

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОВ  
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**ИНДУКЦИЯ РОДОВ**  
*(Клинические рекомендации)*

**ДУШАНБЕ 2023**

**РАЗРАБОТЧИКИ:**

**РЕЦЕНЗЕНТЫ:**

**Рофиева З.Х.-**

**д.м.н.,зав.кафедрой акушерства и гинекологии**

**Национальный университет**

**Международный эксперт**

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Клинические рекомендации посвящены преиндукции и индукции родов и предназначены для врачей акушер-гинекологов. В протоколе представлены доказательные данные, касающиеся показаний, противопоказаний, условий для возможности начала родоразрешения, выбора препаратов в зависимости от состояния шейки матки, стандартных процедур проведения различных видов индукции, возможных осложнений и тактика ведения женщин при присоединении осложнений. Предложены алгоритмы проведения различные методов индукции.

Ранее существовавший протокол предусматривал имевшиеся в СОЛС препараты в стране (Национальный стандарт по ведению родов высокого риска. (Набор стандартов). Алгоритм ведения. Приказ МЗРТ № 450 от 29.07.2010г.).

За последнее время в Республике Таджикистан зарегистрированы новые лекарственные препараты (динопростон), применение которых для индукции родов основано на данных доказательной медицины, что и явилось основанием для пересмотра имевшихся документов.

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

В протоколе представлены общие доказательные рекомендации, разработанные на данных доказательной медицины. Доказательной базой для рекомендаций явились публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку базы данных PUBMED, MEDLINE и E-LIBRARY. Протокол представляет собой согласованное мнение экспертов акушеров-гинекологов.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>I. Вводная часть.....</b>	<b>5</b>
Общая информация о протоколе.....	5
Список условных сокращений.....	<b>6</b>
Введение.....	<b>7</b>
Методология разработки рекомендаций.....	<b>8</b>
Глоссарий.....	<b>9</b>
<b>II. Основная часть.....</b>	<b>12</b>
Рекомендации по организации помощи при необходимости индукции родов.....	<b>13</b>
Рекомендации по показаниям к индукции родов.....	<b>14</b>
Противопоказания индукции родов.....	<b>22</b>
Рекомендации по противопоказаниям к индукции родов.....	<b>23</b>
Методы индукции родов.....	<b>24</b>
Возможные осложнения индукции родов.....	<b>30</b>
<b>III. Стандартные оперативные процедуры СОП (приложения)</b>	<b>32</b>
<b>Список использованной литературы.....</b>	<b>42</b>

**ВВОДНАЯ ЧАСТЬ.  
ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРОТОКОЛЕ**

<b>Клиническая проблема</b>	индукция родов
<b>Вид разработки документа</b>	Адаптация
<b>Этапы оказания помощи</b>	Учреждения системы родовспоможения республики Таджикистан (стационары).
<b>Пользователи</b>	организаторы здравоохранения, врачи акушеры-гинекологи, акушерки, студенты медицинских учреждений, слушателей учреждений последиplomного образования.
<b>Целевая группа</b>	беременные женщины.
<b>Цель рекомендаций</b>	улучшение качества помощи матерям и детям (повышение частоты эффективной индукции родов, снижение частоты осложнений индукции родов, снижение частоты кесарева сечения, частота проведения индукции родов по показаниям, использование индукции с учетом противопоказаний).
<b>Дата создания</b>	2023 г
<b>Планируемая дата обновления</b>	2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах
<b>Адрес для переписки</b>	г. Душанбе, ул. Мирзо Турсунзаде, 31 E-mail: <a href="mailto:marhabo1958@mail.ru">marhabo1958@mail.ru</a>

## СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ВП</b>	Венозный проток
<b>ГБП</b>	Гемолитическая болезнь плода
<b>ГСД</b>	Гестационный сахарный диабет
<b>ИМТ</b>	Индекс массы тела
<b>КС</b>	Кесарево сечение
<b>КТГ</b>	Кардиотокограмма
<b>МШБ</b>	Модифицированная шкала Бишоп
<b>ПМП</b>	Предполагаемая масса плода
<b>СД</b>	Сахарный диабет
<b>СОРП</b>	Синдром ограничения роста плода
<b>СРПО</b>	Самопроизвольный разрыв плодных оболочек
<b>УЗИ</b>	Ультразвуковое исследование
<b>ХАГ</b>	Хроническая артериальная гипертензия
<b>ЧСС</b>	Частота сердечных сокращений
<b>ШМ</b>	Шейка матки
<b>УДД</b>	уровни достоверности доказательств
<b>УУР</b>	уровни убедительности рекомендаций
<b>RCOG</b>	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – Королевский колледж акушеров и гинекологов

## **ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время индукция родов растет во всех странах мира и является одной из наиболее частых процедур в акушерской практике. Это связано с увеличением количества женщин с сопутствующей беременностью экстрагенитальной патологии, с ростом числа беременных в позднем репродуктивном возрасте, растущей частотой осложнений беременности, женщин с высоким перинатальным и акушерским риском [1].

К индукции родов прибегают в случаях, если пролонгирование беременности представляет риск неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов. Индукция родов предполагает профилактику осложнений, которые могут усугубляться по мере прогрессирования беременности. В этом смысле индукция родов предупреждает ухудшение состояния матери и плода при различных экстрагенитальных заболеваниях и осложнениях беременности, что способствует снижению частоты кесарева сечения [2, 3].

