

Клинические рекомендации – Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода, и антенатальной гибели плода – 2024-2025-2026 (26.11.2024) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: O35, O36.4, O83.4

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Пересмотр не позднее: 2026

ID: 823

По состоянию на 26.11.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

АД – артериальное давление.

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения.

КС – кесарево сечение.

КТГ – кардиотокография.

МКБ – международная классификация болезней.

ПК – послеродовое кровотечение.

ПОНРП – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

ПР – преждевременные роды.

ПРПО – преждевременный разрыв плодных оболочек.

УЗИ – ультразвуковое исследование.

ЧСС – частота сердечных сокращений.

Термины и определения

Врожденный порок развития плода – совокупность отклонений от нормального строения организма, возникающая в процессе внутриутробного развития.

Хромосомная аномалия плода – наследственное заболевание, обусловленное изменением числа или структуры хромосом.

Преждевременные роды (ПР) – это роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36⁶ недель, 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.

Родоразрешение путем кесарева сечения (КС) – это способ родоразрешения, при котором рождение ребенка происходит посредством хирургического вмешательства с рассечением стенки беременной матки, извлечением плода, последа и последующим восстановлением целостности матки.

Своевременные роды – роды в 37⁰-41⁶ недель беременности.

Фетотид – медицинская процедура, приводящая к внутриутробной гибели плода.

Интранатальная гибель плода – остановка сердечной деятельности плода при сроке беременности более 22 недель после начала родовой деятельности до момента отделения плода от организма матери посредством родов [1].

Мертвоорождение – момент отделения плода от организма матери посредством родов при сроке беременности 22 недели и более при массе тела новорожденного 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах) или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, при длине тела новорожденного 25 см и более при отсутствии у новорожденного признаков живорождения [1].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

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

Антенатальная гибель плода – остановка сердечной деятельности плода при беременности более 22 недель до начала родовой деятельности [1].

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

Основные этиологические факторы внутриутробной гибели плода:

А. Непосредственные причины: дистресс-синдром плода;

Б. Опосредованные причины (в порядке убывания значимости) [2]:

- неустовленные причины;
- нарушение функции плаценты;
- врожденные аномалии развития плода;
- конфликт по Rh-фактору и системе ABO;
- антифосфолипидный синдром;
- кровотечение во время беременности и родов;
- патология пуповины;
- внутриутробные инфекции;
- экстрагенитальные заболевания матери (сахарный диабет, острые и хронические заболевания почек; пороки сердца у матери и др.), приводящие к плацентарной недостаточности;
- осложнения течения беременности (преэклампсия, эклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и др.), приводящие к нарушению плодово-плацентарной гемодинамики [3];
- осложнения течения родов.

Факторы риска антенатальной гибели плода [3-5]:

- возраст матери более 35 лет [4, 5];
- низкие социальные условия [3];
- вредные условия труда матери [6];
- вредные привычки (курение, алкоголь, наркомания) [7, 8];
- нарушение объема околоплодных вод (особенно маловодие) [9-11];
- антенатальная гибель плода в анамнезе [12];
- синдром задержки внутриутробного развития плода.

Факторы риска интранатальной гибели плода:

- двух- и более кратное обвитие шеи плода пуповиной;
- короткая пуповина;
- истинный узел пуповины;
- крупный, гигантский плод;
- анатомически узкий таз;
- врожденные аномалии развития плода;
- ятрогенные дефекты ведения родов (отсутствие фетального мониторинга в родах, не своевременное принятие решения о родоразрешении оперативным путем) [13, 14].

Единые патофизиологические механизмы внутриутробной гибели плода отсутствуют. В подавляющем большинстве случаев установить истинную причину внутриутробной гибели плода не представляется возможным. Непосредственной причиной антенатальной или интранатальной гибели плода является дистресс-синдром плода во время беременности [15].

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

Каждый год в мире регистрируется свыше пяти миллионов случаев перинатальной смерти и 2,6 млн. мертворождений, в связи с чем важной целью международных усилий в сфере здравоохранения является снижение частоты случаев предотвратимой мертворождаемости и неонатальной смертности. Даже в высокоразвитых странах Европы, Северной Америки показатель мертворождения не снижается менее 1,3 ‰ [1, 16]. На протяжении последних 9-ти лет показатель перинатальной смертности в Российской Федерации имеет четкую тенденцию к снижению (2014 г. – 8,81 ‰, 2022 г. – 6,7 ‰). Уровень мертворождения в Российской Федерации в 2022 г. составил 5,5 ‰ (2014 г. – 6,02 ‰), максимальное значение в регионе – 9,52 ‰ на 1 000 рожденных живыми и мертвыми, минимальное – 3,44 ‰. При этом, антенатальная гибель плода, составила 93,1% от всех случаев мертворождения (в различных регионах колеблется от 79,5 до 100%). В структуре мертворождения в российской Федерации соотношение доношенные/недоношенные новорожденные составило 1:2. Родоразрешение пациенток с антенатальной гибелью плода на 1-м уровне оказания медицинской помощи в Российской Федерации 5,3%, на 2-м уровне – 43,6%, на 3-м уровне – 51,1%. Однако, в целом ряде регионов на 1-м уровне оказания медицинской помощи при наличии антенатальной гибели плода родоразрешается от 25 до 35% пациенток [17].

Отдельно необходимо отметить, что частота установленных врожденных пороков развития плода и хромосомных аномалий плода, не совместимых с жизнью, в сроке гестации на момент установления диагноза более 22 недель достигает 0,1% от всех беременностей. При этом статистика по частоте использования процедуры фетотомии в данной группе беременных отсутствует [17].

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

O35.0 – Пороки развития центральной нервной системы у плода, требующие предоставления медицинской помощи матери

O35.1 – Хромосомные аномалии у плода (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери

O35.2 – Наследственные болезни у плода (предполагаемые), требующие предоставления

медицинской помощи матери

О35.3 – Поражение плода (предполагаемое) в результате вирусного заболевания матери, требующее предоставления медицинской помощи матери

О35.4 – Поражение плода (предполагаемое) в результате воздействия алкоголя, требующее предоставления медицинской помощи матери

О35.5 – Поражение плода (предполагаемое) в результате употребления лекарственных средств, требующее предоставления медицинской помощи матери

О35.6 – Поражение плода (предполагаемое) в результате радиации, требующее предоставления медицинской помощи матери

О35.7 – Поражение плода (предполагаемое) в результате других медицинских процедур, требующее предоставления медицинской помощи матери

О35.8 – Другие аномалии и поражения плода (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери

О35.9 – Аномалия и поражение плода, требующие предоставления медицинской помощи матери, неуточненные

О36.4 – Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери

О83.4 – Деструктивная операция при родоразрешении

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

- Антенатальная гибель плода.
- раннее мертворождение (22-27 недель гестации);
- позднее мертворождение (28-36 недель);
- мертворождение в сроке родов (37 недель и более)
- Интранатальная гибель плода.

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

Характерные клинические симптомы внутриутробной гибели плода:

1. Отсутствие шевелений плода.
2. Возможны тянущие боли внизу живота, повышение тонуса матки.
3. У 25% пациенток – кровянистые выделения из половых путей (от незначительных до умеренных, как правило, рецидивирующего характера).
4. Отставание величины высоты дна матки от предполагаемого срока беременности.
5. Повышение тонуса матки [18].

Уменьшение частоты шевелений плода наблюдается в 70% случаев антенатальной гибели плода за 1-3 суток до ее возникновения. Длительное нахождение мертвого плода в полости матки (более 7 суток) резко повышает риск коагулопатических осложнений и частоту развития гнойно-септических осложнений в родах и в послеродовом периоде [19, 20].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии, позволяющие заподозрить внутриутробную гибель плода:

- 1) отсутствие шевелений плода;
- 2) появление периодических кровянистых выделений из половых путей;
- 3) отсутствие сердцебиений плода при аускультации или проведении кардиотокографии;
- 4) повышенный тонус матки.

Критерии установления диагноза/состояния:

Подтвердить наличие антенатальной гибели плода до родоразрешения позволяет УЗИ плода по отсутствию визуализации сердечных сокращений плода и кровотока в его сосудах при проведении цветового доплеровского исследования.

Показания к прерыванию беременности после 22 недель беременности по медицинским показаниям устанавливаются при наличии врожденных синдромов и/или аномалий развития плода перинатальным консилиумом с привлечением врачей-специалистов медицинских организаций акушерского профиля 3-го уровня. При установлении консилиумом наличия врожденных аномалий развития плода, несовместимых с жизнью, или наличия сочетанных аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни и здоровья, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов их эффективной коррекции, беременной женщине предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям, и она информируется о медицинской организации, в которой таковое может быть проведено. Консилиум на основании совокупности полученной медицинской информации предлагает пациентке принять решение о дальнейшем пролонгировании или прерывании беременности. Результатом проведения перинатального консилиума являются окончательный диагноз и заключение. Заключение консилиума подписывается всеми членами консилиума, утверждается подписью руководителя медицинской организации и заверяется ее печатью. Беременной женщине предлагается заверить заключение консилиума собственноручной подписью. Заключение консилиума составляется в трех экземплярах (один остается в медицинской организации, в которой проведен перинатальный консилиум, второй и третий выдаются беременной женщине для предоставления в медицинские организации, осуществляющие антенатальное наблюдение и последующую медицинскую помощь [21].

2.1. Жалобы и анамнез

- При сборе акушерско-гинекологического анамнеза для своевременного оказания помощи рекомендовано обращать внимание на снижение двигательной активности плода во II-III триместрах беременности как одну из характерных жалоб, предшествующих антенатальной гибели плода [4, 19, 20, 22-25].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендовано учитывать отсутствие шевелений плода как одну из наиболее характерных жалоб при антенатальной гибели плода для своевременной диагностики ухудшения состояния плода [4, 26-28].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендован сбор акушерско-гинекологического анамнеза и выявление факторов риска антенатальной гибели плода (см. 1.2 Этиология и патогенез) у всех беременных во II и III

триместре беременности, в родах с целью выявления группы риска ПОНРП [3, 4, 7, 8, 29].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

2.2. Физикальное обследование

- При поступлении в стационар рекомендовано определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования (УЗИ) плода (оптимально – УЗИ в 1-м триместре беременности) для определения тактики ведения пациентки [30].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: при отсутствии УЗИ в 1-м триместре беременности и отсутствии информации о дате последней менструации, срок беременности и родов может быть установлен по данным других УЗИ. При расхождении срока по дате последней менструации и УЗИ в 11-14 недель более чем на 5 дней, срок беременности и родов следует устанавливать по данным УЗИ [31].

- Рекомендовано оценить состояние беременной пациентки (измерение частоты сердцебиения, артериального давления на периферических артериях (АД), частота дыхания, сознание, измерение массы тела, наличие травм области живота, состояние кожных покровов) при подозрении на антенатальную гибель плода в целях оценки вероятности скрытого кровотечения и своевременного начала диагностики и лечения состояния [2, 32].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано определение окружности живота (ОЖ), высоты дна матки (ВДМ) и оценка по гравидограмме после 20 недель беременности для оценки развития плода [13].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано проведение пальпации плода при подозрении на антенатальную гибель плода для определения положения плода [33].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- При поступлении в стационар пациентки с подозрением на антенатальную гибель плода рекомендовано измерить температуру тела с целью диагностики инфекционно-воспалительных осложнений беременности [34-38].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- При поступлении в стационар рекомендовано проведение аускультации плода с помощью фетального доплера или акушерского стетоскопа с целью своевременной диагностики нарушения внутриутробного состояния плода или его антенатальной гибели [33].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- При поступлении в стационар рекомендовано провести бимануальное влагалищное исследование с целью оценки состояния родовых путей [39].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано проведение пальпации плода при подозрении на антенатальную гибель плода для определения положения и предлежания плода с целью определения тактики ведения родов [9].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2).

