом триместре, по сравнению с женщинами, которые получали только УЗИ во втором триместре. Кокрановский обзор пришел к выводу, что УЗИ может снизить потребность в предродовой индукции [7].

В	Беременные женщины, решившие отложить индукцию на срок > 41+0 недель, должны два раза в неделю проходить оценку состояния плода (II-2Б)
----------	---

4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИНДУКЦИИ РОДОВ

В	Учреждения должны иметь программы обеспечения качества и правила введения в должность, включая инструменты безопасности, такие как контрольные списки, для обеспечения того, чтобы ввод в должность выполнялся только по приемлемым показаниям. (II-2Б)
----------	---

А	Медицинские работники должны оценить шейку матки (используя шкалу Бишопа), чтобы определить вероятность успеха и выбрать подходящий метод индукции. (II-2А)
В	Оценка Бишопа должна быть задокументирована. (III-Б) Медицинские работники должны учитывать, что индукция женщин с неблагоприятным состоянием шейки матки связана с более высокой частотой неудач у нерожавших пациенток и более высокой частотой кесарева сечения у нерожавших и рожавших пациенток. (II-2А)-[2, 4]

В	Если состояние шейки матки “неблагоприятное” (оценка меньше 5б), следует стимулировать шейку матки катететром Фолея или простагландином, прежде чем предпринять индукцию окситоцином. WHO 2018, NICE 2021. (II-2Б)
----------	--

Оцените состояние шейки матки с помощью шкалы Бишопа и задокументируйте результат, чтобы определить вероятность успеха и выбрать надлежащий метод индукции. Индукция родов у женщин с неудовлетворительным состоянием шейки матки связано с более высокой

частотой неудач индукции у нерожавших женщин, и более высокой частотой кесаревых сечений у нерожавших и рожавших женщин (SOGC 2013,[2, 3].

В	Интрацервикальные катетеры Фолея являются допустимыми средствами (II-2B), которые безопасны как в условиях вагинальных родов после кесарева сечения (IB), так и в амбулаторных условиях. (II-2B). Двухпросветные катетеры можно рассматривать как альтернативу первой линии. (II-2B) При нарушении целостности плодных оболочек в доношенном сроке беременности предпочтительнее через 24 часа начать преиндукцию пероральным жидким мизопростолом 20-25мкг каждые 6 часов. Шкала Бишопа должна быть переоценена через 6 часов после вагинального введения низкодозной таблетки или перорального приема жидкого мизопростола (II-2B).
----------	--

Необходимо учитывать преимущество механической баллонной подготовки шейки матки катетером “Фoley” перед химическим методом мизопростолом.

Данный метод не требует непрерывного наблюдения и оценки состояния матери плода в период созревания; не требует повторного вагинального осмотра в период созревания шейки матки; имеет меньший риск побочных эффектов, низкий риск гиперстимуляции матки и дистресса плода; риск инфекционных осложнений не доказан качественными исследованиями; есть преимущество по доступности и легкости в хранении, и относительно высокая эффективность – до 80% [6,7].

В Кыргызстане не зарегистрированы низкодозные простагландины E2 (0,5мг, 1 мг, 3 мг) для интрацервикального и влагалищного введения - эффективные агенты, способствующие созреванию шейки матки и индукции родов при «неблагоприятном» состоянии шейки матки. Так как увеличивает кровоснабжение шейки матки и способствует созреванию ее.

Мизопростол синтетическое производное другого простагландина, как E1, доступен только в виде таблеток по 200мг. Используют в жидком виде перорально, разбавляя 1 таблетку на 200мл воды, при этом каждый 20мл содержит по 20мг мизопростола.

Отличие между простагландином E1 и E2 заключается в том, что простагландин E1 является противовоспалительным фактором, тогда как простагландин E2 является провоспалительным фактором. Они действуют антагонистично друг другу.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что при пероральном применении мизопростола доза должна составлять от 20 до 25 мкг в растворе. Учитывая, что безопасность является первостепенной задачей, данные свидетельствуют в пользу использования пероральных схем по сравнению с вагинальными схемами. Это особенно важно в ситуациях, когда высок риск восходящей инфекции, а нехватка персонала означает, что женщины не могут находиться под интенсивным наблюдением (WHO 2018, NICE 2021).

Обсервационные исследования показывают, что частота разрывов матки высока при применении мизопростола, даже при использовании в низких дозах (WHO 2018, NICE 2021).

Индукция родов у беременных женщин в срок с неповрежденными плодными оболочками с помощью перорального приема мизопростола плюс катетер Фолея не привела к более высокой частоте родов через естественные родовые пути, но привела к большему количеству клинических проявлений хориоамнионита по сравнению с применением только перорального мизопростола (1. Levine LD, Downes KL, Elovitz MA, et al: Mechanical and pharmacologic methods of labor induction: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 128 (6):1357–1364, 2016; Катетер Фолея добавлена к протоколу индукции перорального приема мизопростола: кластерное рандомизированное исследование. Адхикари Э.Х., Нельсон Д.Б., Макинтайр Д.Д., Левено К.Дж. *Акушерство Гинекол.* 2020, ноябрь; 3. Трансбуккальный и вагинальный мизопростол в сочетании с катетером Фолея для созревания шейки матки в срок (исследование BEGIN): рандомизированное контролируемое исследование. Гомес Х.Б., Хоффман М.К., Каплан Р., Русталлер К., Янг М.Х.Х., Шишионе А.С. *Am J Obstet Gynecol.* 2021 май).

5. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МЕТОДАМ ИНДУКЦИИ РОДОВ

В	Везде, где проводится индукция родов, должны быть доступны устройства для непрерывного электронного мониторинга частоты сердечных сокращений плода и сокращения матки. Перед проведением индукции родов необходимо оценить и зарегистрировать шкалу Бишопа, а также подтвердить нормальную частоту сердечных сокращений плода с помощью электронного мониторинга плода. WHO 2018, NICE 2021. (II-2Б)
В	Если состояние шейки матки «благоприятное» (оценка от 6 и выше), как правило, индукция одним окситоцином оказывается успешной. Для стимуляции родовой деятельности не рекомендуется высокая стартовая доза окситоцина и схема введения с наращиванием дозировки. WHO 2018, NICE 2021. (II-2Б)
В	Комбинация баллонного катетера Фолея и окситоцина рекомендована как альтернативный метод, когда простагландины (включая мизопростол) противопоказаны или не доступны. (II-2Б)
В	Амниотомию следует проводить женщинам с благоприятным состоянием шейки матки. Особую осторожность следует проявлять в случае незанятого предлежания, поскольку существует риск выпадения пуповины. После амниотомии следует рано начать