В настоящее время индукции родов возрастает во всем мире и в развитых странах составляет около 25%. В Северной Америке частота индуцированных родов достигает 20%, в странах Азии и Латинской Америки – разброс частоты очень широкий и максимальная частота достигает 35%. В странах Африки уровень частоты индуцированных родов низкий. В России – в разных регионах частота индуцированных родов колеблется от 13% до 20%. В Великобритании каждые 5-е роды индуцированные. В Республике Таджикистан частота индуцированных родов отличается в зависимости от уровня учреждения [1,4].

В процессе адаптации использованы рекомендации ВОЗ (2018), протоколы России, Узбекистана. Предварительно проведена оценка рекомендаций с использованием инструмента EGREE II [5]. В рекомендациях данного клинического протокола все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме. Используются шкала оценки уровней достоверности доказательств и шкала оценки уровней убедительности рекомендаций. Доказательной базой для рекомендаций явились публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку базы данных PUBMED, MEDLINE и E-LIBRARY, использованные при разработке рекомендаций ВОЗ [6].

### **Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД)**

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

### **Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР)**

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
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)

## **Глоссарий**

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

**Преиндукция** – подготовка шейки матки к индукции

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

**Программированные роды** – родоразрешение при наличии медицинских показаний или в качестве профилактики осложнений беременности (высокая

степень перинатального и материнского риска), проводимое с учетом состояния шейки матки путем родовозбуждения в назначенное время.

**«Зрелая» шейка матки** - Шейка матки считается «зрелой», если ее характеристики указывают на высокую вероятность спонтанного начала родов или реакции на вмешательства, предпринятые для индукции родов ( $\geq 7$  баллов по МШБ). Благоприятное состояние шейки матки связано с более короткой продолжительностью индукции.

**«Незрелая» шейка матки** - Шейка матки считается «незрелой», если ее характеристики указывают на низкую вероятность спонтанного начала родов или реакции на вмешательства, предпринятые для индукции родов ( $\leq 6$  баллов по МШБ). Неблагоприятная шейка матки ассоциирована с высоким риском КС.

**Качество медицинской помощи** – это степень, в которой услуги здравоохранения, оказываемые отдельным лицам и группам населения, повышают вероятность достижения желаемых результатов в области здравоохранения и соответствуют профессиональным знаниям, основанным на фактических данных.

**Шкала Бишоп** – оценочная шкала для определения степени «зрелости» шейки матки, учитывающая такие характеристики как длина, консистенция, уровень расположения шейки матки по отношению к оси таза, величина диаметра цервикального канала.

**Стандартные операционные процедуры (СОП)** – это документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу. Документ, описывающий оптимальный ход выполнения работ, содержит информацию о последовательности и времени выполнения операций для достижения требуемого уровня качества процесса, его результативности и эффективности.

**Качество медицинской помощи** – это степень, в которой услуги здравоохранения, оказываемые отдельным лицам и группам населения,

повышают вероятность достижения желаемых результатов в области здравоохранения и соответствуют профессиональным знаниям, основанным на фактических данных.

**Преэклампсия** мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности (после 20-й недели), характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией ( $\geq 0,3$  г/л в суточной моче), нередко, отеками, и проявлениями полиорганной недостаточности.

**Хроническая артериальная гипертензия** регистрируется либо до беременности, либо до 20 недель беременности. Она может быть первичной или вторичной этиологии.

**Гестационная артериальная гипертензия** артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности, без значительной протеинурии.

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

## II ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

**Основной принцип индукции родов** - индукция родов проводится по медицинским показаниям в случаях когда ожидаемый эффект превосходит потенциальные риски ( Качество рекомендации –высокое. Сила рекомендации – сильная).

**Организация помощи женщинам при необходимости индукции родов**

1. Индукция родов проводится в стационарах 2-го и 3-го уровней при наличие условий и средств для оценки состояния женщины и плода.
2. Индукцию родов необходимо проводить с настороженностью, принимая во внимание риски гиперстимуляции, разрыва матки, дистресса плода.
3. Использование для индукции окситоцина, мизопростола и динопростона требуют постоянного наблюдения за женщинами.
4. Неэффективность индукции родов не всегда является показанием к операции кесарево сечение.
5. Индукцию родов следует осуществлять в тех лечебных учреждениях, где возможно проведение кесарева сечения.
6. Индукцию родов следует проводить после добровольного информированного согласия женщины.
7. Решение об индукции родов принимает ответственный врач (заведующий отделением, ответственный дежурant или врач высшей квалификационной категории).

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ  
ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ИНДУКЦИИ РОДОВ**

Рекомендации	УДД	УУР	Примечание:
Индукцию родов проводить в стационарах 2-го и 3-го уровней при наличие условий и средств для оценки состояния женщины и плода.	5	А	Для принятия решения об индукции родов необходимо провести оценку и убедиться, что ожидаемый эффект индукции превосходит потенциальные риски
Постоянное наблюдение за женщинами, которым проводится индукция родов окситоцином, мизопростолом и мефипростоном	5	С	Индукцию родов имеет риски гиперстимуляции, разрыва матки, дистресса плода, риск развития маточной гипрстимуляции и изменения сердечного ритма плода.
Индукцию родов не проводить вне медицинского стационара	5	С	Неклассифицированное утверждение передовой практики.  Практические врачи наблюдали случаи разрыва матки при применении индукции родов вне стационара.
Индукцию родов следует осуществлять в тех лечебных учреждениях, где возможно проведение кесарева сечения.	5	А	Неклассифицированное утверждение передовой практики. При возникновении осложнений индукции родов в некоторых случаях требуется операция кесарево сечение.

