

## Современный подход к преиндукции и индукции родов: как обеспечить эффективность и безопасность

Подготовка шейки матки к родам остается актуальной проблемой современного акушерства. В ходе семинара особое внимание спикеры уделили вопросам применения вагинальной системы, содержащей 10 мг динопростона с контролируемым высвобождением, для эффективной и безопасной индукции родов.

### Подготовка шейки матки к родам: что препятствует оптимизму

Заведующий кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, д.м.н., профессор Виталий Борисович ЦХАЙ рассказал о рациональном подходе к преиндукционной подготовке шейки матки. Он отметил, что индукция родов широко распространенная процедура в современном акушерстве. Частота индукции родов в развитых странах колеблется от 6,8 до 35,5%. При этом индукция родов совсем не безопасная процедура, ее эффективность зависит от адекватного выбора показаний и противопоказаний, времени и способа проведения. Индукция считается обоснованной, если ее использование улучшает материнские и перинатальные исходы и не приводит к увеличению числа осложнений. Увеличение частоты индукции родов обусловлено прежде всего возрастанием числа женщин с высоким перинатальным и акушерским риском. К факторам риска относят повышение возраста беременных, увеличение частоты пациенток с избыточной массой тела, ожирением, хроническими заболеваниями (сахарный диабет, артериальная гипертензия) и связанными с ними осложнениями беременности (преэклампсия, синдром задержки роста плода). Кроме того, распространение индукции родов в клинической акушерской практике обусловлено увеличением относительных показаний и большим количеством успешных индукций.

Для обеспечения безопасности и эффективности подготовки шейки матки к родовозбуждению необходимо соблюдать ряд условий:

- учреждение не ниже второго уровня;
- информированное согласие матери;
- оценка показаний и противопоказаний;
- уточнение срока беременности;
- оценка состояния матери и плода, кардиотокография перед началом подготовки к процедуре;
- определение степени зрелости шейки матки.

Докладчик подчеркнул, что состояние шейки матки – основной фактор, определяющий готовность организма беременной к родам. Зрелость шейки матки – необходимая составляющая своевременного начала родовой деятельности и успешного родоразрешения. При незрелой или недостаточно зрелой шейке матки роды в 57,2% случаев сопровождаются преждевременным излитием околоплодных вод, в 44,2% – аномалиями родовой деятельности. В итоге у 16,3% женщин беременность завершается оперативным родоразрешением.

В клинической практике для определения степени зрелости шейки матки широко используют шкалу Бишопа. При оценке по этой шкале от 0 до 5 баллов шейка матки считается незрелой, от 6 до 7 – недостаточно зрелой, от 8 баллов – зрелой.

В настоящее время для подготовки шейки матки и индукции родов применяют медикаментозные методы (мифепристон, динопростон, окситоцин), амниотомию и механические методы (катетер Фолея, осмотические гидроскопические расширители и ламинарии).

Профессор В.Б. Цхай представил результаты исследования, в рамках которого проводили сравнительный анализ эффективности препаратов динопростон, мифепристон, гидроскопического цервикального рас-

ширителя в подготовке шейки матки к родам. Участницы исследования были разделены на группы: у 93 пациенток для подготовки шейки матки применяли вагинальную систему с постепенным высвобождением динопростона (Цервидил), у 39 – препарат мифепристон, у 10 пациенток – гидроскопический цервикальный расширитель.

Критериями включения в исследование были доношенная беременность, оценка зрелости шейки матки 5 и менее баллов по шкале Бишопа.

Как известно, мифепристон – синтетическое стероидное антигестагенное средство, конкурентно блокирующее действие прогестерона на уровне гестагеновых рецепторов. Динопростон является синтетическим аналогом простагландина E<sub>2</sub>, вызывает выраженное ритмичное сокращение миометрия беременной матки и нарастание ее тонуса, аналогично физиологическим схваткам во время родов. Динопростон оказывает местное влияние на шейку матки и вызывает ее размягчение, сглаживание, раскрытие. При вагинальном применении препарат напрямую действует на коллагеназу шейки матки, стимулирует сокращение миометрия, улучшает гемодинамику шейки матки, способствуя ее созреванию.

Современная лекарственная форма динопростона представляет собой вагинальную терапевтическую систему, содержащую 10 мг динопростона с контролируемым высвобождением, для подготовки шейки матки к родам, состоит из тканого полиэфирного чехла в виде длинной ленты петельчатой структуры, предназначенной для извлечения системы, внутрь которой помещена одна тонкая плоская полимерная пластина прямоугольной формы с закругленными краями.