	введение окситоцина для начала родов. (III-Б) Изолированная амниотомия не рекомендована для индукции родов. WHO 2011 Если была индукция мизопростолом, то окситоцин следует начинать не ранее, чем через 4 часа после последней дозы мизопростола. (III-Б)
--	---

В	В больничном протоколе можно рассматривать как высокие, так и низкие дозы окситоцина. (III-Б). Из-за различных концентраций скорость инфузии окситоцина всегда следует фиксировать в мЕд /мин, а не в мл/ч. (II-3Б)
----------	---

В	Для индукции родов через естественные родовые пути после кесарева сечения окситоцин может быть использован, но с большой осторожностью. (II-3Б)
----------	---

В	Мизопростол можно считать безопасным и эффективным средством для индукции родов при интактных плодных оболочках и в стационарных условиях. (II-2Б)
----------	--

Влагалищное введение простагландинов Е предпочтительнее интрацервикального, так как оно приводит к более своевременным родам WHO 2011 SOGC 2013 NICE 2013. Однако в Кыргызстане более доступны таблетированные формы мизопростола, который не требует особых условий хранения и стоит дешевле.

Д	Мизопростол не следует использовать при вагинальных родах после кесарева сечения из-за повышенного риска разрыва матки. Простагландины Е2 (цервикальные и вагинальные) не следует использовать при вагинальных родах после кесарева сечения из-за повышенного риска разрыва матки. (II-2D)
----------	--

В	После вагинального введения ПГЕ2 или жидкого мизопростола, когда начинаются схватки, следует оценивать состояние плода с помощью непрерывного электронного мониторинга плода. Как только кардиотокограмма будет подтверждена как нормальная, следует использовать периодическую аускультацию. Если частота сердечных сокращений плода ненормальна после вагинального введения ПГЕ2 или жидкого мизопростола, следует следовать рекомендациям по лечению нарушений состояния плода (Клиническое руководство NICE 2021). (II-2Б)
----------	--

В	Беременных женщин, которым предлагается индуцирование родов, следует проинформировать о том, что вероятно, будут более
----------	--

	<p>болезненными, чем спонтанные роды. Женщин следует информировать о наличии вариантов обезболивания в различных условиях. Во время индукции родов медицинские работники должны обеспечить женщин болеутоляющим средством, подходящим для них и их боли. Это может варьироваться от простых анальгетиков до эпидуральной анестезии. Акушерки (опекуны и медицинские работники) должны предлагать женщинам поддержку и обезболивание по мере необходимости, а также поощрять женщин использовать свои собственные стратегии преодоления боли. (II-2Б)</p>
--	--

Не проводились качественные научные исследования по оценке риска гиперстимуляции матки, дистресса плода, кесарева сечения, хориоамнионита или сепсиса, родовых травм для плода, других послеродовых осложнений при индукции родов жидким мизопростолом. Только крупные прагматичные исследования с адекватным размером выборки или большими регистрами смогут оценить риски гиперстимуляции матки, разрыва матки, серьезной неонатальной и материнской заболеваемости и долгосрочной безопасности. Любой предлагаемый режим дозирования включает компромисс между быстрыми родами и гиперстимуляцией матки. Необходимы качественные исследования, чтобы оценить, какое внимание женщины уделяют коротким родам по сравнению с повышенными перинатальными рисками, которые могут быть связаны с более короткими родами.

6. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИНДУКЦИИ РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

В случае родового разрыва плодных оболочек в сроке риск неонатальной и материнской инфекционной заболеваемости прогрессивно возрастает с течением времени с момента родового разрыва плодных оболочек. Хотя в большинстве исследований была выявлена польза, связанная с ранней индукцией в течение первых 24 часов после преждевременного разрыва плодных оболочек, в настоящее время нет точных данных относительно того, насколько рано следует планировать индукцию. Имеются доказательства низкого качества, свидетельствующие о том, что запланированные ранние роды (с методами индукции, такими как окситоцин или простагландины) снижают риск материнской инфекционной заболеваемости по сравнению с выжидательной тактикой ПРПО на 37-й неделе беременности или позже, без явного повышения риска кесарева сечения. Однако необходимы доказательства долгосрочного воздействия на младенцев. Доказательства очень низкого и среднего качества свидетельствуют об отсутствии четких различий между плановыми ранними родами и выжидательной тактикой в отношении серьезной материнской заболеваемости или смертности, перинатальной смертности и определенного неонатального сепсиса. Беременные женщины должны быть надлежащим образом проконсультированы, чтобы сделать осознанный выбор между

запланированными ранними родами и выжидательной тактикой по поводу ПРПО на 37-й неделе беременности или позже [2, 3].

В	Приемлемые временные рамки для выжидательного ведения включают до 24 часов для беременных женщин с отрицательными культурами стрептококка группы В и до 12 часов для беременных женщин с положительными культурами. (II-2Б)
----------	---

А	Индукция родов рекомендована у женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек при доношенной беременности. Окситоцин должен быть рассмотрен в качестве первостепенного препарата стимуляции родов. В случае разрыва оболочек при доношенной беременности следует рассмотреть целесообразность первоочередного применения окситоцина (в сравнении с выжидательной тактикой) (I-A).
----------	---

В	Вагинальные простагландины Е2 могут быть рассмотрены при разрыве плодных оболочек в сроке и могут использоваться в этих условиях. WHO 2018 (II-2Б)
----------	--

В	Беременные женщины с положительным результатом на стрептококк группы В могут раньше начать индукцию окситоцином после разрыва плодных оболочек, чтобы роды начались в течение 24 часов. (III-Б)
----------	---

7. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИНДУКЦИИ РОДОВ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

В	Метод и сроки родоразрешения после мертворождения зависят от гестационного возраста, при котором наступила смерть, акушерского анамнеза матери (например, предшествующая гистеротомия) и предпочтений женщины. Поставщики медицинских услуг должны взвесить риски и преимущества каждой стратегии в данном клиническом случае и рассмотреть доступный опыт. Поддержка пациента должна включать эмоциональную поддержку и четкое сообщение результатов обследования. Для управления горем и депрессией может быть рекомендовано направление к психологу, в группу поддержки или к специалисту в области психического здоровья. ACOG 2020
----------	---