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендован общий (клинический) анализ крови при поступлении в стационар пациентки с подозрением или установленным диагнозом внутриутробной гибели плода с целью своевременного выявления и лечения анемии, воспалительного сдвига и других патологических состояний [2].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) пациенткам с подозрением на внутриутробную гибель плода или установленным диагнозом внутриутробной гибели плода при поступлении в стационар в связи с возможной гемотрансфузией [2].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано проведение анализа крови биохимического общетерапевтического и исследование системы гемостаза при подозрении на внутриутробную гибель плода или установленным диагнозом внутриутробной гибели плода при поступлении в стационар в целях выявления потенциальных осложнений беременности (преэклампсия, внутрипеченочный холестаз, ПОНРП и т.д.) и ДВС-синдрома [2, 40-42].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: В рамках анализа крови биохимического общетерапевтического (определение уровня билирубина (код медицинской услуги: A09.05.021, A09.05.022, A09.05.022.001, A09.05.022.002), АЛТ, АСТ, уровня креатинина, мочевины, общего белка, электролитов (K⁺, Mg²⁺, Na⁺, Cl⁻), в рамках исследования системы гемостаза (определение уровня фибриногена, D-димера, активированного частичного тромбопластинового времени, международного нормализационного соотношения, протромбинового времени в плазме крови матери [2, 40-42].

- Рекомендовано проведение цитогенетического исследования (кариотипирования) при выявлении у плода ультразвуковых маркеров хромосомных или генетических аномалий для своевременного принятия решения о прерывании беременности по медицинским показаниям [2].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано проведение неинвазивного пренатального тестирования (НИПТ) (код медицинской услуги [A27.20.001](#)) с целью выявления некоторых анеуплоидий у пациенток после 10 недель беременности [43, 44].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 3).

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Кардиотокография плода рекомендована у беременных пациенток с целью диагностики дистресс-синдрома плода и возможной антенатальной гибели. Критерии диагностики данного состояния определяются клиническими рекомендациями по нарушению внутриутробного состояния плода. Отсутствие сердцебиений плода при кардиотокографии плода требуют проведения ультразвукового исследования плода с целью достоверной диагностики возможной внутриутробной гибели плода [45, 46].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

- Ультразвуковое исследование плода рекомендовано как наиболее достоверный метод для диагностики внутриутробной гибели плода при подозрении на антенатальную гибель плода [41].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано проведение ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока для определения кровотока в артериях пуповины при подозрении на антенатальную гибель плода [47, 48].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: достоверным критерием внутриутробной гибели плода является отсутствие визуализации сердечных сокращений и кровотока в артерии пуповины при ультразвуковом исследовании и доплерометрическом исследовании. С целью достоверной диагностики антенатальной гибели плода при наличии подозрения ультразвуковое исследование плода и кардиотокография плода должны быть выполнены в приемном отделении [48].

2.5. Иные диагностические исследования

- Рекомендован первичный осмотр врача акушера-гинеколога в приемном отделении медицинского учреждения при поступлении пациентки с подозрением на антенатальную гибель плода с целью установки предварительного диагноза [41].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: при поступлении пациентки с подозрением на антенатальную гибель плода осмотр врача акушера-гинеколога должен быть выполнен максимально быстро в приемном отделении медицинского учреждения.

- Рекомендовано при принятии решения о родоразрешении путем операции кесарева сечения перед операцией проведение осмотра врача-анестезиолога-реаниматолога с целью определения анестезиологического риска [41].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано во всех случаях внутриутробной гибели плода проведение патологоанатомического исследования плода и последа (код медицинской услуги A08.30.021, A08.30.021.001, A08.30.019.001, A08.30.021.002) в целях установления причины гибели и снижения риска рецидива. Отказ от проведения патологоанатомического исследования по желанию родственников оформляется в соответствии с нормами действующего законодательства РФ [49, 50].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: наличие признаков мацерации плода не позволяет достоверно судить о давности наступления внутриутробной гибели плода, так как время его развития зависит от причины антенатальной гибели плода [51].

- Рекомендовано в каждом случае антенатальной гибели плода проведение полного комплекса диагностических мероприятий с целью выяснения причины данного осложнения. Выбор алгоритма обследования базируется на данных анамнеза, особенностях течения беременности и результатах патологоанатомического исследования плода и последа [52].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Подготовка к родоразрешению (Приложение Б)

- Рекомендовано при подозрении на антенатальную гибель плода или подтвержденном диагнозе осуществить экстренную госпитализацию и принять решение о методе и сроке

родоразрешения [41, 53].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано подготовку родовых путей и индукцию родов при наличии показаний у беременной с антенатальной гибелью плода проводить в соответствии с акушерской ситуацией с учетом противопоказаний к использованию того или иного метода [52].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Пациентки с антенатальной гибелью плода входят в группу высокого риска по кровотечению во время беременности, в родах, послеродовом периоде, гнойно-септическим и тромбоэмболическим осложнениям, поэтому рекомендовано проведение их профилактики в соответствии с действующими клиническими рекомендациями [52].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: смотри клинические рекомендации: "Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия", "Послеродовое кровотечение".

- При родоразрешении пациенток с антенатальной гибелью плода рекомендуется активное ведение III периода родов. Рекомендовано введение утеротонических препаратов внутривенно медленно после извлечения плода [54].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: Ведение родов при антенатальной гибели плода согласно клиническим рекомендациям "Нормальные роды. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании)". Инструментальное выскабливание полости матки в раннем послеродовом периоде противопоказано в связи с высоким риском развития коагулопатического кровотечения, септических осложнений [55].

- При искусственном прерывании беременности в срок ≥ 22 недель рекомендована амниотомия с целью индукции родов при достижении полной зрелости шейки матки (8 баллов и более по шкале Бишоп – см. [приложение Г](#)) для сокращения интервала времени до родоразрешения [56].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: Амниотомия при зрелой шейке матки не увеличивает риск КС, но укорачивает интервал времени до родоразрешения в среднем на 5 часов.

- Рекомендовано обезболивание родов у пациенток с внутриутробной гибелью плода проводить с учетом показаний и противопоказаний к выбору метода анестезии (высокий риск коагулопатии!!!) [40, 57, 58].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано проведение селективной элиминации (остановки сердечной деятельности) плода (Код медицинской услуги: A16.30.084) перед прерыванием беременности в связи с врожденными пороками развития плода, не совместимых с жизнью, после 21 недели и 6 дней [59-61].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: элиминация плода проводится в асептических условиях и под постоянным ультразвуковой навигацией. В целях обезболивания плода в вену пуповины осуществляется введение #фентанила** в дозе 10 мкг/кг. Для остановки сердечной деятельности показано введение 10% р-ра #калия хлорид** в желудочек сердца плода. После аспирации крови плода для подтверждения правильности установки иглы, вводится 2-3 мл р-ра #калия хлорид**. Если

остановка сердечной деятельности не произошла, рекомендовано повторное введение #калия хлорид** через 30-60 секунд [59, 62]. Асистолию следует документировать не менее 2 минут. Контрольное ультразвуковое исследование плода проводится через 30-60 минут, чтобы убедиться в отсутствие сердечных сокращений плода. Хлорид калия** – химическое соединение, неорганическое соединение состава KCl. Является средней калиевой солью соляной кислоты. Проведение кардиоцентеза могут быть связаны с определенными техническими сложностями из-за плотности костных структур грудной клетки. Альтернативным методом является проведение кордоцентеза в целях получения доступа в системную циркуляцию плода. В целях обезболивания плода в вену пуповины осуществляется введение #фентанила** в дозе 10 мкг/кг расчетной массы плода и через 3 минуты в целях остановки сердечной деятельности плода введение #лидокаина** в дозе 100 мг/кг расчетной массы плода [60]. Взятие образца крови плода для последующего кариотипирования в целях верификации результатов ранее проведенной пренатальной диагностики является обязательным. Другим методом остановки сердечной деятельности плода может быть интраторакальное или интраамниальное введение #дигоксина** (1 мг) [63, 64]. Однако интраамниальное введение #дигоксина** менее эффективно [59, 62]. Дигоксин** – сердечный гликозид, блокирует транспортную Na^+/K^+ -АТФ-азу, в результате чего возрастает содержание Na^+ в кардиомиоците, что приводит к открытию Ca^{2+} -каналов и вхождению Ca^{2+} в кардиомиоциты. Избыток Na^+ приводит также к ускорению выделения Ca^{2+} из саркоплазматического ретикулума. Повышение концентрации Ca^{2+} приводит к ингибированию тропонинового комплекса, оказывающего угнетающее влияние на взаимодействие актина и миозина. Увеличение силы и скорости сокращения миокарда происходит по механизму, отличному от механизма Франка-Старлинга (не зависит от степени предварительного растяжения миокарда). В результате увеличения сократительной способности миокарда увеличивается ударный объем кровотока и минутный объем кровотока (МОК). Снижает конечный систолический объем и конечный диастолический объем сердца, что наряду с повышением тонуса миокарда приводит к сокращению его размеров и т.о. к снижению потребности миокарда в кислороде. В целях сокращения промежутка между временем остановки сердечной деятельности плода и завершением беременности целесообразно выполнение инвазивного вмешательства непосредственно перед применением первой дозы мизопростола** в схеме медикаментозного прерывания беременности по медицинским показаниям.

- Рекомендовано применение мифепристона и #мизопростола** для индукции родовой деятельности после проведения элиминации (остановки сердечной деятельности) плода [21, 32, 63, 65-68, 71-72, 78-79].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: При медикаментозном искусственном прерывании беременности в срок 22⁰-27⁶ недель с целью родовозбуждения после остановки сердечной деятельности плода рекомендовано назначить #мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 24 часа) #мизопростол** 800 мкг вагинально или сублингвально, затем в случае отсутствия родовой деятельности через 3 часов – #мизопростол** повторно 400 мкг сублингвально каждые 3 часа до прерывания беременности (максимум 4 дозы) или вагинально по 400 мкг каждые 4 часа до прерывания беременности.

При медикаментозном искусственном прерывании беременности в срок ≥ 28 недель с целью родовозбуждения после остановки сердечной деятельности плода и оценки степени зрелости ШМ по шкале Бишоп (см. приложение Г) рекомендовано назначить #мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 24 часа) #мизопростол** по 25 мкг вагинально каждые 6 часов или по 25 мкг внутрь каждые 2 часа (максимально – 4 дозы) до достижения 2-х схваток за 10 минут [63, 69].

