



## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие . . . . .	5
<b>БЕРЕМЕННОСТЬ, ОСЛОЖНЕНИЯ, БЕСПЛОДИЕ . . . . .</b>	<b>7</b>
Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия . . . . .	8
Внематочная (эктопическая) беременность . . . . .	43
Внутрипеченочный холестаз при беременности . . . . .	67
Женское бесплодие . . . . .	80
Инфекции амниотической полости и плодных оболочек (хориоамнионит) . . . . .	110
Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода. Лицевое, лобное или подбородочное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери. . . . .	121
Многоплодная беременность . . . . .	146
Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода) . . . . .	177
Нормальная беременность . . . . .	196
Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде . . . . .	225
Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери . . . . .	254
Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода . . . . .	273
Тазовое предлежание плода . . . . .	285
Эмболия амниотической жидкостью . . . . .	299
<b>РОДЫ, ОСЛОЖНЕНИЯ РОДОВ, ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ . . . . .</b>	<b>319</b>
Выкидыш (самопроизвольный аборт) . . . . .	320
Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика . . . . .	334
Истмико-цервикальная недостаточность . . . . .	350
Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение) . . . . .	351
Оперативные влагалищные роды (роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора) . . . . .	367
Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и вращение плаценты) . . . . .	386
Послеродовое кровотечение . . . . .	421
Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде . . . . .	446
Преждевременные роды . . . . .	458
Привычный выкидыш . . . . .	477
Разрывы промежности при родоразрешении и другие акушерские травмы (акушерский травматизм) . . . . .	490

Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды) . . . . .	512
Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения . . . . .	513
<b>ГИНЕКОЛОГИЯ</b> . . . . .	547
Аменорея и олигоменорея . . . . .	548
Аномальные маточные кровотечения . . . . .	549
Болезни бартолиновой железы . . . . .	562
Воспалительные болезни женских тазовых органов . . . . .	570
Выпадение женских половых органов . . . . .	583
Менопауза и климактерическое состояние у женщины . . . . .	595
Полипы эндометрия . . . . .	625
<b>ЭНДОКРИННАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ И НЕОПЛАЗИИ</b> . . . . .	633
Врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром) . . . . .	634
Гиперплазия эндометрия . . . . .	635
Миома матки . . . . .	644
Синдром гиперстимуляции яичников . . . . .	656
Синдром поликистозных яичников . . . . .	657
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки . . . . .	675
Эндометриоз . . . . .	676
<b>ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ</b> . . . . .	693
Злокачественные новообразования влагалища . . . . .	694
Неэпителиальные опухоли яичников . . . . .	695
Пограничные опухоли яичников . . . . .	696
Рак вульвы . . . . .	697
Рак тела матки и саркомы матки . . . . .	698
Рак шейки матки . . . . .	699
Рак яичников / рак маточной трубы / первичный рак брюшины . . . . .	700
Трофобластические опухоли . . . . .	701
<b>ИНФЕКЦИИ</b> . . . . .	703
Аногенитальные (венерические) бородавки . . . . .	704
Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция . . . . .	719
Бактериальный вагиноз . . . . .	732
ВИЧ-инфекция у беременных . . . . .	742
Гонококковая инфекция . . . . .	743
Инфекция мочевых путей при беременности . . . . .	744
Сифилис . . . . .	759
Урогенитальные заболевания, вызванные <i>Mycoplasma genitalium</i> . . . . .	760
Урогенитальный трихомоноз . . . . .	761
Хламидийная инфекция . . . . .	773
<b>ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b> . . . . .	787
Доброкачественная дисплазия молочной железы . . . . .	788
Железодефицитная анемия . . . . .	810
Недержание мочи . . . . .	828
Ректоцеле . . . . .	851

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель создания клинических рекомендаций — обеспечение принятия врачом клинически корректных легитимных решений, способствующих повышению качества оказания медицинской помощи при заболеваниях/состояниях с учетом новейших клинических данных и принципов доказательной медицины.

Перед вами сборник клинических рекомендаций, который содержит информацию о наиболее распространенных в акушерстве и гинекологии заболеваниях и синдромах. Текст включенных в сборник рекомендаций актуален на момент сдачи издания в печать.

С учетом большого объема включенных в сборник сведений было принято решение о представлении части клинических рекомендаций или их разделов в электронном виде. Доступ к этой информации возможен посредством QR-кодов. В печатном варианте размещены наиболее востребованные в практике врачей акушеров-гинекологов клинические рекомендации.

Плашками с серым фоном выделены тезисы рекомендаций с метками шкал доказательности и уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств), а также шкал оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств).