В	До 28 недель беременности вагинальное введение мизопростола представляется наиболее эффективным методом индукции, независимо от цервикальной шкалы Бишопа.
----------	--

	Имеются доказательства высокого качества в поддержку использования комбинации мифепристона и мизопростала, (II-2Б)
--	--

<p>Прерывание беременности медикаментозным методом при внутриутробной гибели плода в сроках 14-28 недель проводится с применением следующей схемы назначения препаратов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 200 мг мифепристона, вводимого перорально, • через 1-2 дня повторяющиеся дозы 400 г мизопростала, вводимого сублингвально или вагинально каждые 4–6 часов. <p>Минимальный рекомендуемый интервал между использованием мифепристона и мизопростала составляет 24 часа</p>	
В	Интравагинальное введение мизопростала в дозе 100 мкг каждые 12 часов представляется безопасным, эффективным, практичным и недорогим новым методом индукции родов при внутриутробной гибели плода (II-2Б)

Результаты обзора с использованием баз данных Medline и Pubmed и руководств международных профессиональных обществ показало, что мизопростол эффективен для индукции родов в случае гибели плода или прерывания беременности из-за порока развития плода во 2 и 3 триместре. По сравнению с пероральным введением, вагинальное введение сокращает время индукции без увеличения побочных эффектов. Использование умеренных доз (800-400 мкг/сут) каждые 3-6 часов кажется лучшим компромиссом между эффективностью и переносимостью. Риск разрыва матки в случае предшествующего кесарева сечения оправдывает применение минимальной эффективной дозы у этих пациенток. В этом случае рекомендуется не превышать дозу 100 мкг на каждый прием.

8. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНДУКЦИИ РОДОВ

Гиперстимуляция матки - это определяется как одиночные сокращения продолжительностью 2 минуты, или 5 и более сокращений в течение 10-минутного периода, или схватки нормальной продолжительности, происходящие в течение 60 секунд после каждой другой. Оценка врача должна быть проведена в срочном порядке из-за риска разрыва матки. Американский колледж акушеров и гинекологов использует термин «тахисистолия» для описания > 5 сокращений за 10 минут, усредненных за 30-минутное окно. Также следует указать наличие или отсутствие сопутствующих изменений частоты сердечных сокращений плода (ЧСС).

В	Токолиз следует рассматривать, если во время индукции родов возникает гиперстимуляция матки. NICE 2020 (II-2Б)
----------	--

Для токолиза рекомендуется Тербуталин 250 мкг в/в или подкожно, или сальбутамол 100 мкг в/в или в виде аэрозоля вдохнуть. Вышеуказанные препараты не лицензированы для использования по этому показанию. NICE рекомендует информированное согласие должно быть получено и задокументировано.

Методы лечения: - прекратить индукцию (отключить введение окситоцина, удалить препараты, введенные вагинально, когда это возможно. Вагинальные системы доставки динопростона с контролируемым высвобождением удаляются легче, чем гель или вагинальные таблетки); уложить женщину на левый бок; обеспечить подачу кислорода со скоростью 8л/мин; провести инфузию изотонического раствора 500 мл за 15 минут или сальбутамол аэрозоль вдохнуть. Если нормальную ЧСС плода восстановить удастся, а гиперстимуляция купирована, продолжите ведение родов через естественные родовые пути. Если лечение неэффективно, имеются признаки страдания плода - показано экстренное кесарево сечение.

Неудачная индукция - определяется как отсутствие начала родов после одного цикла лечения.

В	Если индукция не удалась, медработники должны обсудить это с беременной женщиной и оказать ей поддержку. Последующие варианты ведения включают в себя кесарево сечение или дальнейшие попытки индукции (сроки зависят от клинической ситуации и пожеланий беременной женщины). NICE 2020. (II-2Б)
----------	---

Если индукция не удалась, медицинские работники должны обсудить это с женщиной и оказать поддержку. Необходимо провести полную переоценку состояния беременной женщины и течения беременности в целом, а также оценить состояние плода с помощью электронного мониторинга плода. Если индукция не удалась, решения о дальнейшем лечении следует принимать в соответствии с пожеланиями женщины и с учетом клинических обстоятельств.

Выпадение пуповины. Чтобы уменьшить вероятность выпадения пуповины, которое может произойти во время амниотомии, следует принять следующие меры предосторожности:

- Перед индукцией следует оценить вовлечение подлежащей части.
- Гинекологи и акушерки должны пальпировать предлежание пуповины во время предварительного вагинального исследования и избегать смещения головки ребенка.
- Следует избегать амниотомии если голова ребенка находится высоко.

- Медицинские работники должны всегда проверять отсутствие признаков низкого расположения плаценты перед амниотомией и перед индукцией родов.

Разрыв матки. При подозрении на разрыв матки во время индуцированных родов новорожденный должен быть извлечен путем экстренного кесарева сечения. Клинические рекомендации NICE 2020.

Разрыв матки может быть первичным, возникающим в ранее интактной или неповрежденной матке, или вторичным с сопутствующим ранее существовавшим разрезом миометрия, травмой или аномалией [3,6]. Разрыв матки после индукции мизопростолом является побочным эффектом, и его развитие не зависит от дозы, поскольку даже применение малых доз на матке без рубца может привести к разрыву матки. Частота разрыва матки колеблется от 0,5/1000 до 7/1000 родов в Индии, что составляет от 8% до 10% всех материнских смертей, и перинатальная смертность от 75% до 93% [4,5]. Признаки и симптомы разрыва матки после индукции неспецифичны, что затрудняет диагностику и иногда задерживает окончательное хирургическое лечение. Лечение разрыва матки включает реанимацию, быстрый перевод в операционную для диагностической лапаротомии с гистерэктомией или пластику разрыва в зависимости от клинических обстоятельств и состояния пациентки. Решение о том, необходима ли гистерэктомия или можно ли восстановить и сохранить матку, принимается во время операции, исходя из стабильности состояния матери, степени повреждения матки и желания матери иметь еще детей [1,5,8].

Таким образом, как только у пациентки появятся 2 регулярных умеренных схватки за 10 минут, прекратите прием мизопростола и сделайте КТГ в течение 30 минут, а также оцените состояние шейки матки при наличии жизнеспособного плода. Если для амниотомии условие есть, выполните искусственный разрыв плодных оболочек и дайте родам прогрессировать. Низкие дозы мизопростола вагинально 25-50 мкг каждые 6 часов рекомендуются для индукции родов. Аналоги простагландина E2 предпочтительнее из-за низкого риска разрыва матки.

