



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

Преждевременные роды

МКБ 10:O60, O60.0, O60.1, O60.2, O60.3, O47.0, O42

Год утверждения (частота пересмотра):2020

ID:КР331/1

URL

Профессиональные ассоциации

- **ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ) •**
Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов (АААР)

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

- **Ключевые слова**
- **Список сокращений**
- **Термины и определения**
- **1. Краткая информация**
- **2. Диагностика**
- **3. Лечение**
- **4. Реабилитация**
- **5. Профилактика**
- **6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания**
- **Критерии оценки качества медицинской помощи**
- **Список литературы**
- **Приложение А1. Состав рабочей группы**
- **Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**
- **Приложение А3. Связанные документы**
- **Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента**
- **Приложение В. Информация для пациентов**
- **Приложение Г.**

Ключевые слова

Список сокращений

АД	артериальное давление
ВЖК	внутрижелудочковые кровоизлияния
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПР	врожденный порок развития
ВРТ	вспомогательные репродуктивные технологии
ГКС	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 value)
PNV	прогностическая ценность отрицательного результата (prognostic negative value)
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
СВРП	синдром системной воспалительной реакции у плода
СГВ	стрептококк группы Б
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЧСС	частота сердечных сокращений

Термины и определения

См. раздел 1.1.

1. Краткая информация

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Преждевременные роды (ПР) - это роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36⁶ недель[1],[2] [1, 2], при этом установление срока беременности определяется на основании данных о 1-м дне последней менструации (при регулярном менструальном цикле) и УЗИ плода, выполненном в 1-м триместре[3] [3, 4].

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

ПР относятся к большим акушерским синдромам, которые характеризуются длительным субклиническим течением и вовлечением в патологический процесс плода [5]. Весомый вклад в общее число ПР вносят индуцированные ПР, вызванные акушерской, плодовой и экстрагенитальной патологией [6].

Научно доказана связь ПР с инфекцией нижних половых путей[4]. Каждая из десяти пациенток с ПР имеет признаки внутриамниотического воспаления, которое в большинстве случаев протекает субклинически. У данных пациенток имеется высокий риск преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) и гнойно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде [7–9]. Инфекционно-воспалительный процесс приводит к повышению сократительной активности миометрия и деградациии внеклеточного матрикса с ремоделированием шейки матки и амниотической мембраны [10, 11]. Длительно персистирующая инфекция приводит к развитию манифестного хориоамнионита и синдрома системной воспалительной реакции (СВРП) плода. Ведущим диагностическим критерием синдрома СВРП является наличие ИЛ-6 в плазме пуповинной крови в концентрации более 11 пг/мл [5, 12]. Рассматривается вклад наследственности в развитии ПР [13, 14].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Распространенность ПР (28-36⁶ недель беременности) в Российской Федерации остается стабильной на протяжении последних 10 лет, и в 2018 году составила 6% от общего числа родов.[5]

ПР являются причиной неонатальной смертности в 70%, младенческой смертности в 36% и отдаленных неврологических последствий у детей в 25-50% случаев [15, 16]. Среди рожденных в сроке 22⁰ – 23⁶ смертность в течение нескольких недель составляет 97-98%, при этом только 1% выживает без нарушений развития нервной системы. Среди рожденных в сроке 24⁰ – 24⁶ недель 55% новорожденных выживают, но только 32% не имеют неврологических дефицитов в возрасте 18-22 месяцев жизни [17].