- Рекомендованы сублингвальный, буккальный и вагинальный способы применения #мизопростола** [32, 67, 68, 70, 71].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Мифепристон – синтетический стероидный препарат для перорального применения. В настоящее время мифепристон, антагонист прогестероновых рецепторов, широко используемый для медикаментозного прерывания беременности, зарегистрирован в более чем 40 странах. Обладая высоким сродством к рецепторам прогестерона, мифепристон действует как его антагонист. Механизм abortивного действия мифепристона основан на его антипрогестероновом эффекте, обусловленном блокированием действия прогестерона на уровне рецепторов в эндометрии и миометрии, что в свою очередь приводит к подавлению развития трофобласта, повреждению и отторжению децидуальной оболочки, появлению маточных сокращений, развитию менструальноподобного кровотечения, что клинически проявляется медикаментозным абортom [21]. Мизопростол** – синтетический аналог простагландина E1. Механизм abortивного действия связан с инициацией сокращения гладких мышц миометрия и расширения шейки матки. Способность мизопростола** стимулировать сокращения матки облегчает раскрытие шейки и удаление содержимого полости матки. Мизопростол** повышает частоту и силу сокращений миометрия, оказывая слабое стимулирующее действие на гладкую мускулатуру ЖКТ [21, 72, 73]. Препарат должен применяться для прерывания беременности в комбинации с мифепристоном только в специализированных учреждениях, которые имеют соответствующим образом подготовленных медицинских работников [21, 32, 63, 65, 66, 74].

- Рекомендовано при отсутствии регулярной родовой деятельности в течение 24 часов после назначения мифепристона повторение выше указанной схемы (рекомендовано назначить #мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 24 часа) #мизопростол** по 25 мкг вагинально каждые 6 часов или по 25 мкг внутрь каждые 2 часа (максимально – 4 дозы) до достижения 2-х схваток за 10 минут) [71, 75] [63, 69]. При наличии "зрелой" ШМ по шкале Бишоп (см. приложение Г) альтернативой указанной схеме является амниотомия с последующим назначением окситоцина** [21, 32, 63, 66].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: досрочное родоразрешение при многоплодии показано только при выявлении у обоих плодов врожденных аномалий развития, несовместимых с жизнью или сочетанных аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для их жизни и здоровья, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения. Во всех других случаях необходимо обсуждать возможность селективной остановки сердечной деятельности аномально развивающегося плода. При многоплодной беременности основой для принятия адекватного решения по ее ведению является однозначное установление типа хориальности. При выявлении у одного из плодов врожденных аномалий развития, несовместимых с жизнью, или сочетанных аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни и здоровья, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения возможно проведение селективной редукции числа плодов, направленное на предупреждение живорождения аномального плода и снижения рисков вынашивания многоплодной беременности [76-78].

- При отсутствии мифепристона рекомендована индукция выкидыша высокими дозами окситоцина** [21, 32, 63, 66].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Во 2-м-3-м триместре беременности в день прерывания беременности (но не ранее, чем через 4 часа) рекомендовано назначить бромкриптин** или каберголин согласно инструкции к

препарату с целью подавления/предотвращения лактации [79, 80].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2).

3.2. Выбор метода родоразрешения

- Оптимальным методом родоразрешения при антенатальной гибели плода рекомендовано считать роды через естественные родовые пути [81-83].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендовано перед родоразрешением пациентки с внутриутробной гибелью плода оптимальным является установка периферического венозного катетера [84].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано принимать во внимание, что при антенатальной гибели плода могут возникать показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения. Выбор метода родоразрешения определяется индивидуально, на основании клинических данных и особенностей акушерской ситуации. Наиболее частым показанием для родоразрешения путем операции кесарева сечения является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты [83, 85-87].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

- Родоразрешение путем КС не рекомендовано при внутриутробной смерти плода за исключением ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС. Показаниями к КС при внутриутробной гибели плода являются: полное предлежание и вращении плаценты, два и более КС; миомэктомия (2-5 тип по классификации FIGO или неизвестное расположение миоматозного узла) [26, 27], при гистеротомии в анамнезе (перфорация матки, иссечение трубного угла, иссечение рудиментарного рога, корпоральное КС в анамнезе, Т-образный или J-образный разрез), при наличии препятствия со стороны родовых путей для рождения ребенка (миома матки больших размеров в области нижнего сегмента, шейки матки; рак шейки матки, кроме преинвазивных и микроинвазивных форм рака шейки матки) [65], при прогрессирующей преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты [42], при угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки [42], при приступе эклампсии в родах [83, 86-90].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендовано экстренное родоразрешение пациенток с антенатальной гибелью плода, осложнившейся септическим состоянием. Объем оперативного вмешательства решается индивидуально вплоть до проведения экстирпации матки с плодом (операция Парро (Код медицинской услуги: A16.20.011), смотри клинические рекомендации "Послеродовые инфекционные осложнения [91].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

3.3. Послеродовой период

- При ведении послеродового периода у пациенток с внутриутробной гибелью плода рекомендовано тщательное наблюдение за состоянием роженицы, проведение профилактики послеродового кровотечения и гнойно-септических осложнений, смотри клинические рекомендации "Послеродовые инфекционные осложнения [92].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- Рекомендуется при внутриутробной гибели плода проведение медицинской, психологической и социальной реабилитации пациенток и ее партнеров [93].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: антенатальная гибель плода является тревожным событием для родителей, которые часто сообщают о симптомах посттравматического стресса в течение нескольких лет, иногда даже через 5-6 лет после антенатальной гибели плода матери имеют негативное мнение о своем перинатальном периоде [93].

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Специфической профилактики внутриутробной гибели плода не существует.

- Рекомендовано пациенток с внутриутробной гибелью плода в анамнезе вносить в группу риска данного осложнения при последующих беременностях в целях снижения рисков [94].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендовано проведение комплекса предгравидарной подготовки перед наступлением беременности у пациентки с внутриутробной гибелью плода в анамнезе для улучшения перинатальных исходов [3, 94].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: оптимальным является соблюдение интервала между беременностями не менее 6 месяцев.

- Рекомендуется предгравидарная подготовка (лечение хронического эндометрита, терапия экстрагенитальных заболеваний, коррекция дефектов гемостаза) с целью профилактики внутриутробной гибели плода во время беременности [3, 94].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 3)

- Рекомендуется отказ от вредных привычек и лечение наркотических зависимостей (курение, употребление алкоголя, наркотиков) во время беременности для снижения риска внутриутробной гибели плода [95-97].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2)

- Рекомендовано формирование группы риска задержки внутриутробного развития плода и проведение динамического наблюдения за пациентками этой группы для снижения риска внутриутробной гибели плода [52, 71, 94].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 3)

- Рекомендовано при постановке беременной на учет объяснять важность соблюдения графика наблюдения беременности, профилактики факторов риска гибели плода и самоконтроля своего состояния, рассказывать о состояниях и симптомах, при которых необходимо экстренно обратиться за медицинской помощью, первую помощь при таких состояниях [52].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется регистрация теста шевелений плода при сроке гестации 28 недель

беременности [28].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2)

- Рекомендовано измерять окружность живота (ОЖ), высоту дна матки (ВДМ) и ведение гравидограммы для оценки нарушений внутриутробного развития [98].

Уровень убедительности рекомендации **B** (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: при каждом визите беременной пациентки после 20 недель беременности [98].

- Рекомендовано при неустановленной причине антенатальной гибели плода в анамнезе учитывать этот фактор для разработки оптимальной тактики антенатального наблюдения и родоразрешения при последующих беременностях [94].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 3)

- Рекомендовано направить беременную пациентку с антенатальной гибелью плода в анамнезе (при неустановленной причине) на проведение глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с 75 г глюкозы при 1-м визите в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена [99].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: вероятность развития гестационного сахарного диабета в четыре раза выше у пациенток с антенатальной гибелью плода в анамнезе с неустановленной причиной [100, 101]. если при первом визите фиксируются нормальные значения, повторный ПГТТ проводится в сроке 24-28 недель [99].

- Не рекомендовано плановое родоразрешение до 39 недель беременности у пациенток с антенатальной гибелью плода в анамнезе (неустановленная причина) и при неосложненной текущей беременности [102, 103].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: при наличии осложнений данной беременности, срок родов должен быть индивидуализирован, уравнивая риски для матери и плода/неонатальные риски вмешательства с рисками, связанными с выжидательной тактикой [100, 101].

6. Организация оказания медицинской помощи

Для решения вопроса о жизнеспособности плода, необходимости прерывания беременности по медицинским показаниям после 22 недель беременности пациентка направляется на перинатальный консилиум. Перинатальный консилиум организуется на базе учреждений третьего уровня (группы). В состав перинатального консилиума должны входить врач-акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик, врач-неонатолог, детский врач той специальности (детский кардиолог, хирург, ортопед и нейрохирург), к которой относится заболевание (состояние) плода, являющееся медицинским показанием для решения вопроса об искусственном прерывании беременности. В целях обеспечения всесторонней медико-социальной помощи в состав перинатального консилиума могут входить психолог и юрист. Участие специалистов может осуществляться дистанционно с использованием современных средств передачи данных и телекоммуникации.

По желанию беременной женщины участие в консилиуме могут принимать ее супруг/партнер и другие ее законные представители.

Консилиум предоставляет беременной женщине всестороннюю медицинскую информацию о результатах ее обследования и характере выявленных аномалий развития у ее плода, и на основании современных медицинских знаний предоставляет сведения о прогнозе для жизни и здоровья плода как до, так и после рождения, о возможных методах лечения и связанном с ними

рисках, возможных медицинских пренатальных и постнатальных вмешательствах, их ближайших и отдаленных исходах.

При установлении консилиумом наличия врожденных аномалий развития плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде, беременной женщине предоставляется информация о медицинской организации, имеющую лицензию на оказание данного вида медицинской помощи, как в субъекте, так и на всей территории Российской Федерации.

При установлении консилиумом наличия врожденных аномалий развития плода, несовместимых с жизнью, или наличия сочетанных аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни и здоровья, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, беременной женщине предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям, и она информируется о медицинской организации, в которой таковое может быть проведено.

При информированном отказе пациентки прервать беременность при наличии врожденных аномалий развития плода или иных сочетанных пороков, несовместимых с жизнью, предоставляется информация о плане ее дальнейшего ведения в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи женщинам в период беременности.

Консилиум на основании совокупности полученной медицинской информации предлагает пациентке принять решение о дальнейшем пролонгировании или прерывании беременности.

Результатом проведения перинатального консилиума являются окончательный диагноз и заключение. Заключение консилиума подписывается всеми членами консилиума, утверждается подписью руководителя медицинской организации и заверяется ее печатью. Беременной женщине предлагается заверить заключение консилиума собственноручной подписью.

Заключение консилиума составляется в трех экземплярах (один остается в медицинской организации, в которой проведен перинатальный консилиум, второй и третий – выдаются беременной женщине для предоставления в медицинские организации, осуществляющие антенатальное наблюдение и последующую медицинскую помощь).

Определение медицинской организации для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям

В случае добровольного информированного согласия беременной женщины и заключении перинатального консилиума о наличии показаний для проведения искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям пациентка направляется: при сроке беременности до 22 недель – в гинекологическое отделение; при сроке беременности 22 недели и более – искусственное прерывание беременности (родоразрешение) проводится в условиях акушерского стационара третьего уровня (группы).