Индукцию родов следует проводить после добровольного информированного согласия женщины.	5	А	Проведение вмешательств без добровольного согласия пациентов нарушают их права ( <a href="https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30931074">https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30931074</a> )
---	---	---	--

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОКАЗАНИЯМ К ИНДУКЦИИ РОДОВ

### Показание - Пролонгированная беременность

Рекомендации	УУР	УДД	Примечание
Индукция родов рекомендована женщинам, у которых точно известно, что срок беременности достиг 41 +.	С	5	Неприменима к условиям, когда надежное определение гестационного возраста ( первое УЗИ до 12 недель беременности) невозможно.

### Показание – Гипертензивные нарушения

Рекомендации	УУР	УДД	Примечание
При хронической умеренной артериальной гипертензии индукцию родов проводить в сроке более 37 недель беременности	В	2	Данный срок определен для случаев, когда нет других показаний к индукции кроме гипертензии.  При нетяжелой гестационной артериальной гипертензии рекомендована индукция родов в 37 недель беременности и более в

			качестве предпочтительной тактики для снижения частоты материнских осложнений.
При преэклампсии проводить индукцию родов ( см протокол «Гипертензивные нарушения»)	A	1	В случае нестабильного состояния матери рекомендуется родоразрешение сразу после стабилизации состояния матери независимо от жизнеспособности плода.  Этот подход снижает риск для матери, но увеличивает неонатальный риск.

### Показание – Сахарный диабет

Рекомендации	УУР	УДД	Примечание
При неосложненном сахарном диабете 1 или 2 типа без метаболических нарушений и других осложнений со стороны матери и плода рекомендуется родоразрешение путем индукции родов после 37 недель беременности	B	2	Рекомендуйте беременным женщинам с диабетом 1 или 2 типа и отсутствием других осложнений плановые роды с помощью искусственных родов или (при наличии показаний) кесарева сечения в сроке от 37 до 38 недель плюс 6 дней беременности [8].
В случае, если гестационный диабет	C	5	

является единственной патологией, индукция родов в сроках менее 41 недели не рекомендуется			
--	--	--	--

### Показание – крупный плод

Рекомендации	УУР	УДД	Примечание
Индукция родов при доношенной беременности у женщин без сахарного диабета не рекомендуется при подозрении на макросомию плода	с	5	Существует неопределенность в отношении преимуществ и рисков индукции родов по сравнению с выжидательной тактикой при подозрении на макросомию плода. В тоже время другие исследования делают выводы о более предпочтительной выжидательной тактике ведения беременных с макросомией плода. Доказательства высокого качества преимущества той или иной тактики ведения на сегодняшний день отсутствуют.

### Показание – Многоплодная беременность

<b>рекомендации</b>	<b>УУР</b>	<b>УДД</b>	<b>Примечание</b>
При двойне и нарушениях кровотока в артерии пуповины рекомендована индукция родов– в 36-37 недель гестации в стационарах 3-го уровня	С	5	
При антенатальной гибели одного из плодов двойни и удовлетворительном состоянии живого плода при многоплодной беременности индукция родов проводится с 37 недель гестации	С	5	

### **Показание – Многоводие**

<b>Рекомендации</b>	<b>УУР</b>	<b>УДД</b>	<b>Примечание</b>
Планировать индукцию родов при многоводии для снижения частоты	В	3	

осложнений во время беременности и родов			
--	--	--	--

**Показание- Гемолитическая анемия плода при аллоиммунизации**

<b>Рекомендации</b>	<b>УУР</b>	<b>УДД</b>	<b>Примечание</b>
При аллоиммунизации и анемии плода определять срок и метод родоразрешения индивидуально с учетом акушерского анамнеза, состояния плода и возможностей акушерской и неонатальной служб родовспомогательного учреждения	С	5	

**Показание - Преждевременный разрыв плодных оболочек после 22 недель беременности**

<b>Рекомендации</b>	<b>УУР</b>	<b>УДД</b>	<b>Примечание</b>
Индукция родов при преждевременном разрыве плодных оболочек и наличие	А	1	С целью снижения риска инфекционных осложнений.

инфекции в сроки после 34 недель		<p>Если у женщины преждевременный предродовой разрыв плодных оболочек после 34+0 недель, но до 37+0 недель, обсудите с ней варианты выжидательной тактики до 37+0 недель или индукции родов. Принимая совместное решение, учитывайте следующие факторы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• риски для женщины (например, сепсис, возможная необходимость кесарева сечения)</li> <li>• риски для ребенка (например, сепсис, проблемы, связанные с преждевременными родами)</li> <li>• местная доступность отделений интенсивной терапии новорожденных</li> <li>• индивидуальные обстоятельства женщины и ее предпочтения [9].</li> </ul>
Не следует проводить индукцию родов женщинам с ДРПО до 34+0 недель, если нет дополнительных акушерских показаний (например, инфекция		Предлагайте выжидательную тактику до 37+0 недель [9].