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

О60 - Преждевременные роды и родоразрешение

О60.0 - Преждевременные роды без родоразрешения

О60.1 - Преждевременные самопроизвольные роды с досрочным родоразрешением

О60.2 - Преждевременные самопроизвольные роды со своевременным родоразрешением

О60.3 - Преждевременное родоразрешение без самопроизвольных родов

О47.0 - Ложные схватки до 37 полных недель беременности

О42 - Преждевременный разрыв плодных оболочек

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Экстремально ранние ПР	22 ⁰ - 27 ⁶ недель
Ранние ПР	28 ⁰ - 31 ⁶ недель
ПР	32 ⁰ - 33 ⁶ недель
Поздние ПР	34 ⁰ - 36 ⁶ недель

Клиническая классификация ПР [18]:

Угрожающие ПР

Начавшиеся ПР

Активные ПР

Классификация ПР в соответствии с причиной их возникновения [6]

Спонтанные (70-80%)		Индукцированные (20-30%)	
		Показания со стороны матери	Показания 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, внутриспеченочный холестаза 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)[6]:

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 36⁶ недель).

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Следующие признаки могут наблюдаться в течение нескольких часов до возникновения классических симптомов родов:

- менструальноподобные спастические боли;
- неболезненные и нерегулярные сокращения матки;
- боли в пояснице;
- ощущение давления во влагалище или малом тазу;
- выделения слизи из влагалища, которые могут быть прозрачными, розовыми или слегка кровянистыми («слизистая пробка»).

Клинические симптомы, которые определяют истинное начало родовой деятельности (то есть начавшиеся ПР), являются одинаковыми вне зависимости от срока гестации, и выражаются в изменении шейки матки и начале регулярной родовой деятельности. Изменения шейки матки включают расширение области внутреннего зева, укорочение, размягчение и централизацию шейки матки. Изменения шейки матки при начавшихся ПР происходят в течение нескольких часов, что отличает их от процесса созревания шейки матки, которое происходит в течение нескольких дней или даже недель [5, 19–22].

[1] Preterm Labor and Birth Management: Recommendations from the European Association of Perinatal Medicine, 2017.

[2] Preterm birth, WHO, 2015.

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

[4] NICE Guidance, Preterm labour and birth, 2016.

[5] Статистическая отчетная форма Минздрава России № 32 «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам»

[6] Преждевременные роды, ВОЗ, 2018.

2. 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.

2.1. 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 убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: К факторам риска относятся: индуцированные ПР в анамнезе у пациентки [24], аборт 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)
Бактериальный вагиноз до 16 недель	7,55 (1,8-31,7)
<i>N. gonorrhoeae</i>	5,31 (1,57-17,9)
Бессимптомная бактериурия	2,08 (1,45-3,03)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	
в 24 недели	2,2 (1,03-4,78)
в 28 недель	0,95 (0,36-2,47)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	1,3 (1,1-1,4)
<i>U. urealyticum</i>	1,0 (0,8-1,2)

2.2. Физикальное обследование

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

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

Комментарий: Осмотр шейки матки проводится с помощью влажных стерильных зеркал, не смазанных лубрикантами (для исключения влияния при выполнении диагностических тестов), с целью оценки состояния цервикального канала, наличия/отсутствия и количества кровянистых выделений, исключения/подтверждения пролабирования плодного пузыря, наличия/отсутствия выпадения петель пуповины или мелких частей плода при ПРПО, исключения воспалительных изменений шейки матки, [36].

- Для определения состояния родовых путей и степени «зрелости» шейки матки влагалищное исследование

рекомендовано проводить только после того, как будут исключены предлежание плаценты (при УЗИ) и пролабирование/разрыв плодных оболочек (осмотреть шейку матки в зеркалах и, при подозрении на ПРПО, выполнить тест 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 аускультация плода, а также определение частоты, продолжительности и интенсивности маточных сокращений с целью оценки состояния плода и признаков начала родовой деятельности [40].

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

2.3. Лабораторные диагностические исследования

При ПРПО рекомендовано исследование уровня лейкоцитов в крови и исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови для своевременной диагностики септических осложнений [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 вагино-ректальном посеве) для своевременной диагностики и профилактики септических осложнений [43].[2]

Уровень убедительности 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 24⁰ - 33⁶ 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 продуцируется плацентарными децидуальными клетками и определяется в цервикальной слизи в результате повреждения хориодецидуальной зоны [45]. Отрицательный результат указывает на низкий риск ПР в течение 7 дней после проведения теста (PPV=94%) [48]. Чувствительность теста на ПАМГ-1 у пациенток с угрожающими ПР и интактным плодным пузырем составляет 84%, специфичность – 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' [4] [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.