Во время индукции родов требуется строгий мониторинг для выявления осложнений, таких как разрыв матки, которые потребуют хирургического вмешательства или гистерэктомии для предотвращения материнской смертности.

Рекомендации по приказу МЗКР «Индукция родов» МЗКР Приказ №691 от 9 сентября 2016г, приложение №5 по рутинному назначению кортикостероидов при плановом кесарево сечении на сроке до 38н+6д. не приемлемыми, так как появились доказательства о негативных отдаленных последствиях при антенатальном использовании стероидов более 34н+6д. сроках. Когортные качественные исследования в Канаде и Финляндии 2019, 2020г. провели наблюдение в течение 5-6 лет у детей, и отметили повышенный риск психических, поведенческих, нейроразвивающих расстройств по сравнению с отсутствием антенатального введения кортикостероидами. Не доказано, снижает ли антенатальное введение кортикостероидов частоту развития респираторного дистресс-синдрома (РДС) или транзиторного тахипноэ у новорожденных (ТН) (13).

9. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. WHO recommendations: induction of labor at or beyond term – 2018.
2. NICE guideline – Inducing labour. – 2021.
3. NewZealand guideline - induction of labor. - 2019
4. A systematic scoping review of clinical indications for induction of labour – 2020.
5. Queensland Clinical Guideline: Induction of labour – 2018
6. Mechanical methods for induction of labour.–2021.Cochrane database of systematic reviews 3(3):CD001233 OI:10.1002/14651858.CD001233.pub2-SourcePubMed
7. Van den Heuvel TLA, de Bruijn D, Moens-van de Moesdijk D, Beverdam A, van Ginneken B, de Korte CL. Comparison Study of Low-Cost Ultrasound Devices for Estimation of Gestational Age in Resource-Limited Countries. Ultrasound Med Biol. 2018 Nov;44(11):2250-2260. [[PubMed](#)]
8. Doubilet PM. Ultrasound evaluation of the first trimester. Radiol Clin North Am. 2014 Nov;52(6):1191-9. [[PubMed](#)]
9. Verburg BO, Steegers EA, De Ridder M, Snijders RJ, Smith E, Hofman A, Moll HA, Jaddoe VW, Witteman JC. New charts for ultrasound dating of pregnancy and assessment of fetal growth: longitudinal data from a population-based cohort study. Ultrasound Obstet Gynecol. 2008 Apr;31(4):388-96. [[PubMed](#)]
10. Papageorgiou AT, Ohuma EO, Altman DG, Todros T, Cheikh Ismail L, Lambert A, Jaffer YA, Bertino E, Gravett MG, Purwar M, Noble JA, Pang R, Victora CG, Barros FC, Carvalho M, Salomon LJ, Bhutta ZA, Kennedy SH, Villar J., International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century (INTERGROWTH-21st). International standards for fetal growth based on serial ultrasound measurements: the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project. Lancet. 2014 Sep 06;384(9946):869-79. [[PubMed](#)]

11. Skalkidou A, Kullinger M, Georgakis MK, Kieler H, Kesmodel US. Systematic misclassification of gestational age by ultrasound biometry: implications for clinical practice and research methodology in the Nordic countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018 Apr;97(4):440-444. [[PubMed](#)]
12. Management of suboptimally dated pregnancies. Committee Opinion No. 688. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;129:e29–32. [[PubMed](#)] [[Obstetrics & Gynecology](#)]
13. Системная версия базы данных Cochrane- 2021 22 декабря; CD006614.pub4. Антенатальные кортикостероиды перед плановым кесаревым сечением в срок для улучшения неонатальных исходов. Александрос Сотириадис, Эмма МакГолдрик, Джордж Макридимас, Стефания Папатеодору, Джон Па Иоаннидис, Фиона Стюарт, Розы Паркер.
14. Levine LD, Downes KL, Elovitz MA, et al: Mechanical and pharmacologic methods of labor induction: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 128 (6):1357–1364, 2016.
15. Луковица Фолея добавлена к протоколу индукции перорального приема мизопростола: кластерное рандомизированное исследование. Адхикари Э.Х., Нельсон Д.Б., Макинтайр Д.Д., Левено К.Дж. *Акушерство Гинекол*. 2020, ноябрь;.
16. Трансбуккальный и вагинальный мизопростол в сочетании с катетером Фолея для созревания шейки матки в срок (исследование BEGIN): рандомизированное контролируемое исследование. Гомес Х.Б., Хоффман М.К., Каплан Р., Русталлер К., Янг М.Х.Х., Шишионе А.С. *Am J Obstet Gynecol*. 2021 май;

СОСТАВ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Для обновления и своевременного пересмотра клинического руководства по индукции родов (ИР) на стационарных уровнях оказания медицинской помощи была создана мультидисциплинарная рабочая группа (МДРГ) из специалистов разного профиля. Это было обусловлено следующими причинами:

- По данным официальных отчетов, отчетов по КРМС, АКС и перинатального аудита увеличились случаи инвалидизации или смертности из-за гиперстимуляции матки, дистресса плода и/или неудачной индукции родов.
- Создание мультидисциплинарной группы позволило включить в процесс разработки клинического руководства все заинтересованные стороны, участвующие в оказании медицинской помощи пациентам с индукцией родов.
- Создание мультидисциплинарной группы позволило исключить конфликт интересов разработчиков.

Руководитель рабочей группы

Асылбашева Р.Б. главный специалист Управления организации медицинской помощи и лекарственной политики МЗ КР

Состав мультидисциплинарной рабочей группы

Аскеров А.А.	д.м.н., президент КААН, профессор кафедры акушерства и гинекологии КРСУ (председатель)
Шоонаева Н.Ж.	д.м.н., профессор, директор КНЦРЧ
Стакеева Ч.А	к.м.н., заведующая кафедрой акушерства гинекологии №2 КГМА
Марипова Ж.А.	к.м.н., директор ГПЦ г.Бишкек
Иманказиева Ф.И.	к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии КРСУ
Жалиева Г.К.	к.м.н., врач ЧООБ, преподаватель научно-образовательного центра КААН

Консультанты:

Жумалиева А.О. – зав.гинекологическим отделением Таласской ООБ
 Давлетова А.С. – директор ЦРЧ Жалал-Абадской области
 Матубраимова З.А. – директор род.дома №1 г.Бишкек
 Субанова Г.А. – зав.кафедрой акушерства и гинекологии южного филиала КГМИП и ПК
 Ташмаматова Д.М. – гл.врач перинатального центра Ош.городской больницы
 Сыдыгалиева А.К. – зав. родильным отделением ЧООБ
 Айдаралиева Т.К. – зав.родильным отделением ЦОВП г.Балыкчи
 Карыбекова А.М. – зав.акушерским отделением ГКБ г.Ош
 Кнатова А.Ф. – зав.ОПБ КРД№1
 Курбанов Б.А. – врач род.зала КРД№1
 Мамасеитова Н.Т. – зав.приемн.бл. КРД№2

Оценка клинического содержания (рецензенты)

Тинатин Гагуа MD, PhD, профессор Медицинского университета
Давида Твильдианиг. эксперт ВОЗ

Самигулина А.Э. д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии и
репродуктологии КГМИПКиПК им.С.Б.Даниярова

Экспертами проведена оценка методологического качества клинического руководства по логическому изложению, отражению наилучшей клинической практики в рекомендациях и применимости в условиях клинической практики организаций здравоохранения КР согласно инструменту AGREE 11.

Адрес для переписки с рабочей группой:

720040, Кыргызская Республика, г.Бишкек
ул. Тоголок Молдо 1
e-mail: askerov.arsen@inbox.ru

Декларация конфликта интересов

Перед началом работы по разработке клинического руководства, на рабочем совещании согласительной комиссии, проведённом 22 декабря 2022 г., все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не заявил о наличии коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для преиндукции и индукции родов.

Процесс утверждения клинического руководства

С момента утверждения состава рабочей группы проведены обсуждения клинического руководства со всеми заинтересованными сторонами с учетом появления новых данных по индукции родов. Отменить клинический протокол по индукции родов МЗКР Приказ №691 от 9 сентября 2016г.

Процесс апробации клинического руководства

В течение июля-декабря 2022 года были разработаны алгоритмы, которые апробированы в родильных домах г. Бишкек и стационарах. От непосредственных пользователей были получены комментарии и отзывы по содержанию, формату представления, удобству применения и возможности использования ключевых рекомендаций на местах в виде кратких алгоритмов.

Данное клиническое руководство разработано на основании новых обновленных данных по наилучшей клинической практике по индукции

родов, в дальнейшем будет обновляться по мере появления новых доказательств.

Клиническое руководство может использоваться и воспроизводиться с соответствующими ссылками. Данное практическое руководство было подготовлено при содействии ВОЗ.

Выражается глубокая признательность ВОЗ в Кыргызской Республике за оказанное техническое и методическое содействие при разработке и внедрении данного клинического руководства.

Приложение А2

СТРАТЕГИЯ ПОИСКА МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ ПО ИНДУКЦИИ РОДОВ

На сегодняшний день в мире разработано и обновлено большое количество разнообразных клинических руководств, рекомендаций, стандартов и других документов, посвященных индукции родов.

Рабочей мультидисциплинарной группой было принято решение об обновлении клинического руководства по индукции родов путем адаптирования уже разработанных международных клинических руководств высокого методологического качества, основанных на принципах доказательной медицины, для стационарных уровней здравоохранения Кыргызской Республики.

Описание процесса поиска и оценки существующих клинических руководств по индукции родов

Поиск клинических руководств по индукции родов осуществлялся в международных доступных электронных базах данных в сети Интернет.

Найденные электронные базы данных по клиническим руководствам и практическим рекомендациям

Страна и название ресурса	Интернет-адрес
<i>Международная ассоциация</i>	
Всемирная организация здравоохранения (World Health Organization, WHO)	www.who.org
Международная федерация акушер-гинекологов	www.figo.org
<i>Америка</i>	
American Congress of Obstetrics and Gynecology (ACOG)	https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice

Великобритания	
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	www.nice.org
BMJ Best Practice	https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168
Австралия	
NewZealand guideline	www.newzealand.med.org

Найденные клинические руководства были оценены мультидисциплинарной рабочей группой.

Критерии включения/исключения

В связи с тем, что 22 декабря 2022 года рабочая группа провела четкие ограничения по вопросам клинического руководства, которые необходимо было пересмотреть. В качестве опорных клинических руководств выбраны только те, которые были обновлены с применением подходов доказательной медицины за последние годы – 2018-2022 года и посвящены индукции родов и сопутствующих состояний для стационарных уровней здравоохранения. Были установлены языковые ограничения, так как рабочая группа имела возможность изучать источники литературы только на английском и русском языках.

Оценка найденных клинических рекомендаций и доказательств

В результате проведенного поиска было найдено обновленных 7 клинических руководств по индукции родов, которые содержали необходимую информацию, соответствующую задаче рабочей группы (см. табл. Характеристика отобранных клинических руководств).

Характеристика отобранных клинических рекомендаций по индукции родов

№	Название руководства	Качество	Новизна	Применимость	Варианты действий
1	WHO recommendations: induction of labor at or beyond term – 2018.	+	++	++	Взята за основу при разработке, рекомендации по показаниям и противопоказаниям, условиям и методам индукции родов
2	NICE guideline – Inducing labour. – 2021.	+	+	++	Взята терминология, отдельные рекомендации по методам и мониторингу

					процесса индукции родов
3	NewZealand guideline - induction of labor. - 2019	++	+	++	Рекомендации по мониторингу индукции родов
4	A systematic scoping review of clinical indications for induction of labour – 2020.	+	+	+	Рекомендации по отдельным стандартам и индикаторам
5	Queensland Clinical Guideline: Induction of labour - 2018	++	+	++	Рекомендации по мониторингу индукции родов

Предпочтение по разработке руководства основывались на вебсайте WHO, NICE, PubMed, Cochrane. По черновому варианту были получены комментарии и замечания специалистов. Обновление данного руководства предполагается по мере появления новых данных.

Так как в найденных клинических руководствах мультидисциплинарной рабочей группой были найдены необходимые рекомендации по индукции родов, то дополнительный поиск медицинских публикаций (мета-анализов, систематических обзоров, РКИ и др.) в международных базах данных не проводился.

Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций

В связи с тем, что на сегодня не существует четких доказательств по индукции родов, основные клинические рекомендации представлены на основании рекомендаций выбранных международных руководств, которые были приняты за основу группой разработчиков национального руководства при обсуждении (с использованием метода Делфи).

Все ключевые рекомендации в клиническом руководстве выделены в рамки-боксы. Ключевые рекомендации с представлением их уровни доказательности и убедительности были адаптированы по шкале SIGN-50 на 4 уровня A, B, C, D.