или опасность для плода).			
---------------------------	--	--	--

### Показание - Антенатальная гибель плода

Рекомендации	УУР	УДД	Примечание
Индукция родов при антенатальной гибели плода независимо от срока беременности для снижения риска инфекционных осложнений	С	5	В случае внутриутробной гибели плода при наличии признаков разрыв плодных оболочек, инфекции или кровотечения, немедленная родовозбуждение является предпочтительным вариантом управления [10].

### Показание - Синдром задержки роста плода

Рекомендации	УУР	УДД	Примечание
Ииндукцию родов в 38 <sup>0/7</sup> -39 <sup>0/7</sup> недель беременности при массе плода между 3 и 10 перцентилем и нормальных показателях индексов сосудистой резистентности по данным ультразвуковой	С	5	Для снижения риска мертворождения

доплерографии в артерии пуповины			
При СЗРП и повышенных показателях сосудистой резистентности по данным ультразвуковой доплерографии в артерии пуповины выше 95 перцентиля приступить к индукции родов в 37 <sup>0/7</sup> недель беременности	В	2	
При необходимости преиндукции/индукции родов беременной с СЗРП использование механических методов (катетер Фолея) для снижения риска гиперстимуляции	А	1	Группа рассматривает перспективы использования катетера Фолея

**Показание - Соматические заболевания матери, влияющие на ее  
жизненные функции**

<b>Рекомендации</b>	<b>УУР</b>	<b>УДД</b>	<b>Примечание</b>
Индукция родов женщинам с соматической патологией проводится по медицинским	А	1	

показаниям в случаях когда ожидаемый эффект превосходит потенциальные риски			
--	--	--	--

**Показание - Прерывание беременности при пороках развития плода.**

Рекомендации	УУР	УДД	Примечание
Рекомендована индукция родов женщинам с выявленными несовместимыми с жизнью пороками развития плода в третьем триместре беременности [11].	А	5	

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИНДУКЦИИ РОДОВ**

1. Все противопоказания к родам через естественные родовые пути со стороны матери;
2. Предлежание сосудов (vasa previa) пуповины;
3. Предлежание плаценты;
4. Поперечное положение плода;
5. Несоответствие размеров таза матери и размеров головки плода;
6. Предшествующие случаи корпорального кесарева сечения или кесарево сечение с Т-образным разрезом на матке;
7. Активный генитальный герпес;
8. Инвазивный рак шейки матки;

9. Структурные деформации костей таза;
10. Разрыв матки в анамнезе;
11. Консервативная миомэктомия с проникновением в полость,
12. Разгибательные предлежания головки (лицевое, лобное) при преждевременном излитии вод;
13. Тазовое предлежание (в большинстве случаев);
14. Опухоли матки, препятствующие рождению плода;
15. Пороки развития плода, при которых рекомендовано абдоминальное родоразрешение;
16. Первичный эпизод герпетической инфекции менее 6 недель или имеющиеся клинические признаки рецидива накануне родоразрешения;
17. Заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека (вирусная нагрузка после 34-36 недель беременности неизвестна или более 1000 копий/мл, антиретровирусная терапия во время беременности не проводилась и/или невозможно проведение антиретровирусной профилактики в родах).

#### **Рекомендации по противопоказаниям к индукции родов**

<b>Рекомендации</b>	<b>УУР</b>	<b>УДД</b>	<b>Примечание</b>
Необходимо учитывать клинические состояния, определяющие невозможность родов через естественные родовые пути, показания к родоразрешению путем операции КС в качестве	С	5	

противопоказаний к индукции родов.			
Не предлагать индукцию родов женщинам с быстрыми родами в анамнезе	С	5	Принимая во внимание возможность повторных быстрых родов [10].
Тазовое предлежание	С	3	Индукция родов обычно не рекомендуется, если плод находится в тазовом предлежании. Если внешний поворот не удалась, было отказано или противопоказано, если женщина отказывается от планового кесарева сечения, следует предложить индукцию родов, если родоразрешение показано, после обсуждения с женщиной связанных с этим рисков

## МЕТОДЫ ИНДУКЦИИ РОДОВ

### Нефармакологические методы индукции родов

#### Отслаивание плодных оболочек

Рекомендации	УУР	УДД	Примечание
--------------	-----	-----	------------

Для снижения частоты проведения стандартной индукции родов - отслаивание плодных оболочек.	А	2	<i>Применимо при несрочных показаниях к прерыванию беременности. В результате процедуры возможны боль, дискомфорт и вагинальное кровотечение [12].</i>
--	---	---	--

### **Использование цервикального дилатационного катетера**

<b>Рекомендации</b>	<b>УУР</b>	<b>УДД</b>	<b>Примечание</b>
Рекомендовано с целью немедикаментозной подготовки шейки матки к родам использовать катетер цервикальный дилатационный	В	2	.
При недоступности простагландинов (включая мизопростол) или наличии противопоказаний к их применению для индукции родов рекомендуется цервикальный дилатационный катетер в сочетании с окситоцином	С	3	

### **Амниотомия**

Рекомендации	УУР	УДД	Примечание
Проводить амниотомию для индукции родов при благоприятной шейке матки (МШБ $\geq 7$ ) <sup>6</sup>	А	1	
Для индукции родов изолированная амниотомия не рекомендуется	С	2	<p><i>У женщин с благоприятным состоянием шейки матки для индукции родов возможно использование только амниотомии, однако комбинация амниотомии и внутривенного введения окситоцина более эффективна. После амниотомии следует незамедлительно начать введение окситоцина, чтобы установилась адекватная родовая деятельность. Откладывание начала инфузии окситоцина приводит к затягиванию времени до родоразрешения и повышает риск неонатальной инфекции. Отсрочка инфузии окситоцина на 1-2 часа допускается у повторнородящих женщин, так как у них при немедленном начале инфузии окситоцина после амниотомии возрастает частота нарушений сердечного</i></p>