2.4. 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 ≤ 25 мм до 34 недель беременности является прогностическим фактором ПР. В 20 недель беременности длина шейки матки ≤ 25 мм 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].

2.5. 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 ≤ 25 мм в сроке 22⁰-23⁶ недели беременности на основании коллегиального решения (совместный осмотр, консилиум) рекомендован диагностический трансабдоминальный амниоцентез [54].

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

Комментарии: Частота острого хориоамнионита у пациенток, родоразрешенных в 22⁰-23⁶ 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 [6]. Субклинический 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.

3. Лечение

3.1. Медикаментозная терапия

- При угрожающих ПР и начавшихся ПР в сроках беременности 24⁰ – 33⁶ недель [57] рекомендована токолитическая терапия [58–62]

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

Комментарий: Введение токолитических препаратов может снизить силу и частоту сокращений матки, отсрочить наступление родов на 48 часов и/или даже 7 дней, но не пролонгировать беременность до доношенного срока [63]. Препараты вводятся в течение 48 часов с целью профилактики РДС у плода, проведения магниальной терапии для нейропротекции плода, и перевода беременной в стационар 3-й группы.[1] Противопоказаниями для токолитической терапии являются[2]: внутриутробная гибель плода, ВПР, несовместимые с жизнью, тяжелая преэклампсия и эклампсия, кровотечение у матери с нестабильной гемодинамикой, хориоамнионит, противопоказания со стороны матери к данной терапии, ПРПО при сроке беременности более 32⁰ недель, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), несостоятельность рубца на матке, раскрытие маточного зева более 4 см. Токолитическая терапия в сроках менее 24⁰ недель должна быть рассмотрена индивидуально, с разъяснением семье о неблагоприятном прогнозе для новорожденного при родах в этом сроке[3]. 34⁰ недели беременности являются порогом, при котором перинатальная заболеваемость и смертность являются достаточно низкими, чтобы оправдать потенциальные осложнения со стороны матери и плода, и затраты, связанные с проведением токолитической терапии[4].

- При отсутствии объективных признаков ПР (отсутствие укорочения шейки матки по данным УЗ-цервикометрии и отсутствие положительных результатов тестов на ПР (при их выполнении) токолитическая терапия не рекомендована [64].

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

- В качестве первой линии токолитической 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 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 было доказано его преимуществ 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 32⁰ – 33⁶ недель 24 [65]. Схема применения: препарат вводится внутривенно в 3 последовательных этапа согласно инструкции. Общая 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**.

- В качестве второй линии токолитической терапии рекомендованы гексопреналин** (токолитические препараты - симпатомиметики) [58, 65, 66] и нестероидные противовоспалительные препараты (#индометацин) [70], при этом в 24⁰ – 31⁶ недели беременности рекомендованы как токолитические препараты - симпатомиметики (гексопреналин**), так и нестероидные противовоспалительные препараты (#индометацин) 21⁶ [65, 66, 70], а в 32⁰ – 33⁶ недели беременности рекомендованы токолитические препараты – симпатомиметики (гексопреналин**) в связи с неблагоприятными эффектами #индометацина на плод после 32 недель [70].

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

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 последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин, при длительном токоллизе рекомендуемая доза - 0,075 мкг/мин; максимальная суточная доза 430 мкг. Дозировка препарата подбирается индивидуально. Внутривенный токолиз проводится в положении женщины на левом боку, желателно 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 гестации: 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 недель. Наличие олигогидрамниона и/или выявление сужения артериального протока является показанием для прекращения терапии.

- Не рекомендован магния сульфат** в качестве препарата для токолитической терапии [71].

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

- Не рекомендована многокомпонентная токолитическая терапия (≥ 3 лекарственных препаратов) из-за отсутствия исследований, доказывающих безопасность, а также соотношение польза-риск [57].