При проведении перинатального консилиума в медицинском учреждении, отличном от того, где будет проведено искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям, в последнем формируется врачебная комиссия. Персональный состав комиссии и порядок ее деятельности определяется руководителем медицинской организации. При подтверждении показаний и исключения противопоказаний и определении метода искусственного прерывания беременности Комиссией утверждается заключение, заверенное подписями членов Комиссии и печатью медицинской организации.

Врачебная комиссия определяет метод искусственного прерывания беременности и в случае назначения лекарственных препаратов при сроках беременности, не указанных в инструкциях к препаратам, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" отражает это назначение в заключении, которое является неотъемлемой частью истории болезни/родов. Сведения о проведении и заключении Врачебной

комиссии заносятся в "Журнал учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения" учетная форма N 035\у-02.

Диагностированная антенатальная гибель плода является показанием к госпитализации в акушерский стационар в экстренном порядке. Родоразрешение пациенток с верифицированной до начала родовой деятельности антенатальной гибелью плода проводится в стационарах II и III уровня оказания перинатальной помощи. Транспортировка пациенток, с установленным диагнозом антенатальной гибели плода, проводится медицинским транспортом, в сопровождении медицинского персонала, готового к оказанию неотложной помощи при возникновении осложнений. Родоразрешение пациенток с антенатальной гибелью плода проводится с учетом высокого риска развития осложнений (акушерские кровотечения, гнойно-септические осложнения), бригадой врачей, включающей акушера – гинеколога и анестезиолога – реаниматолога, обладающих достаточными навыками для оказания неотложной помощи. Обязательным является наличие запаса трансфузиологических сред и готовности к проведению хирургического вмешательства при возникновении осложнений. При проведении процедуры фетотида и искусственного прерывания беременности в сроке ≥ 22 недель показана госпитализация в гинекологическое отделение многопрофильной больницы или акушерский стационар III уровня оказания перинатальной помощи.

Выписка рожениц из акушерского стационара проводится по общим правилам с обязательным ультразвуковым исследованием матки и органов малого таза при следующих условиях:

- 1) отсутствие гипертермии (выше 37,2 °C) и неосложненное течение послеоперационного периода;
- 2) отсутствие патологических изменений при УЗИ матки и придатков;
- 3) отсутствие признаков мастита и лактостаза;
- 4) отсутствие признаков воспаления в области шва.

Выписка возможна с нерассасывающимся шовным материалом с последующим удалением шовной нити по месту жительства.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Факторами, влияющими на исход беременности для матери при антенатальной гибели плода, являются [13, 65]:

- срок беременности;
- длительность антенатальной гибели плода до момента обращения за медицинской помощью;
- состояние беременной;
- наличие кровотечения;
- состояние системы гемостаза (наличие коагулопатии).

Исход для матери определяется не только тяжестью состояния, но и своевременностью оказания квалифицированной помощи.

- Рекомендовано в медицинских организациях развитие культуры поддержки пациентов и медицинских работников, столкнувшихся с перинатальными потерями, включающей определение процедуры взаимодействия в таких ситуациях, обучение и тренинги работников взаимодействию с пациентами и самопомощи в таких ситуациях, консультированию по вопросам скорби, в целях повышения качества медицинской помощи [93, 104-108].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендовано медицинским работникам обучение по вопросам переживания горя и его стадий в целях повышения качества медицинской помощи [109-112].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано поддержка пациентки и ее партнера со следованием нижеизложенным принципам взаимодействия в целях преодоления горя и снижения негативных отдаленных последствий [41, 104, 111-113].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 3).

7.1. Принципы взаимодействия с пациенткой и ее партнером

1. Не стоит недооценивать жалобы пациенток и их опасения при поступлении, заранее давать надежду.

2. Необходимо помнить, что реакция родителя на потерю уникальна и может представлять собой спектр различных эмоций – от печали до гнева и отрицания. Родителям обычно было трудно осознать, что произошло. Последствия перинатальной потери ощущаются не только в реальной потере желанного ребенка, но и в потере самоуважения, роли родителя и уверенности в способности произвести на свет здорового ребенка. Эмоциональный опыт создает атмосферу отчаяния и растерянности в семьях, ожидающих радостного события. Медицинские работники должны быть осведомлены об этом нормальном диапазоне реакций, позволять родителям выражать свои чувства и поддерживать их в течение этого времени.

3. Эмоциональная поддержка и признание факта рождения и смерти ребенка являются важной частью оказания медицинской помощи в связи с тяжелой утратой.

4. Наилучший способ, с помощью которых медицинский работник может поддержать скорбящую семью, – это проявить непредвзятость, глубокое чувство заботы и личного участия.

5. Не стоит прятаться за "выполнением" работы, отстраняться и молчать (особенно до и во время УЗИ), предоставляйте честную и своевременную информацию и время на принятие решения (по возможности), поддержите желание участвовать в принятии решений, объясняйте происходящее – ваши действия и иных сотрудников.

6. Общение с родителями желательно в приватном обстановке.

7. Не следует спорить с родителями и уклоняться от вопросов, честно отвечайте на вопросы, не избегайте зрительного контакта. Пациент может запросить информацию о том, почему это произошло. Им следует сообщить, что для ответа на этот вопрос будут предложены обследования и анализы, но на сбор необходимой информации может потребоваться несколько недель.

8. Не используйте сложные профессиональные термины, объясняйте простыми, понятными фразами. Четкая, легко понятная и структурированная информация, предоставляемая деликатно в соответствующее время, помогает родителям.

9. Не стоит говорить: "У вас будет еще один ребенок", "Так лучше", "Могло быть хуже", "У вас еще могут быть дети", "Время лечит", "Хорошо, что ребенок умер, пока вы еще не привыкли к нему". Лучше использовать следующие фразы "мне так жаль", "Я сожалею", "Я бы хотел, чтобы все кончилось иначе", "Я не знаю, что сказать", "Мне грустно", "Я сочувствую вам", "Есть ли у вас вопросы?", "Мы можем снова поговорить об этом немного позже".

10. Стоит проявить уважение к ребенку, называя его по имени (если уже выбрано).

11. Следует предоставлять духовную поддержку и уважать культурное происхождение, веру родителей.

12. Желательно невербальное подтверждение диагноза, например, показ результатов УЗИ.

13. Необходимо разъяснять, каким образом и почему будет осуществлено родоразрешение. Родители не ожидают что им придется пройти через вагинальные роды, большинство ожидает, что

их ребенок родится с помощью кесарева сечения. Важно объяснить варианты и причины, по которым один из вариантов может быть лучше в их индивидуальных обстоятельствах. При вагинальных родах родителям нужна информация, советы и поддержка на каждом этапе. Оглядываясь назад, женщины сообщают, что вагинальные роды придали им сил.

14. Консультирование по поводу вскрытия должно проводиться уважительным образом, семья должна понимать его цель и сроки. Стоит дополнительно в письменной форме выдавать информацию, которая поможет им принять обоснованное решение по проведению патолого-анатомического вскрытия плода, а также предоставлять информацию о показателях мертворождаемости и гибели плода.

15. Преимущества и недостатки вариантов обезболивания должны быть полностью обсуждены.

16. Поощряйте родительский контакт с умершим. Не стоит агрессивно убеждать родителей контактировать с ребенком. Однако, родители, которые решили не видеться со своим ребенком и не держать его на руках, часто позже сожалеют об этом решении. Родителей следует информировать об этом и предлагать им такую возможность не один раз. Выбор родителей должен поддерживаться персоналом, а время, проведенное с ребенком, должно определяться самими родителями. Стоит заранее объяснить, как будет выглядеть их ребенок.

17. Стоит помнить, что родители хотели бы пространство для поддержки друг друга наедине, видеть и слышать других матерей и младенцев может усугубить страдания родителей. При этом не стоит игнорировать их и не заходить к ним, участие персонала ухудшает опыт.

18. Стоит сообщить ключевым сотрудникам медицинских организаций, участвующим сейчас и в будущем в оказании медицинской помощи, о ситуации. Также стоит рассмотреть возможность нанесения специальных наклеек, например, на дверь палаты матери, пережившей тяжелую утрату, чтобы персонал был в курсе ее состояния.

19. Избегайте седативных препаратов.

20. По возможности при согласии родителей предоставьте коробку памяти, например, включающую фотографии, первую одежду, браслет, идентификационную бирку, прядь волос, листовки о процессе переживания тяжелой утраты и группах поддержки в связи с тяжелой утратой.

21. Родители часто винят в мертворождении свои действия и чувствуют себя виноватыми. Родителей необходимо заверить в том, что они не были причиной.

22. Женщине и ее партнеру необходимо сообщить, что у каждого из них могут быть совершенно разные механизмы преодоления горя, которые потребуют уважения и понимания друг друга.

23. Необходимо предоставлять полную информацию о послеродовом периоде (в том числе и в письменной форме):

- a. Физические симптомы – период лактации, после болей, кровотечение;
- b. Психологические симптомы – риски развития депрессии, послеродовой депрессии, тревога, посттравматического стрессового расстройства;
- c. Факторы риска психологических проблем после мертворождения;
- d. Как часто различаются эмоциональные реакции мужчин и женщин;
- e. Финансовые соображения и права – пособие по беременности и родам, отпуск по беременности и родам;
- f. Группы поддержки и услуги;
- g. Свидетельства о мертворождении и регистрация;
- h. Последующее наблюдение.

24. При обсуждении результатов патолого-анатомического исследования плода желательно присутствие медицинских работников, которые ранее взаимодействовали с родителями.

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом при поступлении в стационар и принятии решения о родоразрешении путем операции кесарева сечения	Да/нет
2.	Проведено ультразвуковое исследование плода	Да/нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови при поступлении пациентки в стационар	Да/нет
4.	Выполнено определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) при поступлении пациентки в стационар	Да/нет
5.	Выполнена установка периферического венозного катетера перед родоразрешением	Да/нет
6.	Выполнено введение утеротонических препаратов внутривенно медленно после извлечения плода	Да/нет
7.	Проведение профилактики тромбоэмболических осложнений в периоде в период беременности, родов и послеродовом периоде.	Да/нет
8.	Проведение профилактики гнойно-септических осложнений в периоде в период беременности, родов и послеродовом периоде.	Да/нет

Список литературы

1. Серов В.Н. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 2014. 1024 р..
2. Tsakiridis I., Giouleka S., Mamopoulos A., Athanasiadis A., Dagklis T. Investigation and management of stillbirth: a descriptive review of major guidelines. J Perinat Med. 2022; 50(6):796-813. <https://dx.doi.org/10.1515/jpm-2021-0403>.
3. Flenady V., Koopmans L., Middleton P., Frøen J.F., Smith G.C., Gibbons K., et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2011; 377(9774):1331-40. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62233-7](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62233-7).
4. Thompson R.A., Thompson J.M.D., Wilson J., Cronin R.S., Mitchell E.A., Raynes-Greenow C.H., et al. Risk factors for late preterm and term stillbirth: A secondary analysis of an individual participant data meta-analysis. BJOG. 2023; 130(9):1060-70. <https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.17444>.
5. Aune D., Saugstad O.D., Henriksen T., Tonstad S. Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2014; 311(15):1536-46. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.2269>.
6. Bonde J.P., Jørgensen K.T., Bonzini M., Palmer K.T. Miscarriage and occupational activity: a systematic review and meta-analysis regarding shift work, working hours, lifting, standing, and physical workload. Scand J Work Environ Health. 2013; 39(4):325-34. <https://dx.doi.org/10.5271/sjweh.3337>.
7. Li J., Zhao H., Song J.-M., Zhang J., Tang Y.-L., Xin C.-M. A meta-analysis of risk of pregnancy loss and caffeine and coffee consumption during pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2015; 130(2):116-22. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.033>.
8. Ng K.Y.B., Cherian G., Kermack A.J., Bailey S., Macklon N., Sunkara S.K., et al. Systematic review and meta-analysis of female lifestyle factors and risk of recurrent pregnancy loss. Sci Rep. 2021; 11(1):7081. <https://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-86445-2>.
9. Rabie N., Magann E., Steelman S., Ounpraseuth S. Oligohydramnios in complicated and uncomplicated pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017; 49(4):442-9. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.15929>.