XVII Общероссийский научно-практический семинар  
«Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»

Вагинальная система с постепенным высвобождением динопростона вводится в задний свод влагалища и извлекается через 24 часа независимо от степени созревания шейки матки. Вагинальную систему удаляют при разрыве околоплодных оболочек или начале родовой деятельности.

Цервикальный расширитель – цилиндрический стержень с закругленным атравматичным концом в верхней части и с нитью (либо без нее) для извлечения в нижней части.

Участницы исследования были сопоставимы по возрасту: средний возраст составил 31,3–32,7 года. Среди показаний к преиндукции основными были тенденция к перенашиванию, преэклампсия, гестационный сахарный диабет и гипертензия.

Средний срок преиндукции в группе мифепристона составил 39 недель + 5 дней, динопростона – 39 недель + 2 дня, 40 недель + 3 дня. Выбор указанных сроков индукции был обусловлен высоким перинатальным и акушерским риском. В группе мифепристона 41% пациенток получили одну дозу, 59% пациенток – две дозы. В группе динопростона 82,8% пациенток потребовалась только одна доза препарата, 17,2% – две дозы. Преждевременный разрыв плодных оболочек при индукции мифепристоном наблюдался у 51% пациенток, механическими средствами – у 40%, при индукции вагинальной системой с динопростонам – у 35% пациенток. Отсутствие эффекта при индукции с применением мифепристона отмечалось в 35% случаев, при использовании механических расширителей – в 60%, а при использовании вагинальной системы с динопростонам (Цервидил) – только в 18,3%.

Операция кесарева сечения выполнена 40% пациенток группы мифепристона, 60% – группы механической индукции и 14% – группы динопростона. При этом в группе мифепристона основным показанием к проведению операции был дистресс плода (37,5%), тогда как в группе динопростона он был причиной проведения кесарева сечения лишь в 3,2% случаев. Причиной оперативного родоразрешения также стала

первичная слабость родовой деятельности: в группе мифепристона у 12,5% пациенток, в группе динопростона – у 2,2% пациенток. Отсутствие эффекта от преиндукции на фоне применения мифепристона зафиксировано в 35% случаев, при использовании динопростона – в 8,6%.

В рамках исследования сравнивали продолжительность первого, второго и третьего периода родов у первородящих и повторнородящих при проведении индукции препаратами мифепристон и динопростон. В целом данные показатели были схожи в обеих группах и находились в рамках физиологических интервалов. Общая продолжительность родов в группе пациенток, получавших динопростон, была ниже, чем в группе мифепристона.

В исследовании оценили перинатальные исходы в группе пациенток, получавших вагинальную систему с динопростонам. Средняя масса новорожденного составила 3490 г, средний рост – 53 см, средняя оценка по шкале Апгар на первой и пятой минуте – 8,1 и 8,8 балла соответственно. Родовых травм и перинатальных потерь не зарегистрировано.

В отличие от других групп пациенток осложнения послеродового периода у пациенток, получавших динопростон (Цервидил), были только первой степени. Случаев послеродового эндометрита не зафиксировано.

Далее докладчик остановился на вопросах безопасности преиндукции. Он представил клинический случай 35-летней пациентки, которая поступила в плановом порядке в родильный дом для подготовки шейки матки к родам и родоразрешению. Беременность протекала без особенностей. На сроке 40 недель 4 дня пациентке выполнена преиндукция мифепристоном дважды. На сроке 40 недель 6 дней введен интрацервикально динопростон (Препидил) в форме геля. Через две минуты после введения состояния пациентки резко ухудшилось. Зарегистрированы анафилактическая реакция, отек Квинке, бронхоспазм, острая гипоксия плода. Были применены противошо-

ковая терапия, экстренное кесарево сечение. Ребенок родился в тяжелой асфиксии с оценкой по шкале Апгар на первой минуте – 4 балла, была применена искусственная вентиляция легких. Женщине выполнена релапаротомия, общая кровопотеря составила 9 л. Пациентку перевели в перинатальный центр, где она находилась 12 суток. К аппарату искусственной вентиляции легких была подключена в течение двух суток. В послеоперационном периоде у пациентки развилась острая почечная недостаточность. Выполнено пять сеансов экстракорпоральной гемокоррекции, два сеанса гемодиализа. Таким образом, осложнениями стали полиорганная недостаточность, острая почечная недостаточность, гематома забрюшинного пространства. На 14-е сутки функция почек восстановилась.