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

- Не рекомендована рутинная поддерживающая 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 24⁰ - 33⁶ недель беременности с целью нейропротекции плода[9][73], [74].

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

Комментарии: Магнезиальная терапия за 24 часа до родоразрешения снижает частоту церебрального паралича, двигательных нарушений. Максимальный эффект отмечается до 30⁶ недель [74]. Применение магния сульфата** противопоказано женщинам с миастенией, так как он может

спровоцировать тяжелый миастенический криз. Следует также избегать его назначения женщинам с нарушением сердечной проводимости из-за его антиинотропного действия. Поскольку магний выводится почками, у женщин 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].

- При ПРПО рекомендована антибактериальная терапия с целью пролонгирования беременности и снижения неонатальной заболеваемости с момента постановки диагноза ПРПО в течение 10 дней, либо до родов (если они начинаются ранее) [10] [11] [76].

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

Комментарии: Научно доказанным и подтвержденными препаратами являются ампициллин**/амоксициллин** и/или эритромицин. Применение антибиотиков ассоциировано со значительным снижением частоты хориоамнионита, неонатальной инфекции и перинатальной смертности [77]. Решение о повторном курсе антибактериальной терапии принимается в зависимости от результатов инфекционно-воспалительного мониторинга.

- При ПРПО не рекомендовано применение амоксициллина+клавулоновой кислоты** в связи с высокой частотой развития некротизирующего 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 предотвращения компрессии пуповины, постуральных деформаций, снижения легочной гипоплазии и внутриутробной инфекции, однако из-за недостаточного количества исследований на данный момент не рекомендована в рутинной клинической практике [79].

3.2. Хирургическое лечение

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

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

Комментарии: Серкляж проводится в 16⁰ - 26⁶ недель беременности. [12] Серкляж может быть выполнен как профилактическая мера у пациенток с отягощенным анамнезом (поздний выкидыш и/или ПР) или применен экстренно, когда у пациентки наблюдается преждевременное созревание и укорочение шейки матки, нередко сопровождающееся пролабированием плодных оболочек [81]. Необходимо тщательно 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 24⁰ недель беременности серкляж проводится только в стационаре 3-й группы.

- Не рекомендовано наложение швов на шейку матки (серкляж) пациенткам с признаками инфекции, кровотечением из влагалища, сокращениями матки [82].

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

- Для адекватного анестезиологического обеспечения при серкляже рекомендовано применение как методов нейроаксиальной анестезии (эпидуральная, спинальная, 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].

3.3. 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 ПРПО в 24⁰ - 36⁶ недель беременности рекомендована выжидательная тактика, направленная на пролонгирование беременности, под контролем состояния беременной и плода [13] [41].

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

Комментарии: Выжидательная тактика включает госпитализацию с периодической оценкой клинико-лабораторных параметров для исключения инфекционного процесса, ПОНРП, компрессии пуповины, начала родовой деятельности, оценки состояния плода [14].

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

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

3.4. 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 - болюсов, постоянной инфузии местного анестетика в эпидуральное пространство, контролируемой пациенткой аналгезии, программируемых (автоматизированные) болюсов в эпидуральное пространство, компьютер-интегрированной контролируемой пациенткой аналгезии, эпидуральной аналгезии с проколом твердой мозговой оболочки.

- С учетом отрицательного влияния на состояние плода и новорожденного при ПР и наличии противопоказаний рекомендовано избегать применения опиоидов в качестве адъювантов для нейроаксиальной аналгезии [102].

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

- При ПР кесарево сечение (КС) не рекомендовано в качестве 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 24⁰ – 27⁶ 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 31⁶ недель. При соответствии предполагаемой массы плода сроку гестации родоразрешение через естественные родовые пути в 32⁰ - 33⁶ 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 32⁶ недель беременности КС рекомендовано в качестве метода выбора родоразрешения [17] [105].