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с не высоким (+) риском систематической ошибки

C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+)
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов

Данное национальное клиническое руководство дополнено краткими клиническими алгоритмами для организаций здравоохранения (*Приложения А-В*).

АЛГОРИТМ «ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ 41+ НЕДЕЛЬ. ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. ИНДУКЦИЯ РОДОВ»

Введение Переношенная беременность (далее – ПБ) – беременность, продолжающаяся более 42 полных недель (294 дня), считая с первого дня последней менструации. Частота переношенной беременности, по различным данным оставляет от 0,8-4% до 8- 10%.

Причины перенашивания не выяснены, но существует связь между частотой ПБ и факторами:

- Генетическими
- Мужским полом плода
- Высоким ИМТ пациентки

Диагностика:

1. По данным УЗИ - наиболее точный метод:
 - a. При проведении УЗИ в 1–м триместре (при сроке 8-12 нед.) наиболее точные результаты по копчико-теменному размеру (КТР)
 - b. При проведении УЗИ во 2-м триместре (при сроке до 20 нед.) наиболее точные результаты при учете нескольких параметров: бипариетальный размер (БПР), окружность живота (ОЖ) и длина бедра (ДБ)
2. По первому дню последней менструации (только при регулярном цикле!) – менее точный метод

Осложнения, связанные с переношенностью:

- Во время беременности - антенатальная гибель плода
- Во время родов: Аномалия родовой деятельности; Дистоция плечиков; Материнский травматизм; Послеродовое кровотечение;
- После родов: Рождение ребенка с низкой оценкой по шкале Апгар; Необходимость перевода в неонатальную ПИТ; Синдром аспирации меконием; Травматизм новорожденных: перелом ключицы, паралич Эрба

Алгоритм ведения (амбулаторный этап):

При гестационном сроке 41+0 нед.:

1. Провести консультирование по вопросам переношенной беременности – памятка для пациентов «Индукция родов» (Приложение)
2. Предложить влагалищное исследование для оценки шейки матки и отслойки нижнего полюса плодного пузыря (Приложение), предупредив об ожидаемых

побочных эффектах: дискомфорт и болезненные ощущения, кровянистые выделения, нерегулярные схватки в течение 24 часов после манипуляции

3. Обсудить дальнейший план наблюдения, включая возможную индукцию родов в 41+0 неделю. При получении информированного согласия на проведение индукции (Приложение) выдать направление на госпитализацию в стационар (не ниже II-го уровня)

4. При отказе от индукции родов в 41.0 нед. проводить дальнейшее наблюдение по алгоритму усиленного наблюдения за состоянием плода: Предоставить контактную информацию родовспомогательных учреждений; ближайших к месту жительства, не ниже II-го уровня (в условиях стационара или амбулаторно)

5. Обучить пациентку качественной оценке шевеления плода («шевелится так же как вчера», «...хуже» и т.д.)

6. Проконсультировать о тревожных признаках, при которых необходимо немедленно обратиться за медицинской помощью в рекомендованный стационар

7. В случае выбора амбулаторного наблюдения - пригласить на прием через 3 дня для оценки модифицированного БПП (биофизический профиль плода): НСТ (нестрессовый тест) + АИ (амниотический индекс):

- При реактивном НСТ - выдать направление на госпитализацию через 3-4 дня (в 42.0 нед.)

- При ареактивном НСТ – срочно госпитализировать в стационар не ниже II-го уровня

Алгоритм индукции родов

Показания: • Риск пролонгации беременности для матери, плода, или обоих превышает риск самой индукции • Переношенная или 41 нед. + беременность • ПРПО при доношенной и недоношенной беременности • Осложнения беременности, требующие досрочного окончания беременности (преэклампсия, СЗРП и др.) • Экстрагенитальные заболевания матери (ухудшение, декомпенсация), требующие прерывания беременности • Антенатальная гибель плода • Социальные (отдаленное место жительства, быстрые роды в анамнезе).

Противопоказания:

- Со стороны матери: Общие противопоказания к родам через естественные родовые пути, Рубец на матке после КС или миомэктомии (с вхождением в полость матки), Гипертермия (неуточненная);
- Со стороны плода: Лобное или лицевое предлежание; Поперечное/косое положение плода, ножное предлежание, СЗРП + нарушение маточно-плацентарного кровотока II, III ст., подозрительный или патологический тип КТГ, ареактивный НСТ;
- Плацентарные: Предлежание плаценты, Предлежание сосудов (vasa previa), Вагинальное кровотечение (неуточненное).

Методы индукции: 1. Фармакологические. 2. Механические. 3. Хирургические

Выбор метода зависит от множества факторов: паритета, предпочтений пациентки, наличия препаратов для подготовки шейки матки и т.п. Наиболее важный фактор, определяющий выбор метода индукции – оценка зрелости шейки матки по Бишопу. Обязательно получение информированного согласия от матери после обсуждения возможных рисков и преимуществ.

Оценка:

- 8 и более баллов – частота вагинальных родов при естественном начале родов и индукции одинакова
- более 6 баллов – зрелая шейка, хороший прогностический признак успешной индукции, предварительная подготовка не требуется
- 6 и менее баллов – незрелая, предварительная подготовка требуется.

Нефармакологические методы: • Отслойка нижнего полюса плодного пузыря

Механические методы: • Катетер Фолея - вводится в цервикальный канал и наполняется 30—60 мл (в зависимости от допустимого объема) стерильного раствора — оставляется на 24 часа или до выпадения; • Ламинарии – вводятся ежедневно на 24 часа или до выпадения

Хирургический метод: Амниотомия +/- окситоцин

Рекомендуемый алгоритм индукции:

- Индукция родов проводится в учреждениях II-III уровней
- Перед проведением индукции родов необходимо оценить:
 - Состояние плода (модифицированный биофизический профиль плода, доплерометрия – по показаниям);
 - Зрелость шейки матки по шкале Бишоп

- Индукция родов в зависимости от оценки шейки матки:

Шейка по Бишопу 6 и менее баллов:

- ♣ PGE интравагинально/интрацервикально; - При отсутствии эффекта введение повторной дозы через 6 часов; - Переоценка через 6 часов, решение о дальнейшей тактике;
- ♣ Окситоцин может быть назначен при отсутствии плодного пузыря не ранее чем через 6 часов после введения последней дозы PGE
- ♣ Катетер Фолея
- ♣ Мифепристон 200 мг 1 таб двукратно с интервалом 24 часа и оценкой эффективности через 48-72 часа после второй таблетки

Шейка по Бишопу более 6 баллов:

- ♣ PGE интравагинально/интрацервикально; ИЛИ
- ♣ Амниотомия + выжидательная тактика в течение 2-х часов, при отсутствии эффекта + окситоцин в/в ИЛИ
- ♣ Амниотомия + окситоцин в/в

Рекомендуемые схемы назначения окситоцина

Пример протокола низких доз:

Начальная доза окситоцина 1–2 мЕд /мин .