			<i>ритма плода по данным КТГ. Кроме того, откладывание времени начала инфузии окситоцина после амниотомии у повторнородящих позволяет избежать его применения в 35,6% [9].</i>
--	--	--	--

## Медикаментозные методы индукции родов

### I. Простагландины

#### 1. Препараты простагландина E2

Рекомендации	УУР	УДД	Примечание
Для индукции родов рекомендуется влагалищное введение низких доз динопростона.	А	2	Динопростон является аналогом гландина E2 [13,14].

#### 2. Аналоги простагландина E1 - Мизопростол

Рекомендации	УУР	УДД	Примечание
Для индукции родов мизопростол можно использовать перорально (25 мкг каждые 2 часа)	А	2	Мизопростол является аналогом гландина E1 [15]

Для индукции родов мизопропростол можно использовать вагинально (25 мкг каждые 6 часов)	С	2	Дозировка таблеток должна точно соблюдаться во избежании гиперстимуляции[16]
Мизопропростол не рекомендуется для индукции родов у женщин с кесаревым сечением в анамнезе.	А	5	

### 3. Окситоцин

Рекомендации	УУР	УДД	Примечание
После предварительного применения простагландинов окситоцин использовать не ранее чем через 6 часов	А	1	
С целью индукции родов при благоприятной шейке матки (МШБ $\geq 6$ ) использовать инфузию окситоцина внутривенно капельно по схеме	А	1	При инфузии окситоцина проводится индивидуальный постоянный контроль
Для обеспечения эффективности и безопасности родовозбуждения проводить	А	1	

индукцию родов окситоцином по схеме			
После начала активной фазы первого периода родов (раскрытие шейки матки больше или равно 5 см) вливание окситоцина может быть выборочно прекращено	А	1	Уточнить кому выборочно

**4. Мифепристон** – применяют при неблагоприятной шейке матки и мертвом плоде

Рекомендации	УУР	УДД	Примечание
С целью индукции родов при антенатальной гибели плода назначить мифепристон перорально однократно в дозе 200 мг в присутствии врача с повторным приемом через 24 часа в той же дозе при необходимости	А	1	Цель использования мифепристона - достижение благоприятного состояния шейки (МШБ $\geq 7$ ).

**Выбор метода индукции**

Рекомендации	УУР	УДД	Примечание
--------------	-----	-----	------------

При выборе метода индукции родов провести влагалищное исследование с целью оценки состояния шейки матки по модифицированной шкале Бишоп (МШБ)	В	1	Результаты систематического обзора показали, что оценка по шкале Бишоп одинаково предсказывает успешную индукцию, как фетальный фибронектин или сонографическое измерение длины шейки матки.
При выборе метода индукции родов рекомендовано учитывать механизм действия метода, интервал времени достижения эффекта, противопоказания к использованию и возможность комбинации с другими методами	С	5	Более высокая вероятность успешной индукции связана не только с состоянием шейки матки, но и с такими факторами, как повторные роды, разрыв плодных оболочек, более низкий индекс массы тела, отсутствие сопутствующих заболеваний и акушерских осложнений

## ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ИНДУКЦИИ РОДОВ

**1. Гиперстимуляция матки** – чрезмерно сильные и/или частые сокращения матки, которые приводят к нарушению состояния плода (тахикардия и/или аритмия и/или брадикардия). Чрезмерно сильные схватки – **5 и более за 10 минут.**

**2. Повышенная сократительность матки** – без изменений частоты сердечных сокращений плода включает маточную тахисистолию - более 5 схваток за 10 минут на протяжении как минимум 20 минут и маточную

гиперсистолию /гипертонус – схватки продолжительностью как минимум 2 минуты.

**3. Дистресс плода** - Тахикардия плода – частота сердцебиения плода более 160 ударов в минуту; брадикардия – менее 120 ударов в минуту.

**4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты**

**5. Разрыв матки**

#### **Помощь женщинам с осложнениями индукции родов**

При возникновении гипертонуса или гиперстимуляции немедленно:

- 1.Прекратить индукцию (отключить введение окситоцина, удалить препараты, введенные вагинально)
- 2.Уложить женщину на левый бок;
- 3.Обеспечить подачу кислорода со скоростью 8 л/минуту;
- 4.Провести инфузию раствора лактата Рингера и физиологического раствора хлорида натрия 500,0 мл за 15 минут;
- 5.Провести токолиз бета-адреномиметиками (гинипрал 10 мг (2 мл) внутривенно или тербуталин 250 мкг подкожно или сальбутамол 100 мкг медленно внутривенно) или атозибан 6,75 мг внутривенно в течение одной минуты, либо нифидипин перорально.
- 6.Кесарево сечение при признаках страдания плода или невозможности купировать гиперстимуляцию

## СТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ (СОП)

### Приложение № 1

#### **Консультирование женщин перед индукцией родов проводит обученный принципам консультирования врач акушер-гинеколог**

Обсудить с женщиной:

- показания к индукции родов
- пользу/риск для матери и/или плода
- индивидуальные обстоятельства
- предлагаемые методы индукции
- варианты лечения боли
- тактику ведения, если индукция не удалась или отклонена женщиной
- предоставьте время для принятия решения
- получите письменное информированное согласие

#### **Консультирование обязательно включает следующую информацию:**

- показания к индукции, возможные способы, используемые препараты;
- возможность повторной индукции;
- возможность абдоминального родоразрешения;
- срок гестации;
- состояние шейки матки.