### Уровни убедительности рекомендаций (УУР)

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)]

### Уровни достоверности доказательств (УДД)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований (КИ) с применением метаанализа

Окончание табл.

УДД	Расшифровка
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные КИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных КИ, с применением метаанализа
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

С 2019 г. клинические рекомендации размещаются в рубрикаторе Минздрава России после одобрения Научно-практическим советом Минздрава России при их соответствии установленным требованиям согласно приказу Минздрава России № 103н от 28.02.2019 «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации»<sup>1</sup>.

Клинические рекомендации пересматриваются не реже 1 раза в 3 года и не чаще 1 раза в 6 мес (п. 10 порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра приказа Минздрава России № 103н от 28.02.2019 «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации»).

Медицинским работникам следует придерживаться рекомендаций в процессе принятия клинических решений для обеспечения пациента наиболее эффективной и безопасной медицинской помощью. В то же время клинические рекомендации не могут заменить профессиональное и клиническое мышление медицинских работников: врач должен оценивать потенциальные пользу и риск для пациента применения медицинских вмешательств, указанных в клинических рекомендациях, с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Медицинские работники несут ответственность в отношении исполнения всех надлежащих требований и правил в рамках выполнения профессиональной деятельности.

<sup>1</sup> Рубрикатор клинических рекомендаций — ресурс Минздрава России, в котором размещаются клинические рекомендации, разработанные и утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями Российской Федерации, а также методические руководства, номенклатуры, справочники и другие справочные материалы, связанные с клиническими рекомендациями.

Рубрикатор клинических рекомендаций создан в целях обеспечения доступа медицинских работников к клиническим рекомендациям, разработанным в соответствии с законодательством Российской Федерации и принципами доказательной медицины (<https://cr.minzdrav.gov.ru>).

## Стандарты оказания медицинской помощи



Стандарт медицинской помощи при свершившемся выкидыше (самопроизвольном аборте) и неразвивающейся беременности (диагностика и лечение) (приказ МЗ РФ N 2н от 09.01.2023).  
Стандарт медицинской помощи при угрожающем выкидыше (диагностика и лечение) (приказ МЗ РФ N 1н от 09.01.2023).

# ВЫКИДЫШ (САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ)

Код МКБ: O02 (O02.0—O02.9), O03 (O03.0—O03.1, O03.3—O03.6, O03.8—O03.9), O05 (O05.0—O05.1, O05.3—O05.6, O05.8—O05.9), O20 (O20.0—O20.9)

Год утверждения: 2021

ID МЗ РФ: КР670\_1

Разработчик: Общероссийская общественная организация содействия охране материнства и детства «Российское общество акушеров-гинекологов»

Возрастная категория: любая

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВЗОМТ	— воспалительные заболевания органов малого таза
ИВ	— инфицированный выкидыш
ИППП	— инфекции, передаваемые половым путем
КТР	— копчико-теменной размер
НБ	— неразвивающаяся беременность
ПВ	— привычный выкидыш
СБ	— сердцебиение
УВ	— угрожающий выкидыш
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ХА	— хромосомная анеуплоидия
ХГЧ	— хорионический гонадотропин человека
ШМ	— шейка матки
**	— препарат входит в список ЖНВЛП
#	— off-label (назначение препарата вне зарегистрированных показаний)

## ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**Анэмбриония** — состояние, при котором происходит развитие плодного яйца и его структур, но не происходит формирования эмбриона, который не визуализируется при ультразвуковом исследовании (УЗИ).

**Беременность биохимическая** — беременность, диагностированная только путем определения хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в сыворотке крови или в моче.

**Беременность клиническая** — беременность, диагностированная путем визуализации при УЗИ одного или более плодных яиц/плодов, или наличия достоверных клинических признаков беременности. Термин применяется в отношении как маточной, так и эктопической беременности.

**Беременность неизвестной (неясной) локализации** — отсутствие признаков маточной или внематочной беременности по данным УЗИ при положительном результате мочевого теста на беременность или исследования крови на  $\beta$ -субъединицу ХГЧ.

**Беременность неопределенной (неясной) жизнеспособности** — маточная беременность, при которой при УЗИ средний внутренний диаметр плодного яйца <20 мм, или желточный мешок и/или эмбрион не визуализируются, или копчико-теменной размер (КТР) эмбриона <6 мм при отсутствии сердцебиения (СБ) эмбриона.

**Выкидыш (самопроизвольный аборт)** — самопроизвольное прерывание беременности (изгнание или экстракция эмбриона/плода) до 22 недель беременности.