10. Geng B., Zhang K., Huang X., Chen Y. A meta-analysis of the effect of Sjögren's syndrome on adverse pregnancy outcomes. Clinics (Sao Paulo). 2022; 77:100140. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clinsp.2022.100140>.
11. Huri M., Di Tommaso M., Seravalli V. Amniotic Fluid Disorders: From Prenatal Management to Neonatal Outcomes. Children (Basel). 2023; 10(3)<https://dx.doi.org/10.3390/children10030561>.
12. Lamont K., Scott N.W., Jones G.T., Bhattacharya S. Risk of recurrent stillbirth: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2015; 350:h3080. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.h3080>.
13. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова В.Е.Р. Акушерство. Национальное руководство. 2019. 1088 р..
14. Артымук Н.В., Зеленина Е.М. 10 контраверсий искусственного аборта. STATUS PRAESENS ГИНЕКОЛОГИЯ, АКУШЕРСТВО, БЕСПЛОДНЫЙ БРАК. 2013; (102-107).
15. Д. Гроссман, К. Блэнгарт П.Б. Осложнения после хирургического и медикаментозного аборта во втором триместре беременности. Проблемы репродуктивного здоровья. 2008; 100-111:12..
16. Кан Н.Е., Баранов И.И., Дикке Г.Б. Т.В.Л. Медикаментозное завершение беременности в сроки от 12 до 22 недель: показания, методы и результат. Акушерство и гинекология. 2016; 4:11-5. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.4.11-15>.
17. Г.Б. Дикке И.В.С. Современные методы прерывания беременности в поздние сроки. Акушерство и гинекология. 2014; 83-88:1..
18. О материнской смертности в Российской Федерации в 2012 году: Методическое письмо Минздравсоцразвития РФ. 2013.
19. Филиппов О.С., Токова З.З., Гата А.С., Кузмин А.А., Гудимова В.В. Аборт: особенности статистики в федеральных округах России. 2016; 18(1):92-6..
20. Сухих Г.Т.С.В.Н.П.В.Н. и соавт. Медикаментозное прерывание беременности. Клинические рекомендации. 2015; :39..
21. National Abortion Federation. Clinical Policy Guidelines (A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion). Jurnal Penelitian Pendidikan Guru Sekolah Dasar. 2013; 6(August):68..
22. Sharma S., Sidhu H., Kaur S. Analytical study of intrauterine fetal death cases and associated maternal conditions. Int J Appl Basic Med Res. 2016; 6(1):11-3. <https://dx.doi.org/10.4103/2229-516X.173986>.
23. Bekiou A., Gourounti K. Reduced Fetal Movements and Perinatal Mortality. Mater Sociomed. 2020; 32(3):227-34. <https://dx.doi.org/10.5455/msm.2020.32.227-234>.
24. Valentin L., Marsál K. Pregnancy outcome in women perceiving decreased fetal movement. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1987; 24(1):23-32. [https://dx.doi.org/10.1016/0028-2243\(87\) 90033-5](https://dx.doi.org/10.1016/0028-2243(87) 90033-5).
25. Dutton P.J., Warrander L.K., Roberts S.A., Bernatavicius G., Byrd L.M., Gaze D., et al. Predictors of poor perinatal outcome following maternal perception of reduced fetal movements--a prospective cohort study. PLoS One. 2012; 7(7):e39784. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0039784>.
26. Gynaecologists R.C. of O.&. Reduced Fetal Movements (Green-top Guideline No. 57). Hentet fra https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_57.pdf. 2011;.
27. Schmidt W., Cseh I., Hara K., Kubli F. Maternal perception of fetal movements and real-time ultrasound findings. J Perinat Med. 1984; 12(6):313-8. <https://dx.doi.org/10.1515/jpme.1984.12.6.313>.
28. Mangesi L., Hofmeyr G.J., Smith V., Smyth R.M. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; 2015(10)<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004909.pub3>.
29. Carroll L., Gallagher L., Smith V. Risk factors for reduced fetal movements in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019; 243:72-82. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.09.028>.

30. Hoffman C.S., Messer L.C., Mendola P., Savitz D.A., Herring A.H., Hartmann K.E. Comparison of gestational age at birth based on last menstrual period and ultrasound during the first trimester. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2008; 22(6):587-96. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.2008.00965.x>.
31. Savitz D.A., Terry J.W., Dole N., Thorp J.M., Siega-Riz A.M., Herring A.H. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187(6):1660-6. <https://dx.doi.org/10.1067/mob.2002.127601>.
32. Borgatta L., Kapp N. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception.* 2011; 84(1):4-18. <https://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.02.005>.
33. Bloom N., Reenen J. Van. Guideline for Fetal Auscultation (including Electronic Fetal Monitoring. NBER Working Papers. 2022;:89..
34. Raj S.S., Sarmishta M., Dhanalakshmi M.G. Maternal and Fetal Outcome of Fever in Pregnancy. *J Evol Med Dent Sci.* 2021; 10(13):925-30..
35. Aoyama K., Seaward P.G., Lapinsky S.E. Fetal outcome in the critically ill pregnant woman. *Crit Care.* 2014; 18(3):307. <https://dx.doi.org/10.1186/cc13895>.
36. Le Gouez A., Benachi A., Mercier F.J. Fever and pregnancy. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2016; 35 Suppl 1:S5-12. <https://dx.doi.org/10.1016/j.accpm.2016.06.007>.
37. Gilbert G.L. 1: Infections in pregnant women. *Medical journal of Australia.* 2002; 176(5):229-36..
38. Forsgren M., Broliden K., Navér L. Congenital and Opportunistic Infections. Main viral diseases with in utero transmission of pathogen during pregnancy: epidemiology, pathological features and outcome. In: *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine.* Elsevier; 2007. p. 153.
39. Knowles A., Stone P., Le Grice J., Parker G., Ross S., Wise M., et al. Standards of Care for Women Requesting Abortion in Aotearoa New Zealand: Report of a Standards Committee to the Abortion Supervisory Committee. 2018;.
40. Das D., Patel N. Management of the Woman with an Intrauterine Fetal Death (IUFD). In: *Quick Hits in Obstetric Anesthesia.* Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 21-4 https://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-72487-0_4.
41. No G.G. Late intrauterine fetal death and stillbirth. October; 2010.
42. Jaiman S., Romero R., Gotsch F., Gowrishankar S., Mohiuddin K., Gallo D.M., et al. Fetal sepsis: a cause of stillbirth. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022; 35(25):9966-70. <https://dx.doi.org/10.1080/14767058.2022.2079404>.
43. García-Pérez L., Linertová R., Álvarez-de-la-Rosa M., Bayón J.C., Imaz-Iglesia I., Ferrer-Rodríguez J., et al. Cost-effectiveness of cell-free DNA in maternal blood testing for prenatal detection of trisomy 21, 18 and 13: a systematic review. *The European Journal of Health Economics.* 2018; 19(7):979-91. <https://dx.doi.org/10.1007/s10198-017-0946-y>.
44. Кречмар М.В. Особенности пренатального медико-генетического консультирования. *Журнал акушерства и женских болезней.* 2007;.
45. Ayres-de-Campos D., Spong C.Y., Chandrachan E. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015; 131(1):13-24. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>.
46. Solum T., Sjöberg N.O. Antenatal cardiotocography and intrauterine death. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1980; 59(6):481-7. <https://dx.doi.org/10.3109/00016348009155436>.
47. Stampalija T., Gyte G.M., Alfirevic Z. Utero-placental Doppler ultrasound for improving pregnancy outcome. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2010; <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008363.pub2>.
48. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion Evidence-based Clinical Guideline Number 7. Vol. 145. 2011. <https://dx.doi.org/10.1057/978-1->

349-96053-8_5127.

49. Cassidy A., Herrick C., Norton M.E., Ursell P.C., Vargas J., Kerns J.L. How does Fetal Autopsy after Pregnancy Loss or Termination for Anomalies and other Complications Change Recurrence Risk? *AJP Rep.* 2019; 9(1):e30-5. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0039-1681013>.

50. Atherton D.S., McCleskey B.C., Duncan V.E. Utility of fetal autopsy findings to estimate time of intrauterine fetal demise in maternal trauma. *Human Pathology Reports.* 2022; 27:300586..

51. Yazdani S.H., Zeinalzadeh M., Bouzari Z., Golsorkhtabar-Amiri M. Effects of vaginal versus oral misoprostol to terminate second-trimester pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2012; 39(4):529-31..

52. Maslovich M.M., Burke L.M. Intrauterine Fetal Demise. In *Treasure Island (FL)*; 2023.

53. Maternity and Neonatal Clinical Guideline. Queensland Clinical Guideline: Stillbirth care. 2023.

54. Begley C.M., Gyte G.M., Devane D., McGuire W., Weeks A., Biesty L.M. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019; 2019(2)<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub5>.

55. Tanha F.D., Golgachi T., Niroomand N., Ghajarzadeh M., Nasr R. Sublingual versus vaginal misoprostol for second trimester termination: a randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 287(1):65-9. <https://dx.doi.org/10.1007/s00404-012-2508-y>.

56. Ursell W. Induction of labour following fetal death. *J Obstet Gynaecol Br Commonw.* 1972; 79(3):260-4. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1972.tb15794.x>.

57. Harrop-Griffiths W., Cook T., Gill H., Hill D., Ingram M., Makris M., et al. Regional anaesthesia and patients with abnormalities of coagulation. *Anaesthesia.* 2013; 68(9):966-72. <https://dx.doi.org/10.1111/anae.12359>.

58. [CG] NHS. Intrauterine Fetal Death (IUFD) and Anaesthesia. 2022.

59. Diedrich J., Drey E. Induction of fetal demise before abortion SFP Guideline 20101, Release date January 2010. *Contraception.* 2010; 81(6):462-73..

60. Senat M. V, Fischer C., Bernard J.P., Ville Y. The use of lidocaine for fetocide in late termination of pregnancy. *BJOG.* 2003; 110(3):296-300..

61. Denny C.C., Baron M.B., Lederle L., Drey E.A., Kerns J.L. Induction of fetal demise before pregnancy termination: practices of family planning providers. *Contraception.* 2015; 92(3):241-5. <https://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.05.002>.

62. Tufa T.H., Prager S., Lavelanet A.F., Kim C. Drugs used to induce fetal demise prior to abortion: a systematic review. *Contracept X.* 2020; 2:100046. <https://dx.doi.org/10.1016/j.conx.2020.100046>.

63. Lohr P.A., Hayes J.L., Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008; (1):CD006714. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006714.pub2>.