Увеличить интервал 30 минут

Увеличение дозировки от 1 до 2 мЕд

Обычная доза для хороших родов 8–12 мЕд /мин

Максимальная доза перед повторной оценкой... 30 мЕд /мин

Пример протокола высоких доз:

Начальная доза окситоцина..... от 4 до 6 мЕд /мин

Увеличить интервалот 15 до 30 минут

Увеличение дозировкиот 4 до 6 мЕд / мин

Обычная доза для хороших родов 8–12 мЕд /мин

Максимальная доза перед повторной оценкой... 30 мЕд /мин

**Информированное добровольное согласие
на индукцию родов**

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ года рождения, проживающая по адресу: _____

Находясь на родоразрешении в отделении _____
(название отделения, номер палаты)

добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому): Индукции родов. (Индукция родов – искусственное родовозбуждение до естественного начала родов. Необходимость индукции родов (родовозбуждения) рассматривается только в том случае, когда риск от продолжения беременности для матери и/или плода превышает риски самой индукции) и прошу персонал о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлена с характером предстоящей процедуры.

☐ Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход индукции родов, которая может быть выполнена с использованием фармакологических препаратов – простагландинов, антигестагенов или искусственного разрыва плодных оболочек (амниотомии), затем, при необходимости может быть назначен окситоцин – препарат, стимулирующий схватки.

☐ В некоторых случаях – при незрелой шейке матки может быть необходимым предварительная подготовка шейки матки различными методами: с использованием фармакологических препаратов или физических методов путем введения в цервикальный канал (в шейку матки) катетера Фолея или ламинарий (высушенных водорослей), а также комбинацией методов.

☐ Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласна на то, что ход процедуры может быть изменен врачами.

☐ Я предупреждена о факторах риска и понимаю, что проведение процедуры сопряжено с рядом осложнений (хотя и редкими):

- Гиперстимуляцией матки (возникновением частых и продолжительных схваток) – редко.
- Гиперстимуляция матки может привести к нарушению частоты сердцебиения плода, появлению мекония в водах – редко, что может потребовать экстренного родоразрешения путем кесарева сечения или щипцов или вакуума – редко. (Для снижения риска во время индукции состояние ребенка будет регулярно контролироваться путем КТГ);
- Выпадением петель пуповины при амниотомии – крайне редко;
- Физиологической незрелости новорожденного (чаще при индукции ранее 39 недель беременности) – редко;
- Следствием гиперстимуляции матки может быть преждевременная отслойка плаценты, разрыв матки – крайне редко;
- Индукция родов может оказаться неудачной, роды не начнутся и может возникнуть необходимость повторной индукции или выполнения кесарева сечения – редко;
- Неудовлетворительный прогресс родов может потребовать применения кесарева сечения или инструментов (вакуум, щипцы) для рождения – редко
- Увеличением риска инфекции вследствие необходимости проведения вагинальных исследований для оценки «зрелости» шейки матки.

Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время

жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я знаю, что во время родов возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе индукции родов, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Мне разъяснены показания к индукции родов, и я понимаю, что все вышеперечисленные риски оправданы, потому что тяжесть осложнений и их вероятность при продолжении беременности у меня больше, чем при индукции.

Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение мне индукции родов

«__» _____ 20__ года Подпись пациента _____ / _____

Расписалась в моем присутствии:

Врач _____

Приложение В2

Информированное согласие пациента на медицинскую манипуляцию – индукция катетером Фолея

(полное наименование организации здравоохранения)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКУЮ МАНИПУЛЯЦИЮ

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

находясь на лечении в _____ отделении

_____,

(наименование организации здравоохранения)

уполномочиваю врачей _____

(фамилии, имена, отчества)

выполнить мне манипуляцию «Индукцию катетером Фолея» с соблюдением условий – правильный подсчет срока беременности, зрелая или созревающая шейка матки, стабильное состояние плода, согласие 3-й стороны.....

Мне разъяснены и понятны суть моего состояния и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого состояния. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры).

Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств или лечения

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на процедуру мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Пациент _____

(подпись пациента либо его доверенного лица, фамилия, имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента, дата)

(подписи лечащего врача, оперирующего врача, анестезиолога, фамилии, имена, отчества, дата)

СТАНДАРТ ОПЕРАЦИОННОЙ ПРОЦЕДУРЫ – «ИНДУКЦИЯ КАТЕТЕРОМ ФОЛЕЯ»

Условие – установлен достоверный срок гестации, есть стабильное состояние матери и плода, получено информированное согласие на процедуру с описанием процедуры индукции катетером Фолея, стерильные катетер Фолея, перчатки, зеркала при необходимости, пластырь, созревание шейки матки длиной не более 2,5см, проходимость цервикального канала на 1 п\п и с не плотной консистенцией (выше 5 баллов).

Риск на гиперстимуляцию матки значимо слабый по сравнению с простогландами (коктейль пероральный), риск на ГСО умеренный при несоблюдении стандарта процедуры

Ход процедуры:

1. Обработка рук по стандарту мытья рук мед.персонала
2. Правильное одевание стерильной перчатки
3. Подготовка стерильного катетера Фолея Д16, шприца 20гр и физ.раствора не более 50мл
4. Введение 2 пальцев во влагалище, контурирование цервикального канала и фиксирование баллонной части катетера Фолея в цервикальном канале
5. Введение физ.раствора от 25-50мл через клапан катетера Фолея и фиксирование баллона в цервикальном канале
6. Закрепление наружной части катетера пластырем
7. Информирование о начале схваткообразных болей внизу живота или родовой деятельности в среднем через 18-36 часов
8. Информирование об опасных признаках во время беременности

ФИО _____ №И.Р. _____

**Лист информированного согласия на выжидательную тактику при
родовом излитии о.п. вод с доношенной беременностью**Я _____
(ФИО пациентки)

Согласно закону «Основы законодательства Кыргызской Республики об охране здоровья граждан» полностью информирована о своих правах как пациентка.