**Выкидыш инфицированный (септический) (ИВ)** — выкидыш, сопровождающийся признаками инфекции/воспаления органов половой системы.

**Выкидыш в ходу** — необратимое состояние потери беременности, при котором плодное яйцо/плод находится в процессе изгнания из полости матки.

**Выкидыш неполный** — неполная экспульсия плодного яйца/плода из полости матки.

**Выкидыш полный** — полная экспульсия плодного яйца/плода из полости матки.

**Выкидыш привычный (ПВ)** — наличие у женщины двух и более самопроизвольных потерь беременности в сроках до 22 недель.

**Выкидыш угрожающий (УВ)** — состояние развивающейся беременности до 22 недель, при котором наблюдаются кровяные выделения из половых путей или признаки отслойки хориона/плаценты по данным УЗИ.

**Неразвивающаяся беременность (НБ)** — остановка в развитии (отсутствие СБ) эмбриона/плода до 22 недели беременности при отсутствии экспульсии плодного яйца/плода.

## **1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ИЛИ СОСТОЯНИЮ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)**

### **1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)**

Выкидыш (самопроизвольный аборт) - самопроизвольное прерывание беременности (изгнание или экстракция эмбриона/плода) до 22 недель беременности. Определение включает также НБ.

### **1.2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)**

Хромосомная анеуплоидия (ХА) у эмбриона/плода являются наиболее частой причиной выкидыша в 1-м триместре беременности [1, 2, 3]. Чем раньше во время беременности произошел выкидыш, тем выше вероятность того, что у эмбриона/плода были ХА. Число выкидышей, обусловленное ХА, в 1-м триместре беременности составляет 41–50%. Наиболее частыми типами ХА при ранних выкидышах являются аутосомные трисомии — 52%, моносомии X — 19%, полиплоидии — 22%. Другие формы составляют 7%. Риск трисомии у эмбриона/плода в результате аберрации хромосом возрастает по мере увеличения возраста матери. Наиболее распространенными ХА являются трисомия по 16-й

и по 22-й хромосоме. Триплоидия обнаруживается  $\approx$  у 15% эмбрионов/плодов. На долю моносомии по X-хромосоме приходится  $\approx$  20% выкидышей, происходящих в 1-м триместре беременности. Взаимосвязь между возрастом матери и моносомией по X-хромосоме, полиплоидией или структурными аномалиями хромосом не установлена [4].

Среди других причин выкидышей выделяют анатомические, инфекционные, эндокринные, иммунологические и другие факторы [5].

К факторам риска выкидыша относят [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22]:

- возраст матери  $>35$  лет, возраст отца  $>40$  лет;
- число потерь беременности в анамнезе: риск потери беременности после 1-го выкидыша составляет 13–17%, что соответствует частоте выкидыша в популяции, тогда как после 2-х предшествующих выкидышей риск выкидыша возрастает более чем в 2 раза и составляет 36–38% (**Таблица 1**);
- ожирение или недостаточная масса тела ( $>30$  кг/м или  $<18,5$  кг/м);
- избыточное потребление кофеина ( $>5$  чашек кофе в день или  $>100$  г кофеина/сутки);
- употребление алкоголя и наркотиков;
- неблагоприятные условия труда (действие ртути, свинца, паров бензола, циклогексана, нитрокраски, смолы, пыли, пестицидов, шума, вибрации), а также длительное воздействие химических и/или физических факторов, не связанное с профессиональной деятельностью;
- хронические заболевания: антифосфолипидный синдром, тромбофилии высокого риска тромбоэмболических осложнений, синдром поликистозных яичников, заболевания щитовидной железы, декомпенсированный сахарный диабет, целиакия;
- острые и хронические инфекционные заболевания: листериоз, сифилис, хламидиоз, токсоплазмоз, острые респираторные вирусные заболевания, инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека, туберкулез;
- прием лекарственных препаратов: итраконазола, метотрексата, нестероидных противовоспалительных препаратов, ретиноидов, пароксетина, венлафаксина;
- заболевания матки: аномалии развития матки, миома матки, операции на шейке матки, внутриматочные синехии;
- лихорадка  $>38$  °С;
- дефицит фолиевой кислоты.