64. Al R.A., Yapca O.E. Vaginal Misoprostol Compared With Buccal Misoprostol for Termination of Second-Trimester Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and gynecology.* 2015; 126(3):593-8. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000946>.

65. Ashok P.W., Templeton A., Wagaarachchi P.T., Flett G.M.M. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception.* 2004; 69(1):51-8. <https://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2003.09.006>.

66. Chen Y.-P., Wang P.-H., Tsui K.-H. Comment on the combination of mifepristone and misoprostol for the termination of second-trimester pregnancy. Vol. 54, *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology. China (Republic: 1949-);* 2015. p. 469-70 <https://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2015.06.006>.

67. Wagaarachchi P.T., Ashok P.W., Narvekar N.N., Smith N.C., Templeton A. Medical management of late intrauterine death using a combination of mifepristone and misoprostol. *BJOG.* 2002; 109(4):443-7. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01238.x>.

68. World Health Organization. Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva; 2012.

69. Gemzell-Danielsson K., Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with mifepristone-

misoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. *Reprod Health Matters*. 2008; 16(31 Suppl):162-72. [https://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31371-8](https://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31371-8).

70. Под ред. Л.В. Адамян В.Н.С.Г.Т.С.О.С. Филиппова. *Акушерство и гинекология*. Vol. 471. 2014.

71. Кан Н.Е.Т.В.Л.Б.И.И. и соавт. Безопасный аборт в I и II триместрах беременности в условиях стационара. Vol. 88. 2017.

72. Dean G., Colarossi L., Lunde B., Jacobs A.R., Porsch L.M., Paul M.E. Safety of digoxin for fetal demise before second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Contraception*. 2012; 85(2):144-9. <https://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.05.016>.

73. Morris J.L., Winikoff B., Dabash R., Weeks A., Faundes A., Gemzell-Danielsson K., et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017; 138(3):363-6. <https://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12181>.

74. Kapp N., Borgatta L., Stubblefield P., Vragovic O., Moreno N. Mifepristone in second-trimester medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*. 2007; 110(6):1304-10. <https://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000289577.32274.a5>.

75. Kerr R.S., Kumar N., Williams M.J., Cuthbert A., Aflaifel N., Haas D.M., et al. Low-dose oral misoprostol for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021; 2021(6)<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD014484>.

76. Cherouny P.H., Hoskins I.A., Johnson T.R., Niebyl J.R. Multiple pregnancy with late death of one fetus. *Obstetrics and gynecology*. 1989; 74(3 Pt 1):318-20..

77. Bryan E. Loss in higher multiple pregnancy and multifetal pregnancy reduction. *Twin Res*. 2002; 5(3):169-74. <https://dx.doi.org/10.1375/136905202320227826>.

78. Poniedziałek-Czajkowska E., Leszczyńska-Gorzelak B., Oleszczuk J. [Complications of multiple pregnancy in the 2nd and 3rd trimesters]. *Ginekol Pol*. 2000; 71(11):1435-44..

79. Hutchison P., Sill H. Lactation suppression with bromocriptine. *N Z Med J*. 1981; 94(694):309-10..

80. Single dose cabergoline versus bromocriptine in inhibition of puerperal lactation: randomised, double blind, multicentre study. European Multicentre Study Group for Cabergoline in Lactation Inhibition. *BMJ*. 1991; 302(6789):1367-71. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.302.6789.1367>.

81. Inoue A., Kondoh E., Suginami K., Io S., Chigusa Y., Konishi I. Vaginal delivery after placental abruption with intrauterine fetal death: A 20-year single-center experience. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017; 43(4):676-81. <https://dx.doi.org/10.1111/jog.13285>

82. Yamamoto M., Takami M., Shindo R., Kasai M., Aoki S. Expectant Management Leading to Successful Vaginal Delivery following Intrauterine Fetal Death in a Woman with an Incarcerated Uterus. Vol. 2017, Case reports in obstetrics and gynecology. United States; 2017. p. 2635275 <https://dx.doi.org/10.1155/2017/2635275>.

83. Imanaka S., Naruse K., Akasaka J., Shigemitsu A., Iwai K., Kobayashi H. Vaginal delivery after placental abruption and intrauterine fetal death, including failed cases. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014; 126(2):180-1. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.03.019>.

84. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018.

85. Egbe T.O., Nkwele F.G.M., Tchente C.N., Arlette M.M.J. Sudden Fetal Death Managed by Cesarean Delivery: Case Report and Literature Review. of. 2017; 5:2..

86. Кастор М.В., Волков В.Г. Особенности родоразрешения при антенатальной гибели плода. Архив акушерства и гинекологии им ВФ Снегирева. 2020; 7(3):124-30..

87. Pirhonen J., Erkkola R. Delivery after fetal death in women with earlier cesarean section. A review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021; 260:150-3. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.03.027>.

88. Nupur H., Saumya N., Prelata M., Nayan S., Aseri S., Sangeeta S. Indication of cesarean section

in intrauterine fetal demise. *Sch Acad J Biosci.* 2014; 2(10):724-7..

89. Buinoiu N.F., Stoica S.I., Mat C., Panaitescu A., Peltecu G., Gica N. Mode of Delivery in Stillbirth. *Maedica (Bucur).* 2017; 12(2):101-5..

90. Wada Y., Takahashi H., Sasabuchi Y., Usui R., Ogoyama M., Suzuki H., et al. Maternal outcomes of placental abruption with intrauterine fetal death and delivery routes: A nationwide observational study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2023; 102(6):708-15. <https://dx.doi.org/10.1111/aogs.14569>.

91. Elton R.J., Chaudhari S. Sepsis in obstetrics. *BJA Educ.* 2015; 15(5):259-64..

92. Gold K.J., Mozurkewich E.L., Puder K.S., Treadwell M.C. Maternal complications associated with stillbirth delivery: A cross-sectional analysis. *J Obstet Gynaecol.* 2016; 36(2):208-12. <https://dx.doi.org/10.3109/01443615.2015.1050646>.

93. Ellis A., Chebsey C., Storey C., Bradley S., Jackson S., Flenady V., et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 16:16. <https://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>.

94. Fretts R.C. Etiology and prevention of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193(6):1923-35. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.03.074>.

95. Marufu T.C., Ahankari A., Coleman T., Lewis S. Maternal smoking and the risk of still birth: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2015; 15:239. <https://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1552-5>.

96. Sundermann A.C., Zhao S., Young C.L., Lam L., Jones S.H., Velez Edwards D.R., et al. Alcohol Use in Pregnancy and Miscarriage: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* 2019; 43(8):1606-16. <https://dx.doi.org/10.1111/acer.14124>.

97. Addis A., Moretti M.E., Ahmed Syed F., Einarson T.R., Koren G. Fetal effects of cocaine: an updated meta-analysis. *Reprod Toxicol.* 2001; 15(4):341-69. [https://dx.doi.org/10.1016/s0890-6238\(01\)00136-8](https://dx.doi.org/10.1016/s0890-6238(01)00136-8).

98. Pillay P., Janaki S., Manjila C. A Comparative Study of Gravidogram and Ultrasound in Detection of IUGR. *J Obstet Gynaecol India.* 2012; 62(4):409-12. <https://dx.doi.org/10.1007/s13224-012-0292-z>.

99. Hantoushzadeh S., Kohandel Gargari O., Shafiee A., Seighali N., Ghaemi M. Glucose metabolism tests and recurrent pregnancy loss: evidence from a systematic review and meta-analysis. *Diabetol Metab Syndr.* 2023; 15(1):3. <https://dx.doi.org/10.1186/s13098-022-00973-z>.

100. Ramesh S., Roston A., Zimmerman L., Patel A., Lichtenberg E.S., Chor J. Misoprostol 1 to 3 h preprocedure vs. overnight osmotic dilators prior to early second-trimester surgical abortion. *Contraception.* 2015; 92(3):234-40. <https://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.04.005>.

101. Judd W.J., Luban N.L., Ness P.M., Silberstein L.E., Stroup M., Widmann F.K. Prenatal and perinatal immunohematology: recommendations for serologic management of the fetus, newborn infant, and obstetric patient. *Transfusion (Paris).* 1990; 30(2):175-83. <https://dx.doi.org/10.1046/j.1537-2995.1990.30290162907.x>.

102. Smith G.C.S. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 184(3):489-96. <https://dx.doi.org/10.1067/mob.2001.109735>.

103. Smith G.C.S. Screening and prevention of stillbirth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017; 38:71-82. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.08.002>.

104. Peters M.D.J., Lisy K., Riitano D., Jordan Z., Aromataris E. Providing meaningful care for families experiencing stillbirth: a meta-synthesis of qualitative evidence. *J Perinatol.* 2016; 36(1):3-9. <https://dx.doi.org/10.1038/jp.2015.97>.

105. Pastor Montero S.M., Romero Sánchez J.M., Hueso Montoro C., Lillo Crespo M., Vacas Jaén A.G., Rodríguez Tirado M.B. Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011; 19(6):1405-12. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692011000600018>.

106. Matsubara S. Psychological burden on obstetricians caused by patients' deaths. Vol. 97, Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. United States; 2018. p. 1405 <https://dx.doi.org/10.1111/aogs.13411>.

107. Nuzum D., Meaney S., O'Donoghue K. The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study. BJOG. 2014; 121(8):1020-8. <https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12695>.

108. Shorey S., André B., Lopez V. The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: A scoping review. Int J Nurs Stud. 2017; 68:25-39. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.007>.

109. Добряков И.В., Блох М.Е., Фаерберг Л.М. Перинатальные утраты: психологические аспекты, специфика горевания, формы психологической помощи. Журнал акушерства и женских болезней. 2015; 64(3):4-10..

110. Злакотина Н.А. Психологическое сопровождение перинатальных потерь. Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2015; (8-2):142-6..

111. Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. Paediatr Child Health. 2001; 6(7):469-90..

112. Salgado H. de O., Andreucci C.B., Gomes A.C.R., Souza J.P. The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil-a quasi-experimental before-and-after study. Reprod Health. 2021; 18(1):5. <https://dx.doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4>.

113. Gold K.J., Dalton V.K., Schwenk T.L. Hospital care for parents after perinatal death. Obstetrics and gynecology. 2007; 109(5):1156-66. <https://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000259317.55726.df>.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Климов Владимир Анатольевич – к.м.н., руководитель службы организации медицинской помощи и информационного сервиса ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

2. Михайлов Антон Валерьевич – главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии МЗРФ по СЗФО, главный врач СПб ГБУЗ "Родильный дом N 17", главный научный сотрудник НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д. О. Отта профессор кафедр акушерства, гинекологии и репродуктологии I СПбГМУ им. Павлова и СЗГМУ им. И.И. Мечникова, д.м.н, профессор. Конфликт интересов отсутствует.