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

Комментарии: Способ родоразрешения должен быть индивидуализирован в зависимости от периода родов, вида тазового предлежания, состояния плода и наличия врача, владеющего техникой принятия родов в тазовом предлежании. При благоприятной акушерской ситуации ПР роды в тазовом предлежании возможны[18]. В сроках беременности менее 27⁶ 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 33⁶ недель беременности[19] [107, 108].

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

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 щипцов, однако эти данные противоречивы [109]. В сроках беременности 34⁰ - 36⁶ недель недостаточно данных, свидетельствующих о безопасности/вреде от наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора.

- Не рекомендован разрез промежности (эпизиотомия) рутинно [110].

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 общей анестезии для адекватного анестезиологического обеспечения [111–118].

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

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

- При отсутствии сопутствующих факторов риска непрерывный мониторинг состояния плода в родах не рекомендован [119]. [20]

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

- Не рекомендовано применение скальп-электрода в родах в сроках менее 33⁶ недель [120].

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

Комментарий: Применение скальп-электрода и забор крови у плода возможно в сроках 34⁰ - 36⁶ недель, когда польза превышает риск, и невозможно определить ЧСС плода с помощью наружной КТГ и аускультации в прерывистом режиме.

- Рекомендовано отсроченное пережатие сосудов пуповины в присутствии неонатолога после рождения плода [21] [121].

Уровень убедительности 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 увеличение частоты тяжелых ВЖК при *milking* пуповины по сравнению с отсроченным пережатием пуповины у глубоко недоношенных новорожденных, поэтому применять его у глубоко недоношенных новорожденных не рекомендовано [122].

- Рекомендовано после рождения ребенка в гестационном сроке менее 27⁶ недель помещать его в прозрачный полиэтиленовый пакет и под лучистое тепло для поддержания температуры тела [123].

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

Комментарий: Также рекомендовано повышение температуры окружающей среды в родильном зале до 26-28°C [124].

[1] ACOG, Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor, 2016.

[2] Preterm Labor and Birth Management: Recommendations from the European Association of Perinatal Medicine, 2017.

[3] Obstetric Care Consensus No. 3: Periviable Birth, ACOG, 2015.

[4] ACOG, Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor, 2016.

[5] Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.

[6] NICE Guidance, Preterm labour and birth, 2016.

[7] NICE Guidance, Preterm labour and birth, 2016.

[8] Preterm Labor and Birth Management: Recommendations from the European Association of Perinatal Medicine, 2017

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

[10] ACOG, Practice Bulletin No. 172: Premature Rupture of Membranes, 2016.

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

[12] NICE Guidance, Preterm labour and birth, 2016.

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

[14] ACOG, Practice Bulletin No. 172: Premature Rupture of Membranes, 2016.

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

[16] Клинические рекомендации «Кесарево сечение»
http://prof.ncagp.ru/index.php?_t8=85
(http://prof.ncagp.ru/index.php?_t8=85)

[17] NICE Guidance, Preterm labour and birth, 2016.

[18] Management of Breech Presentation (Green-top Guideline No. 20b), 2017.

[19] Operative Vaginal Delivery (Green-top Guideline No. 26), 2011.

[20] NICE Guidance, Preterm labour and birth, 2016.

[21] NICE Guidance, Preterm labour and birth, 2016.

4. Реабилитация

- Рекомендована консультация медицинского психолога матерям, родившим преждевременно, особенно чьи дети находятся в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, при получении их информированного добровольного согласия [125].

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

Комментарии: ПР являются тревожным событием для родителей, которые часто сообщают 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].

5. Профилактика

5.1. Антенатальная профилактика РДС плода

При угрожающих ПР, начавшихся ПР и ПРПО в 24⁰ - 33⁶ недель беременности рекомендована антенатальная профилактика РДС плода (плодов при многоплодной беременности) [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 удастся 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 дней[1]. 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 24⁰ - 33⁶ 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 целесообразности[2] [134, 135].

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

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 (более 2-х) профилактики РДС плода[3] [137, 138].