### Приложение №2

#### **Оценка состояния матери и ребенка перед индукцией**

1. Проводит – врач акушер -гинеколог первой или высшей категории, при необходимости консилиум согласно местного протокола
2. Оценка соматического состояния матери
3. Оценка акушерского статуса
4. Оценка состояния плода: частота сердечных сокращений, доплерометрия
5. Оценка рисков индукции для матери и плода
6. Регистрация в истории родов.

**Учитывать :**

- Акушерский анамнез
- Определение срока гестации

- Базовые обследования (Ps, t<sup>0</sup>, АД, ЧД)
- Пальпация живота (положение, позиция, вид позиции, предлежание плода)
- ЧСС плода
- КТГ
- Вагинальное исследование:
  - оценка шейки матки по МШБ
  - целостность плодных оболочек

### Приложение №3

#### Модифицированная шкала Бишоп (Bishop score)

Характеристика шейки матки	Модифицированная шкала Bishop			
	0	1	2	3
Раскрытие (см)	<1	1-2	3-4	>4
Длина (см)	>4	3-4	1-2	<1
Положение предлежащей части относительно седалищных остей (см)*	Выше на 3 см (-3)	Выше на 2 см (-2)	Выше на 1 см или на уровне (-1/0)	Ниже на 1-2 см (+1/+2)
Консистенция	Плотная	Умеренно размягчена	Мягкая	-
Положение относительно проводной оси таза	Кзади	По центру / кпереди	-	-
<b>Общий балл по Бишоп:</b>				

\* отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза во время ее продвижения по родовым путям:

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

## Интерпретация:

Оценка состояния шейки матки	Неблагоприятная шейка матки	Благоприятная шейка матки
Баллы по Бишоп	$\leq 6$	$\geq 7$

### Модификация суммы баллов

Добавить 1 балл к оценке в случае:

Преэклампсии;  
Самопроизвольные роды в анамнезе.

Отнять 1 балл в случае:

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

Перед каждым этапом преиндукции/индукции родов проводится оценка и регистрация в истории родов.

## Приложение №4

### Методы индукции родов в зависимости от степени зрелости шейки матки:

до 6 баллов – динопростон

6 – 8 баллов – простагландины (динопростон или мизопростол)

более 8 баллов – амниотомия с инфузией окситоцина.

## Приложение №5

### Индукция родов динопростоном

1. Индукцию родов динопростоном проводить только в условиях стационара уровнями 2В, 3.
2. Индукция родов динопростоном проводить под постоянным мониторингом состояния матери и плода.
3. Состояния матери и плода в обязательном порядке документирует в реальном времени врач акушер-гинеколог в истории родов.

## **Техника проведения индукции родов простагландинами E1 E2**

1. Перед введением препарата необходимо опорожнить мочевой пузырь.
2. Ввести 1 таблетку в задний свод влагалища, предварительно слегка смочив ее холодной водой.
3. Максимально допустимая суточная дозировка динопростона составляет: таблетки простагландина E2 (3 мг) – не более 2 таблеток: по 1 таблетке не ранее, чем через 6 часов каждая (допустимый интервал между приемами таблеток – от 6 до 12 часов);
4. Переоцените состояние шейки матки через 6 часов. Если провести амниотомию технически невозможно, вводится повторная доза препарата. Перед каждым введением динопростона необходимо оценить состояние плода.

### **Приложение №6.**

#### **Способ применения и максимальная общая доза мифепристона:**

1. Применяется при мертвом плоде
2. Применение препарата допустимо лишь в условиях стационара, под круглосуточным наблюдением медицинского персонала;
3. Доза препарата 200 мг перорально однократно;
4. Если изменения в шейке матки неадекватны после первой дозы (МШБ  $\leq 6$ ), прием препарата может быть повторен только через 24 часа;
5. Через 24-48 часов после приема последней таблетки мифепристона индукцию родов можно продолжить: амниотомией (если это технически возможно) с незамедлительной инфузией окситоцина или приемом мизопростола / динопростона;
6. Следует избегать одновременного применения нестероидных противовоспалительных препаратов, включая ацетилсалициловую кислоту, так как это может снижать эффективность мифепристона.

### **Приложение №7.**

### **Способ применения мизопростола ( перорально)**

1. Наберите ровно 200 мл чистой воды с помощью специального мерного стакана.
2. Разомните таблетку мизопростола ложкой.
3. Поместите порошок в воду, перемешайте до полного растворения.
4. Перелейте раствор в бутылку и наклейте на бутылку наименование раствора и его концентрацию.
5. Принимать по 25 мл раствора каждые 2 часа до тех пор, пока не начнутся активные схватки.
6. Максимальная доза: 200 мкг в течение 24 часов. Не рекомендуется применять раствор мизопростола спустя 24 часа после его приготовления.
7. Инфузия окситоцина возможна не ранее чем через 6 часа после последней дозы мизопростола.