Претензий по соблюдению моих прав персоналом родильного дома и врачом не имею.

Врач в доступной форме изложил «информацию о состоянии моего здоровья, включая сведения о диагнозе, результатах обследования, возможных методах ведения родов и связанных с ними рисках, а также их последствиях и результатах проведённого лечения».

Мне предложено:

1. Выжидательная тактика, с индукцией окситоцином, включающая следующие пункты:
 - выжидательная тактика не менее 24 часов от момента отхождения о.п. вод;
 - родовозбуждение через 24 часа путём в/в введения окситоцина.
2. Выжидательная тактика, с химической индукцией мизопростолом, включая следующие пункты:
 - Выжидательная тактика не менее 24 часов от момента отхождения о.п. вод;
 - Родовозбуждение через 24 часа путём перорального приема жидкого мизопростола по схеме.

Чем больше временной интервал между разрывом плодных оболочек и началом родовой деятельности, тем выше риск развития инфекции у матери и плода, но чаще есть возможность спонтанного начала родовой деятельности. Также есть возможность не удачной индукции родов, с родоразрешением путём кесарева сечения. Я информирована о том, что если проведен посев и выявлен В стрептококк, то индукцию родов можно начинать рано в течение 12 часов безводного периода.

Я проконсультирована врачом, заведующим отделением или консилиумом врачей.

Считаю, что наступление указанных осложнений возможно не вследствие невнимательности, небрежности или халатности медицинского персонала, а в силу тяжести основного заболевания, анатомических особенностей или сопутствующей патологии.

На предложенную тактику я согласна. О возможных осложнениях предупреждена.

Дата _____ подпись _____

Представитель пациента _____
(ФИО, подпись)

Дата _____

Врач _____ подпись _____

Памятка для пациентов по ИНДУКЦИИ РОДОВ

Индукция родов – это искусственная (при помощи лекарственных препаратов или других методов) стимуляция начала родовой деятельности. Причин для данного вмешательства достаточно много (см. ниже).

Частота индуцированных родов составляет от 5 до 20%. Наиболее частой причиной, из-за которой Вам могут предложить родовозбуждение, является переношенная беременность (42 и более недель от первого дня последней менструации при регулярном цикле или по данным УЗИ). Чем больше срок беременности, тем сложнее ребенку развиваться, так как плацента уже не обеспечивает его потребности в кислороде и питательных веществах в полном объеме. Хотя риск для плода минимален (не более 1 случая внутриутробной гибели плода на 2-3 тысячи беременностей), современные акушерские протоколы рекомендуют рассмотреть возможность искусственной стимуляции родов даже несколько ранее – после наступления полной 41 недели (медики часто используют термин: «41 нед. +»). Это связано с тем, что сегодня существуют эффективные препараты для индукции, а методика родовозбуждения хорошо отработана и относительно безопасна.

Другими показаниями для выполнения индукции могут быть:

- Дородовое излитие вод при доношенной и недоношенной беременности;
- Осложнения беременности, требующие прерывания беременности (артериальная гипертензия);
- Состояния, связанные ухудшением в течении хронического заболевания, которые были ранее или проявились уже в течение беременности.

Существует ряд противопоказаний для проведения индукции:

- Общие противопоказания к родам через естественные родовые пути;
- Рубец на матке (только в некоторых случаях – чаще роды с рубцом на матке через естественные родовые пути возможны и не более опасны, чем обычные роды безопасны)
- Неправильное положение или предлежание плода;
- Неудовлетворительное состояние плода по данным обследования;
- Предлежание плаценты.

Выбор метода индукции во многом зависит от состояния шейки матки, готовности к родам.

Матка состоит из шейки (примерно 1/3 длины матки до беременности) и тела матки (в этой части и располагается плод). В процессе родов шейка и матка играют ключевую роль. Под воздействием схваток (сокращений мышц матки) шейка раскрывается и пропускает предлежащую часть ребенка (головку или тазовый конец). Изменения в шейке матки начинаются задолго до начала родов (иногда за несколько недель). Она становится более короткой и мягкой.

Перед родовозбуждением Вам проведут влагалищное исследование для: • оценки готовности шейки матки; • возможно, отслойки нижнего полюса плодного пузыря. Отслойка пузыря может рассматриваться как самостоятельный метод индукции родов, так как увеличивает частоту спонтанного начала родов в ближайшие дни после манипуляции. Шейка матки может быть оценена как «незрелая».

В этом случае Вам могут быть предложены несколько методик для подготовки шейки:

- С использованием специальных препаратов – простагландинов, которые могут быть введены внутрь или во влагалище;
- С использованием механических средств, которые вводятся в канал шейки матки и воздействуют на нее за счет введенной в небольшом количестве жидкости (катетер Фолея) или увеличиваясь в размерах за счет впитывания жидкости (засушенные водоросли - ламинарии).

При «зрелой» шейке матки для родовозбуждения могут быть использованы:

- Простагландины;
- Амниотомия – вскрытие плодного пузыря специальным инструментом:

Сразу после амниотомии может быть назначен окситоцин (гормон, который заставляет матку сокращаться, также усиливает схватки). Окситоцин вводится только внутривенно методом титрования с использованием специального шприца-насоса или капельницы; В некоторых случаях окситоцин назначается через определенный промежуток времени (2-3-4 часа).

Разные клиники имеют собственные протоколы проведения индукции. Вам должна быть предоставлена полная информация об используемых методиках индукции родов. Возможные осложнения индукции родов:

- Гиперстимуляция родовой деятельности (чрезмерно сильные и частые схватки);
- Нарушения сердечной деятельности плода (после появления регулярных схваток медицинские работники будут внимательно следить за частотой сердечных сокращений плода, регулярно выслушивая его сердцебиение с помощью стетоскопа и записывая с помощью аппарата для кардиотографии (КТГ);
- Повышенный риск инфицирования (при амниотомии, использовании ламинарий) (редко);
- Кровотечение из влагалища, особенно при низко расположенной плаценте (крайне редко);
- Выпадение петель пуповины (крайне редко);
- Разрыв матки (крайне редко).

Итак, в некоторых случаях состояние Вашего собственного здоровья, развитие осложнений беременности, а также ухудшение состояния Вашего будущего ребенка может потребовать родовозбуждения до момента наступления спонтанных родов. Надеемся, что данная информация поможет Вам сделать собственный осознанный выбор после дополнительной консультации с Вашим доктором.