По словам профессора, данный клинический случай наглядно демонстрирует редкие, но возможные побочные эффекты простагландина E2 динопростона в форме геля, введенного интрацервикально. В инструкции к препарату динопростона для интрацервикального введения среди побочных эффектов терапии со стороны матери упоминается возможность развития таких жизнеугрожающих состояний, как разрыв матки, отслойка плаценты, эмболия околоплодными водами, анафилактические реакции, анафилактоидные реакции. Со стороны плода – дистресс-синдром, изменение сердцебиения плода, мертворождаемость, снижение оценки состояния новорожденного по шкале Апгар ниже 7 баллов. В отличие от динопростона для интрацервикального введения вагинальная система, содержащая динопростон с контролируемым высвобождением (Цервидил), характеризуется лучшей переносимостью и отсутствием таких серьезных нежелательных явлений, как эмболия околоплодных вод, отслойка плаценты и мертворождаемость.

Результаты многочисленных исследований показали, что использование вагинальной системы снижает потребность в акушерских

вмешательствах, сокращает интервал между индукцией и родоразрешением и позволяет уменьшить срок пребывания в стационаре<sup>1</sup>. Эффективность и безопасность вагинальной системы с контролируемым высвобождением динопростона превышает

таковые других методов медикаментозной и механической индукции<sup>2</sup>. В заключение профессор В.Б. Цхай отметил, что однократное применение вагинальной системы Цервидил, содержащей 10 мг динопростона с контролируемым высвобождением,

позволяет в большинстве случаев эффективно подготовить родовые пути к родам. Препарат удобен в применении, характеризуется меньшим риском развития осложнений в родах по сравнению с пероральным мифепристоном.

### Элективная индукция родов в современном акушерстве. Аргументы за и против

Как отметила д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Казанской государственной медицинской академии – филиала Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Татьяна Петровна ЗЕФИРОВА, несмотря на современную парадигму уменьшения медицинских вмешательств при проведении родов у здоровых женщин и сохранения естественного процесса родов, индукция родов остается одной из самых распространенных процедур в современном акушерстве. Частота индуцированных родов в развитых странах составляет 20–30% родоразрешений. За период с 1990 по 2017 г. в США процент одноплодных первых родов между 37-й и 39-й неделями беременности увеличился с 38,5 до 49,5%. Изменения вызваны увеличением количества индуцированных родов и смещением использования метода кесарева сечения в сторону более ранних сроков беременности. При этом родоразрешение до 39-й недели имеет место и среди женщин с низким риском, без показаний к индукции. К причинам увеличения числа программированных родов можно отнести увеличение среднего возраста беременных, рост числа женщин с высоким перинатальным и акушерским риском, высокий процент

экстрагенитальной патологии (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение) и осложнений беременности, а также рост элективной индукции родов.

Под элективной индукцией родовой деятельности подразумевается решение об индукции родов без медицинских показаний, по желанию врача или женщины.

В последние десятилетия в ряде стран проведены исследования эффективности и безопасности индукции родов для матери и ребенка. Результаты исследований весьма противоречивы. Так, в рандомизированном многоцентровом исследовании ARRIVE отмечались положительные исходы индуцированных родов в отношении снижения частоты операций кесарева сечения и количества гипертензивных расстройств у женщин. Однако возникает вопрос, можно ли экстраполировать полученные результаты на разные популяции женщин, ведь условия исследования могут не отражать данные обычной реальной практики. В частности, частота операций кесарева сечения в исследовании отличалась от фактического распространения этого метода.

По данным другого исследования с участием 55 694 женщин, элективная индукция родов связана с повышением частоты оперативных

вагинальных родов у первородящих. У повторнородящих частота кесарева сечения не различалась при плановой индукции и спонтанных родах. Кроме того, элективная индукция родов была обусловлена увеличением времени от госпитализации до родов как у первородящих, так и у повторнородящих. Авторы исследования не пришли к определенным выводам о пользе полученной информации для использования в клинической практике<sup>3</sup>.

В 2023 г. были опубликованы результаты метаанализа 1 625 899 одноплодных родов, индуцированных на сроке 39 недель. Показано, что индукция родов ассоциируется со снижением вероятности тяжелых травм промежности, частоты оперативных вагинальных родов, макросомии, а также уменьшением риска низкой оценки новорожденного по шкале Апгар и снижением риска экстренного проведения кесарева сечения у повторнородящих. Однако у первородящих увеличивается частота дистоции плечиков<sup>4</sup>.