### **Способ применения мизопростола ( вагинально)**

1. Перед введением препарата необходимо опорожнить мочевой пузырь.
2. Ввести 25 мкг (1/8 таблетки 200 мкг) в задний свод влагалища.
3. Максимально допустимая суточная дозировка мизопростола составляет 200 мкг: 1/8 таблетки вводить каждые 6 часов
4. Переоцените состояние шейки матки через 6 часов. Если провести амниотомию технически невозможно, вводится повторная доза препарата. Перед каждым введением мизопростола необходимо оценить состояние матери и плода.
5. Окситоцин можно использовать через 6 часов после последней дозы.

### Родовозбуждение в режиме низких доз окситоцина

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

Дозы окситоцина должны быть задокументированы на партограмме на протяжении всех родов. Введение окситоцина должно проводиться только внутривенно. Стремиться к 3-4 сокращениям в течение 10 минут продолжительностью 40-60 секунд и периодом отдыха не менее 60 секунд. Индукция окситоцином может быть рассмотрена в качестве метода стимуляции родов через естественные родовые пути после кесарева сечения. Максимальная доза не должна превышать 20 мЕд/мин – для женщин с кесаревым сечением в анамнезе и 40 мЕд/мин – для женщин без кесарево сечения в анамнезе. После начала внутривенного введения окситоцина рекомендуется тщательно контролировать скорость инфузии, реакцию матки и частоту сердечных сокращений плода, после начала схваток – непрерывный кардиомониторинг плода или КТГ.

### **Необходимое оборудование и инструменты:**

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

### **Приложение 9**

#### **Этапы введения катетера Фолея:**

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

### **Приложение №10**

#### **Методы, не рекомендованные для индукции родов.**

<b>Медикаментозные</b>	<b>Немедикаментозные</b>
Пероральное введение динопростона	Травяные добавки
Внутривенное введение динопростона	Иглоукалывание

Экстраамниальное введение динопростона или PGF2 а (энзапроста)	Гомелпатия
Интрацервикальное введение динопростона	Касторовое масло
Гиалорунидаза	Горячие ванны
Кортикостероиды	Клизмы
Эстрогены	Половой акт
Влагалищное введение доноров оксида азота	
Мифепристон (за исключением случаев внутриутробной гибели плода)	

## Приложение №11

### Добровольное информированное согласие на индукцию родов

Я,

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.

пациента) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный(ая)

по адресу

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

даю информированное согласие на предстоящее медицинское вмешательство в

\_\_\_\_\_ (наименование медицинского учреждения)

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

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

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

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

Я понимаю, что при проведении хирургического вмешательства возможна потеря крови и может возникнуть необходимость в переливании донорской крови или ее компонентов, на что я даю добровольное согласие.

Я согласна на взятие у меня в диагностических и лечебных целях образцов биологических материалов, в том числе клеток, тканей, биологических жидкостей.

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

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

---

---

---

(доверенные лица)

Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, о чем свидетельствует моя подпись ниже

Подпись      Дата    « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

## Приложение №12

№	Критерий качества	Да / нет
1	Учтены показания	Да / нет
2	Учтены противопоказания	Да / нет
3	Оценена шейка матки	Да / нет
4	Выбран правильно метод	Да / нет
5	Оценено состояние плода перед индукцией	Да / нет
6	Проводился мониторинг в процессе индукции	Да / нет

## Список литературы

1. World Health Organization. WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term // WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term. 2018.

2. Gibbs Pickens C.M. et al. Term Elective Induction of Labor and Pregnancy Outcomes among Obese Women and Their Offspring // *Obstet. Gynecol.* 2018. Vol. 131, № 1. P. 12–22.
3. Saccone G. et al. Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials // *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2019. Vol. 98, № 8.
4. Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение). клинические рекомендации. РОАГ. Москва. 2021 г.
5. Оценочный инструмент анализа руководств( клинических рекомендаций) AGREE II. – 2017. – 52 с/
6. Рекомендации ВОЗ по индукции родов. – 2018. – 42 с.
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра. – 2015 год
8. Диабет во время беременности: ведение от зачатия до послеродового периода Руководство NICE Опубликовано: 25 февраля 2015 г. Последнее обновление: 16 декабря 2020 г.)
9. Inducing labour NICE guideline Published: 4 November 2021
10. NICE clinical guideline 70 Developed by the National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health, Induction of labour, 2008 г.
11. Dodd JM, Crowther CA. Misoprostol for induction of labour to terminate pregnancy in the second or third trimester for women with a fetal anomaly or after intrauterine fetal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, Issue 4. Art. No.: CD004901. DOI: 10.1002/14651858.
12. Boulvain M, Stan CM, Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, Issue 1. Art. No.: CD000451. DOI: 10.1002/14651858.CD000451.pub2. (This review was updated for the present guide-lines.)
13. Efficacy and safety of intravaginal misoprostol versus intracervical dinoprostone for labor induction at term: A systematic review and meta-analysis Aihai Liu, Jieqiang Lv, Yue Hu, Junzhe Lang, Luhang Ma, Wenbing Chen J. *Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 40, No. 4: 897–906, April 2014;
14. Carlos De Bonrosto Torralba et al. Low-dose vaginal misoprostol vs vaginal dinoprostone insert for induction of labor beyond 41st week: A randomized trial *Acta Obstet Gynec Scand.* 2019.98. - 913-918
15. Alfirevic Z, Weeks A. Oral misoprostol for induction o DOI: 10.1002/14651858. CD001338.pub2f labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 2. Art. No.: CD001338;

16. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Pileggi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, Issue 1. Art. No.: CD000941; DOI: 10.1002/14651858. CD000941.
17. Martin J.A. et al. Births: Final for 2017 // *Natl. Vital Stat. Reports*. 2018. Vol. 67, № 8. P. 1–49.
18. Hedegaard M. et al. Perinatal outcomes following an earlier post-term labour induction policy: A historical cohort study // *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2015. Vol. 122, № 10. P. 1377–1385.
19. Melamed N. et al. PInduction of labor before 40 weeks is associated with lower rate of cesarean delivery in women with gestational diabetes mellitus resented at the 36th annual meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine, Atlanta, GA, February 1-6, 2016. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* Elsevier Inc., 2016. Vol. 214, № 3. P. 364.e1-364.e8.
20. Chodankar R., Sood A., Gupta J. An overview of the past, current and future trends for cervical ripening in induction of labour // *Obstet. Gynaecol.* 2017. Vol. 19, № 3. P. 219–226.
21. Gupta J. et al. Synthetic osmotic dilators in the induction of labour—An international multicentre observational study // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2018. Vol. 229. P. 70–75.
22. Penfield C.A., Wing D.A. Labor Induction Techniques: Which Is the Best? // *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* Elsevier Inc, 2017. Vol. 44, № 4. P. 567–582.
23. Grobman W.A. et al. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women // *N. Engl. J. Med.* 2018. Vol. 379, № 6. P. 513–523.
24. Nakano T. et al. Factors associated with emergency cesarean delivery during induction of labor in nulliparous women aged 35 years or older at term // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2018. Vol. 44, № 9. P. 1747–1751
25. Bergholt T. et al. Maternal age and risk of cesarean section in women with induced labor at term—A Nordic register-based study // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2020. Vol. 99, № 2. P. 283–289.
26. Carpenter J.R. Intrapartum management of the obese gravida // *Clin. Obstet. Gynecol.* 2016. Vol. 59, № 1. P. 172–179.
27. Kawakita T. et al. 53: Predicting vaginal delivery in nulliparous women undergoing induction of labor // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2017. Vol. 216, № 1. P. S38–S39.
28. Coates D. et al. A systematic scoping review of clinical indications for induction of labour // *PLoS One / ed. Mastrolia S.A.* 2020. Vol. 15, № 1. P. e0228196.

29. Gleason R.L. et al. A safe, low-cost, easy-to-use 3D camera platform to assess risk of obstructed labor due to cephalopelvic disproportion // *PLoS One*. 2018. Vol. 13, № 9. P. 1–30.
30. Malonga F.K. et al. External anthropometric measurement and pelvimetry among nulliparous women in lubumbashi: Risk factors and predictive score of mechanical dystocia // *Pan Afr. Med. J.* 2018. Vol. 31. P. 1–9.
31. Ayala N.K., Lewkowitz A.K., Rouse D.J. Delivery at 39 Weeks of Gestation // *Obstet. Gynecol.* 2020. Vol. 135, № 4. P. 949–952.
32. Sinkey R.G. et al. Elective Induction of Labor in the 39th Week of Gestation Compared With Expectant Management of Low-Risk Multiparous Women // *Obstet. Gynecol.* 2019. Vol. 134, № 2. P. 282–287.
33. Brzezinski-Sinai N.A. et al. Induction of labor in cases of late preterm isolated oligohydramnios: is it justified? // *J. Matern. Neonatal Med.* 2019. Vol. 32, № 14. P. 2271–2279.
34. Carlsson Fagerberg M., Källén K. Third-trimester prediction of successful vaginal birth after one cesarean delivery—A Swedish model // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2020. Vol. 99, № 5. P. 660–668.
35. de Vaan M.D.T. et al. Mechanical methods for induction of labour // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019. Vol. 2019, № 10.
36. Selin L. et al. High-dose versus low-dose of oxytocin for labour augmentation: a randomised controlled trial // *Women and Birth. Australian College of Midwives*, 2019. Vol. 32, № 4. P. 356–363.
37. De Vivo V. et al. Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Am. J. Obstet. Gynecol. Elsevier Inc.*, 2020. Vol. 222, № 4. P. 320–329.
38. Chappell L.C. et al. Planned early delivery or expectant management for late preterm pre-eclampsia (PHOENIX): a randomised controlled trial // *Lancet*. 2019. Vol. 394, № 10204. P. 1181–1190.
39. Butalia S. et al. Hypertension Canada’s 2018 Guidelines for the Management of Hypertension in Pregnancy // *Can. J. Cardiol.* 2018. Vol. 34, № 5. P. 526–531.
40. ACOG. ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia // *Obstet. Gynecol.* 2020. Vol. 135, № 6. P. e237–e260.
41. Berger H., Gagnon R., Sermer M. Guideline No. 393-Diabetes in Pregnancy // *J. Obstet. Gynaecol. Canada. Elsevier Inc.*, 2019. Vol. 41, № 12. P. 1814–1825.e1.
42. Metcalfe A. et al. Timing of delivery in women with diabetes: A population-based study // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2020. Vol. 99, № 3. P. 341–349.

43. Martins J.G., Biggio J.R., Abuhamad A. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #52: Diagnosis and management of fetal growth restriction: (Replaces Clinical Guideline Number 3, April 2012) // Am. J. Obstet. Gynecol. Elsevier Inc., 2020. Vol. 223, № 4. P. B2–B17.