3. Амирасланов Эльрад Юсифович – к.м.н., заведующий акушерским отделением ФГБУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

4. Башмакова Надежда Васильевна – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ Уральский НИИ ОММ, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава России в УФО (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует

5. Белоусов Дмитрий Михайлович – к.м.н., заведующий по клинической работе отделения ультразвуковой и функциональной диагностики ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

6. Кан Наталья Енкиновна – д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ "Национальный

медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

7. Мартиросян Сергей Валерьевич – к.м.н., заместитель главного врача по акушерско – гинекологической помощи ГБУЗ "Городская клиническая больница N 67 (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

8. Николаева Анастасия Владимировна – к.м.н., главный врач ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

9. Ушакова Инна Анатольевна – к.м.н., заведующая 2-м родовым отделением ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

10. Шмаков Роман Георгиевич – доктор медицинских наук, профессор РАН, директор института акушерства ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

11. Михайлова Ольга Игоревна – научный сотрудник 2-го Физиологического отделения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи акушеры-гинекологи.
2. Студенты; ординаторы, аспиранты акушеры-гинекологи
3. Преподаватели, научные сотрудники

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

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

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

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

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

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

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011. N 323-ФЗ.

2. Сборник ФГБУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения" Минздрава РФ "Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации",

Москва 2019.

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 г. N 203н. "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология".

5. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н (ред. от 16.04.2019 г.) "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации РФ N 1 687 от 27.12.2011 г. "О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи"

7. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia.

8. ACOG Committee Opinion Number 712, August 2017: Intrapartum Management of Intraamniotic Infection.

9. ACOG committee opinion No. 433: optimal goals for anesthesia care in obstetrics. ACOG Committee on Obstetric Practice.

10. ACOG. Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles Replaces Practice Bulletin Number 70, December 2005. Reaffirmed 2017

11. ASA Committee on Occupational Health Task Force on Infection Control. 2007.

12. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence "Caesarean section" National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. November 2011

13. ACOG Committee Opinion No. 382: Fetal Monitoring Prior to Scheduled Cesarean Delivery. Committee on Obstetric Practice.

14. NICE Caesarean section Clinical guideline Published: 23 November 2011 Last updated August 2019

15. RCOG. Classification of urgency of caesarean section a continuum of risk. Good Practice No. 11 April 2010

16. The Cochrane Collaboration. Techniques for assisting difficult delivery at caesarean section (Review) 2016 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd

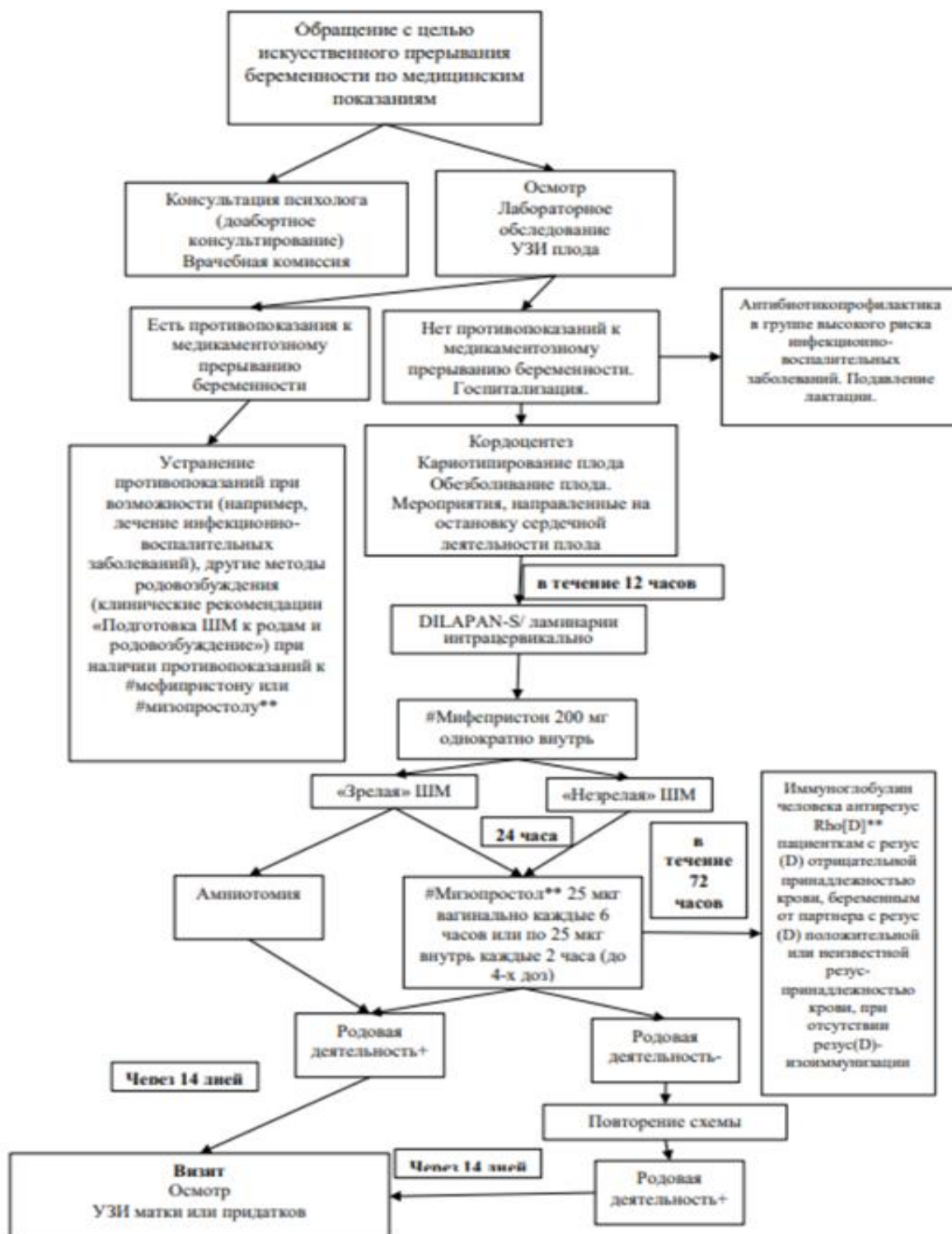
17. Guidelines for Perinatal Care. 8th Edition. ACOG&AAP, 2017

18. Antenatal Care. Routine care for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press 2008.

Приложение Б

Алгоритмы действий врача

Алгоритм проведения фетоцида и прерывания беременности в 22⁰-27⁶ недель беременности



Алгоритм индукции родов при антенатальной гибели плода или после проведения элиминации – остановки сердечной деятельности плода, в сроке беременности 22 недели + 0 дней – 27 недель + 6 дней у пациенток без рубца на матке:

1 день: Оценка акушерской ситуации, прием #мифепристона 200 мг перорально. Интрацервикальное введение осмотических дилататоров.

2 день: прием #мизопростол** 200 мкг вагинально или под язык. Далее – в той же дозе каждые 6 часов (максимально до 5-х доз).

Если родовая деятельность не развивалась, необходимо провести повторную оценку акушерской ситуации.

Шейка матки более 6 баллов по Бишоп

Амниотомия + немедленная внутривенная инфузия окситоцина** (введение окситоцина** возможно через 6 часов после введения последней дозы #мизопростол**)

Шейка матки 6 баллов и менее по Бишоп

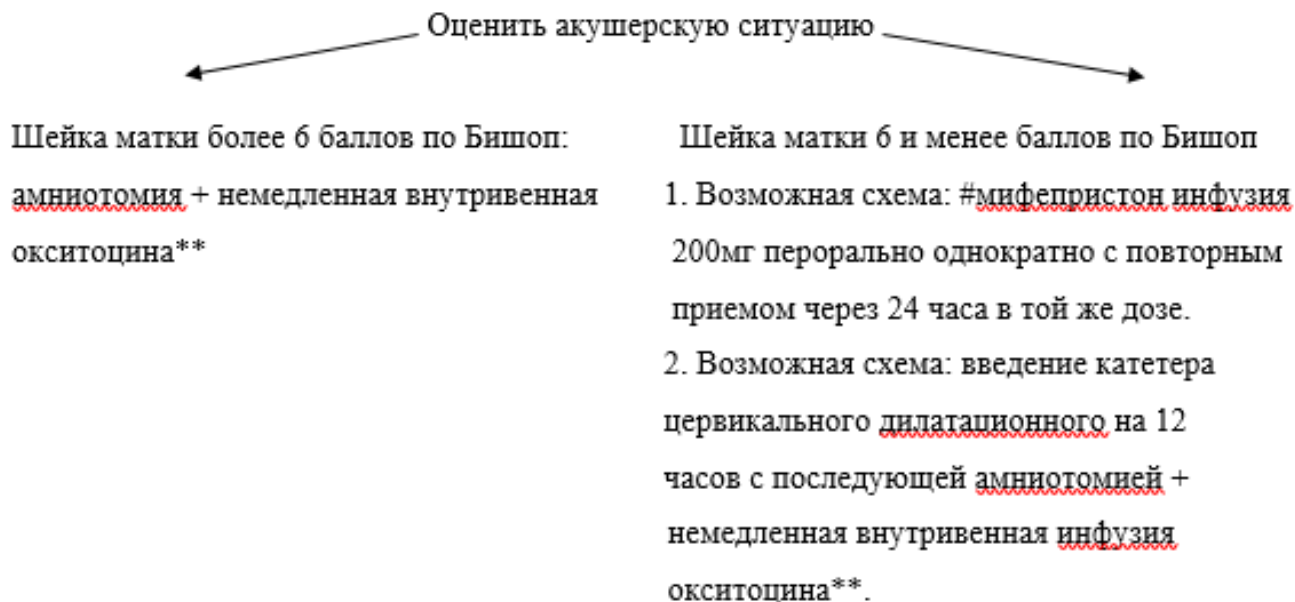
1. Рассмотреть возможность повторного курса #мизопростол** через 12 часов от последнего приема.

или

2. Введение катетера цервикального дилатационного на 12 часов с последующей амниотомией + немедленной внутривенной инфузией окситоцина** (введение #окситоцина** возможно через 4 часа после введения последней дозы #мизопростол**)

С развитием регулярной родовой деятельности целесообразно применение нейроаксиальной анальгезии. Амниотомия производится после вступления в активную фазу родов (при раскрытии маточного зева 3 см и более).

Алгоритм индукции родов при антенатальной гибели плода или после проведения элиминации – остановки сердечной деятельности плода, в сроке беременности 28 недель + 0 дней у пациенток без рубца на матке:



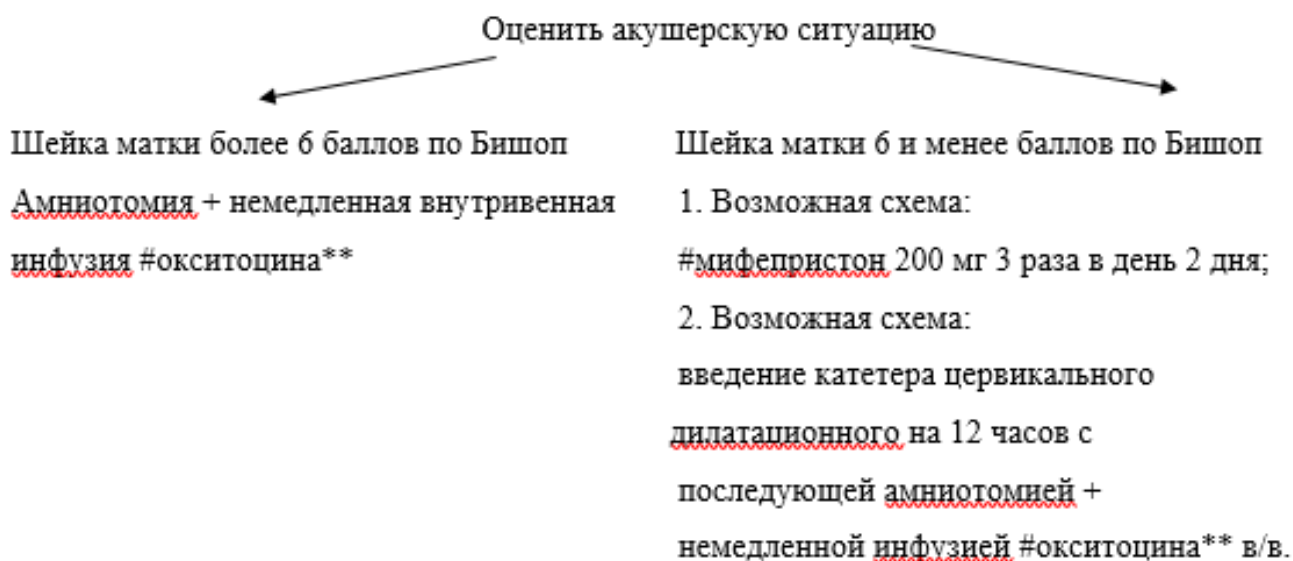
С развитием регулярной родовой деятельности целесообразно применение нейроаксиальной анальгезии.