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

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 22⁰ - 23⁶ 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 РДС плода в 34⁰ - 35⁶ недель беременности может быть рекомендована в случае отсутствия ранее проводимого курса антенатальной профилактики, а также при наличии клинической целесообразности (сахарный диабет) [4] [140].

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

Комментарий: В раннем неонатальном периоде новорожденным рекомендован тщательный 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] [127].

Уровень убедительности 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 преимуществ. #Дексаметазон** и #бетаметазон** являются препаратами *off-label* в контексте профилактики РДС плода, и перед применением необходимо получить письменное информированное согласие пациентки на их использование.

5.2. Антибиотикопрофилактика

Не рекомендовано применение антибактериальных препаратов с целью пролонгирования беременности и улучшения перинатальных исходов пациенткам с угрожающими/начавшимися 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 предотвращению ПР, не снижает частоту и выраженность РДС новорожденных и неонатального сепсиса. Имеются данные о нежелательных отдаленных последствиях антибактериальных препаратов для ребенка [141]. **NB!** Данная рекомендация не распространяется на пациенток с ПРПО и носительниц СГВ.

5.3. Профилактика вагинальным прогестероном**

Рекомендовано профилактическое назначение препаратов прогестерона** (действующее вещество прогестерон натуральный микронизированный) по 200 мг в день вагинально с 22 до 34 недель беременным группы высокого риска ПР: с бессимптомным укорочением шейки матки по

данным УЗ-цервикометрии менее 25 мм в сроках 16 - 24 недели беременности и/или наличием ПР (до 34 недель) или позднего выкидыша (после 16 недель) в анамнезе как при одноплодной, так и многоплодной беременности [7], [8] [142, 143], [144].

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

Комментарии: Профилактика ПР препаратами вагинального прогестерона** у пациенток с длиной шейки матки 25 мм и менее снижает риск ПР, РДС плода, рождения детей с массой тела <1500 и <2500 г, неонатальной заболеваемости и смертности, поступления в палату интенсивной терапии новорожденных. При этом не увеличивается риск нежелательных явлений у матери, врожденных аномалий и/или неблагоприятных последствий для развития нервной системы плода и здоровья детей [142].

- Рекомендовано применение адъювантной терапии прогестероном** (действующее вещество прогестерон натуральный микронизированный) по 200 мг в день вагинально до 34 недель беременности беременным с продолжающимся (прогрессирующим) укорочением шейки матки, несмотря на цервикальный серкляж [145].

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

5.4. Иная профилактика

Рекомендовано рассмотреть возможность наложения профилактического акушерского серкляжа пациенткам с одноплодной беременностью, укорочением шейки матки 25 мм и менее по данным УЗ-цервикометрии, проведенной между 16 и 24 неделями беременности и наличием в анамнезе спонтанных ПР (и/или ПРПО) или травм шейки матки (конизация, удаление обширной зоны трансформации, радикальные вмешательства (ампутация, трахелэктомия)[9], [10] [146].

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

- Рекомендовано применение акушерского пессария при укорочении шейки матки менее 25 мм с целью профилактики ПР до 37 недель беременности [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 ухудшает 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 33⁰ недель при отсутствии противопоказаний для транспортировки, осуществляется госпитализация пациентки в медицинскую организацию 3а группы.

При ПР, включая ПРПО, при сроке беременности 33-36 недель, осуществляется госпитализация пациентки в акушерский стационар 3а группы, или при отсутствии возможности, акушерский стационар 2-й группы (имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных).

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

[4] NICE Guidance, Preterm labour and birth, 2016.

[5] ACOG, Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor, 2016.

[6] ACOG, Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor, 2016.

[7] NICE Guidance, Preterm labour and birth, 2016.

[8] Preterm Labor and Birth Management: Recommendations from the European Association of Perinatal Medicine, 2017.

[9] NICE Guidance, Preterm labour and birth, 2016.

[10] Preterm Labor and Birth Management: Recommendations from the European Association of Perinatal Medicine, 2017.

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Не применимо.