**Таблица 1.** Риск выкидыша, возраст матери и число выкидышей в анамнезе [12]

Число выкидышей в анамнезе	Возраст женщины			
	25–29 лет	30–34 года	35–39 лет	40–44 года
1 выкидыш	15%	16–18%	21–23%	40%
2 выкидыша	22–24%	23–26%	25–30%	40–44%
$\geq 3$ выкидышей	40–42%	38–40%	40–45%	60–65%



### **1.3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)**

Выкидыш происходит в 20% клинически диагностированных беременностей [23]. Из них 80% выкидышей происходит до 12 недель беременности [24]. В структуре выкидышей 1/3 беременностей прерывается до 8-ми недель по типу анэмбрионии. В 80% выкидышей сначала происходит гибель, а затем экспульсия плодного яйца [25]. Частота ИВ составляет  $\approx 5\%$  от всех выкидышей. При УВ вероятность благоприятного прогноза достигает 85%, но зависит от срока беременности, возраста пациентки и других факторов [20, 26].

### **1.4. ОСОБЕННОСТИ КОДИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ**

O02 (O02.0 – O02.9) Другие аномальные продукты зачатия

O03 (O03.0 – O03.1, O03.3 – O03.6, O03.8–O03.9) Самопроизвольный аборт

O05 (O05.0 – O05.1, O05.3 – O05.6, O05.8–O05.9) Другие виды аборта

O20 (O20.0 – O20.9) Кровотечение в ранние сроки беременности

### **1.5. КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)**

Классификация выкидыша по сроку беременности [27]:

- ранний (до 9 недель беременности);
- поздний (с 10 до 21 недель беременности).

Классификация выкидыша по стадии развития плодного яйца [27]:

- преэмбриональный (до 4 недель беременности);
- эмбриональный (с 5 до 9 недель беременности);
- фетальный (с 10 до 21 недель беременности).

### **1.6. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ)**

Наиболее частыми клиническими проявлениями выкидыша являются боли внизу живота или в пояснице спастического характера и кровяные выделения из половых путей на фоне задержки менструации. Также у пациентки могут быть ощущения давления во влагалище, и выделение слизи из влагалища, которая может быть прозрачной, с розовыми или кровяными включениями (как правило, после 12 недель беременности).

Характерны следующие клинические проявления на разных этапах выкидыша:

- УВ — боли внизу живота и поясничной области, кровяные выделения из половых путей. Тонус матки повышен, тело матки соответствует сроку беременности, шейка матки (ШМ) не укорочена. При УЗИ регистрируют СБ эмбриона (с 5–6 недель беременности или при КТР  $\geq 7$  мм) /плода. Необходимо исключить следующие акушерские осложнения: предлежание

или низкое расположение хориона (плаценты), кровотечение из второго рога матки при пороках ее развития, гибель одного плодного яйца при многоплодной беременности.

- Выкидыш в ходу — тело матки, как правило, меньше предполагаемого срока беременности, определяются регулярные схваткообразные сокращения миометрия, возможно подтекание околоплодных вод. Внутренний и наружный зевы открыты, цервикальный канал расширен на всем протяжении, элементы плодного яйца находятся в цервикальном канале или во влагалище.
- Неполный выкидыш — беременность прервалась, но в полости матки определяются элементы плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания ее полости приводит к продолжающемуся кровотечению.
- ИВ — прерывание беременности, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровяными, иногда гнойными выделениями из половых путей. При физикальном осмотре — тахикардия, тахипноэ, дефанс мышц передней брюшной стенки; при бимануальном влагалищном исследовании — болезненная, мягкой консистенции матка, цервикальный канал расширен. При отсутствии лечения возможна генерализация инфекции.
- НБ — гибель эмбриона или плода на сроке до 22 недель беременности при отсутствии экспульсии продуктов зачатия из полости матки. Диагноз устанавливается по данным УЗИ.

## 2. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

### Критерии диагноза

Диагноз предполагается на основании жалоб пациентки на боли внизу живота и/или в пояснице и кровяные выделения из половых путей на фоне подтвержденной ранее клинической беременности. Диагноз подтверждается при УЗИ матки и придатков (до 9 недель беременности) или УЗИ плода (после 10 недель беременности), в ходе которого устанавливают соответствие плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличие СБ эмбриона/плода, признаки экспульсии плодного яйца/плода из полости матки (**Таблица 2**).

**Таблица 2.** Ультразвуковые критерии диагностики выкидыша [24, 28, 29]

Определение	Данные УЗИ
УВ	Наружный зев шейки матки сомкнут, СБ эмбриона (с 5–6 недель беременности или при КТР $\geq 7$ мм)/плода визуализируется, имеются признаки отслойки хориона/плаценты с формированием гематомы: ретрохориальной, ретроплацентарной, заоболочечной (ретроамниотической), или кровотечения из половых путей
Выкидыш в ходу	Цервикальный канал расширен, плодное яйцо деформировано, расположено в нижней части полости матки или в цервикальном канале, СБ эмбриона/плода не визуализируется, имеются признаки тотальной или субтотальной отслойки хориона/плаценты