Алгоритм индукции родов при антенатальной гибели плода или после проведения элиминации – остановки сердечной деятельности плода, в сроке беременности 22 недели + 0 дней у пациенток с рубцом на матке (низкий риск разрыва рубца на матке)

Низкий риск разрыва рубца на матке (рубец на матке после операции кесарева сечения в нижнем маточном сегменте, неизвестный тип разреза на матке во время предыдущей операции кесарева сечения)

Учитывая низкие риски разрыва матки и высокую частоту родов через естественные родовые пути, у данной когорты пациенток родоразрешение путем операции кесарево сечение по причине антенатальной гибели плода или после проведенной элиминации – остановки сердечной деятельности плода, должно избегаться, т.к. операция кесарево сечение связано с потенциальной материнской заболеваемостью и смертностью при отсутствии выгоды со стороны плода.

Простагландины для индукции родов при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения не используются из-за высоко риска разрыва матки.



С развитием регулярной родовой деятельности целесообразно применение нейроаксиальной анальгезии.

Алгоритм индукции родов при антенатальной гибели плода или после проведения элиминации – остановки сердечной деятельности плода, в сроке беременности 22 недели + 0 дней у пациенток с рубцом на матке (высокий риск разрыва рубца на матке)

Высокий риск разрыва рубца на матке:

- рубец на матке после корпорального, донного, Т-образного, J-образного кесарева сечения;
- предшествующий разрыв матки в анамнезе;
- непреднамеренное продление разреза на матке во время предыдущей операции кесарева сечения
- рубец на матке > 1 операции кесарева сечения в нижнем маточном сегменте,
- преждевременные абдоминальные роды до 28 недель в анамнезе
- миомэктомия (2-5 тип по классификации FIGO или неизвестное расположение миоматозного узла
- Гистеротомия в анамнезе.

У пациенток высокого риска разрыва рубца на матке с антенатальной гибелью плода или после проведения элиминации – остановки сердечной деятельности плода, показано родоразрешение путем операции кесарева сечения. Если пациентка желает предпринять попытку родов через естественные родовые пути, необходимо тщательное консультирование пациентов о рисках, связанных с данным способом родоразрешения и тщательный мониторинг пациентки во время родов.

Алгоритм индукции родов при отказе от операции кесарева сечения сходный алгоритму индукций у пациенток низкого риска разрыва рубца на матке

Прерывание беременности при наличии многоплодия

Прерывание беременности при многоплодии показано только при выявлении у обоих плодов

врожденных аномалий развития, несовместимых с жизнью или сочетанных аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для их жизни и здоровья, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения. Во всех других случаях необходимо обсуждать возможность селективной остановки сердечной деятельности аномально развивающегося плода.

При многоплодной беременности основной для принятия адекватного решения по ее ведению является однозначное установление типа хориальности.

При выявлении у одного из плодов врожденных аномалий развития, несовместимых с жизнью, или сочетанных аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни и здоровья, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения возможно проведение селективной элиминации плода, направленное на предупреждение живорождения аномального плода и снижения рисков вынашивания многоплодной беременности.

При гетерохориальном гетероамниотическом многоплодии ввиду наличия независимых друг от друга систем гемокрикуляции плодов возможно проведение остановки сердечной деятельности аномального плода, по методикам, применяемым для этой цели перед прерыванием беременности по медицинским показаниям при одноплодной беременности.

При монохориальном многоплодии всегда имеет место наличие сосудистых анастомозов в плаценте между системами циркуляции плодов. Ввиду этого до извлечения здорового плода применение медикаментозных средств в целях прекращения сердечной деятельности аномально развитого плода противопоказано. При монохориальном многоплодии для остановки развития плодов, при наличии у них врожденных аномалий развития, несовместимых с жизнью, или сочетанных аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни и здоровья, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, возможно антенатальное применение фетоскопических операционных методик: лазерной коагуляции сосудов пуповины и магистральных сосудов (синдром обратной артериальной перфузии), электрохирургической окклюзии, клеммирования или перевязки сосудов пуповины, интраоперационной антенатальной остановки сердечной деятельности аномально развитого плода после извлечения здорового близнеца.

Приложение В

Информация для пациента

Антенатальная гибель плода – это внутриутробная смерть плода, которая может диагностироваться на любом сроке беременности. Подобное состояние возникает из-за инфекций, хронических соматических заболеваний, нарушений системы гемостаза и ряда других факторов. Непосредственной причиной смерти является дистресс-синдром плода. Он подразумевает под собой все нарушения функционального состояния плода, в первую очередь, его движений и сердцебиения.

Процесс внутриутробной гибели плода далеко не всегда может сопровождаться изменениями в самочувствии женщины. Иногда беременная отмечает более частые шевеления плода, но позже происходит их полное прекращение. Это говорит об острой гипоксии плода – снижении содержания кислорода в организме. Однако часто гибель малыша наступает незаметно для матери и врача, что приводит к поздней диагностике антенатальной смерти плода.

В течение первых трех дней гибели малыша пациентка может обратить внимание на изменения своего состояния:

- прекращаются шевеления плода;
- уменьшается размер молочных желез, снижается их напряжение;
- живот перестает увеличиваться в объеме;
- возникает слабость, недомогание, тяжесть внизу живота.

Если с момента гибели плода в утробе матери прошло несколько недель, могут присоединяться признаки воспалительной реакции: повышение температуры до 38 °С; сильные тянущие боли внизу живота; головная боль и головокружение; сонливость; нарушение сознания.

После того как женщина обращается к врачу с жалобами на недомогание и отсутствие шевеления плода, врач направляет пациентку на диагностическое обследование. Оно позволяет поставить точный диагноз.

Постановка диагноза внутриутробной гибели плода включает следующие этапы обследования:

- выслушивание сердечных сокращений плода специальным стетоскопом. Обычным медицинским стетоскопом в данном случае услышать сердцебиение невозможно. Для этого существует деревянный акушерский стетоскоп. Он отличается широкой воронкой, которая плотно прикладывается к животу беременной.

- выслушивание сердечных сокращений фетальным аудиодопплером и/или монитором. Фетальный доплер можно использовать даже в домашних условиях, начиная с 12-ой недели беременности. Для этого женщине нужно лечь на спину и для четкого сигнала нанести гель на те участки живота, которые будут соприкасаться с датчиком. Сам доплер нужно передвигать медленно, без резких движений. Длительность исследования – 3-7 минут.

- ультразвуковое исследование плода (УЗИ). Этот метод является одним из самых достоверных для диагностики внутриутробной гибели плода. С его помощью доктор констатирует отсутствие сердцебиения у малыша.

Для любой женщины гибель еще нерожденного ребенка – серьезная психологическая травма, однако подобной ситуации возможно избежать.

Если в результате диагностического обследования была подтверждена антенатальная смерть плода, потребуется ряд срочных мер для устранения последствий.

При подтвержденном диагнозе антенатальной гибели плода показана экстренная госпитализация и принятие решения о методе и сроке родоразрешения. Чем меньше интервал между установленным диагнозом и родоразрешением, тем меньше риск возникновения осложнений во время и после родов.

Выбор метода определяется индивидуально, на основании клинических данных и особенностей акушерской ситуации. Оптимальным вариантом родоразрешения при антенатальной гибели плода являются роды через родовые пути. Но иногда выполняется кесарево сечение, например, при раннем отделении плаценты от стенок матки, обильном или продолжающемся кровотечении из половых путей.

При родоразрешении беременных с антенатальной гибелью плода, осложнившейся септическим состоянием, показано экстренное оперативное вмешательство. Объем операции решается индивидуально, возможна удаление матки с плодом (экстирпация).

После родов важно тщательно наблюдать за состоянием роженицы, провести профилактику послеродового кровотечения и гнойно-септических осложнений. Необходимо обратить внимание на выделения из половых путей (гнойные или кровянистые), температуру тела, появление озноба, слабости, тянущих болей внизу живота.

Во всех случаях внутриутробной гибели плода показано патологоанатомическое исследование плода и последа (его оболочки). Отказ от исследования по желанию родственников оформляется в соответствии с нормами действующего законодательства.

Самым тяжелым остается вопрос о том, когда же произошла гибель плода. Раньше считалось, что в основе определения времени гибели лежит оценка выраженности процессов мацерации – размягчения и разрыхления тканей плода. Однако наличие признаков мацерации не всегда позволяет достоверно судить о давности наступления гибели, т. к. время ее развития зависит от причин гибели малыша.

Приложение Г1-ГN

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Шкала Бишоп (Bishop score)

Название на русском языке: Шкала Бишоп

Оригинальное название (если есть): Bishop score

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Wormer K. C., Bauer A., Williford A. E. Bishop score. – 2017., Calculator B. S. Perinatology. com //internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en: <http://perinatology.com/calculators/exbiometry.htm>, Bishop EN Pelvic scoring for elective induction. Obstet Gynecol. 1964 Aug;24:266-8

Тип: шкала оценки.

Назначение: оценка степени зрелости шейки матки.

Содержание:

Состояние шейки матки	Баллы				Оценка
	0	1	2	3	
Положение шейки матки	кзади	по центру/кпереди	-	-	
Консистенция шейки матки	плотная	умеренно размягчена	мягкая	-	
Длина шейки матки, см	> 4	2-4	1-2	< 1	
Открытие, см	< 1	1-2	2-4	> 4	
Положение головки	- 3 над входом	- 2 прижата	- 1/0 малый/большой сегмент	+ 1/+ 2 в/в полости	
Общий балл по Бишоп					

Интерпретация:

Степень зрелости шейки матки	Незрелая	Недостаточно зрелая	Зрелая
Баллы по Бишоп	0-5	6-7	8-9 и более

Пояснения:

Заполнять перед каждым этапом преиндукции/индукции родов.

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

Зрелая шейка матки – клинические признаки готовности шейки матки к родам (8 и более баллов).

Недостаточно зрелая шейка матки – клинические признаки недостаточной готовности шейки матки к родам (6-7 баллов).

Незрелая шейка матки – отсутствие клинических признаков готовности шейки матки к родам (5 баллов и менее).

Новые, изданные в 2020-2025 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/clinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.