В аспекте результатов современных исследований, включая исследование ARRIVE, Американская коллегия акушеров-гинекологов (ACOG) и Общество медицины матери и плода (SMFM) выступили программные заявления, поддерживающие индукцию родов без каких-либо медицинских показаний как «разумный вариант» на сроке 39 недель у нерожавших женщин. В связи с этим интерес представ-

<sup>1</sup> Facchinetti F, Venturini P, Verocchi G., Volpe A. Comparison of two preparations of dinoprostone for pre-induction of labour in nulliparous women with very unfavourable cervical condition: A randomised clinical trial. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2005; 119 (2): 189–193.

<sup>2</sup> Sulaiman S., Sivaranjani S., Razali N., et al. Foley catheter compared with controlled release dinoprostone vaginal insert for labor induction after one previous cesarean delivery: A randomized trial. Int. J. Gynaecol. Obstet. 2023; 160 (3): 814–822.

<sup>3</sup> Souter V., Painter I., Sitcov K., Caughey A.B. Maternal and newborn outcomes with elective induction of labor at term. Am. J. Obstet. Gynecol. 2019; 220 (3): 273.e1–273.e11.

<sup>4</sup> Hong J., Atkinson J., Mitchell A.R., et al. Comparison of maternal labor-related complications and neonatal outcomes following elective induction of labor at 39 weeks of gestation vs expectant management. JAMA Netw. Open. 2023; 6 (5): e2313162.



## XVII Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»

ляет сравнительный анализ характеристики родов за год до и после принятия новой 39-недельной активной индуцированной политики среди выделенной популяции женщин (5200 родов). Установлено, что частота индуцированных родов среди пациенток со сроком гестации 39 недель увеличилась с 19,2 до 40%. Вероятность проведения операции кесарева сечения в целом не изменилась. Продолжительность пребывания в клинике значительно возросла. Показано также, что заболеваемость хориоамнионитом увеличилась, в то время как частота других материнских и неонатальных патологий не изменилась<sup>5</sup>.

По мнению профессора Т.П. Зефировой, данные исследований не дают прямых ответов на вопросы о целесообразности и безопасности активной индукции родов. Безусловно, к доказанным плюсам индукции можно отнести стимуляцию родоразрешения на фоне зрелой шейки матки. Как известно, созревание шейки матки – важная детерминанта успешных родов, как индуцированных, так и спонтанных.

Для оценки степени созревания шейки матки используют шкалу

Бишопа. Дополнительно можно определять степень анатомического изгиба матки (маточно-цервикальный угол). По некоторым данным, этот метод в сочетании с оценкой по шкале Бишопа показал более высокую эффективность в прогнозировании успешной индукции родов.

Китайские исследователи для прогнозирования неудач спонтанных родов у первородящих предлагают номограмму, учитывающую сумму показателей: оценку по Бишопу, маточно-цервикальный угол, окружность головы плода, индекс массы тела женщины.

Кроме того, оценить качество шейки матки можно с помощью эластографического исследования.

Сегодня для подготовки шейки матки к родам применяют механические и фармакологические методы. В качестве фармакологических препаратов в нашей стране для индукции родов используют простагландин E2 динопростон и антигестаген мифепристон. Можно также использовать комбинации различных способов, например динопростон и катетер Фолея.

По словам докладчика, в отечественной акушерской практике для подго-

товки шейки матки к родам появился новый эффективный и безопасный метод – вагинальная система с динопростомом. Ее использование позволяет обеспечить нормальное течение спонтанных родов, а также эффективно провести индуцированные роды. Вагинальная система предназначена для стимуляции созревания шейки матки у беременных в возрасте старше 18 лет на сроке гестации от 37 недель при наличии медицинских показаний для индукции родовой деятельности. Каждая терапевтическая вагинальная система состоит из бионеразлагаемого полимерного вкладыша с лекарственным препаратом, содержащего 10 мг динопростона, диспергированного по всей матрице. Вагинальная система удобна в применении, легко устанавливается и извлекается, отличается хорошей переносимостью. Резюмируя сказанное, профессор Т.П. Зефилова подчеркнула, что применение вагинальной терапевтической системы с динопростомом с контролируемым высвобождением – перспективный метод подготовки шейки матки и индукции родов в отечественной акушерской практике.

опыта в области здравоохранения (NICE), 8 баллов и более по шкале Бишопа – показатель высокого риска спонтанных родов или ответа на вмешательство, связанные с индукцией, 6 баллов и менее – показатель необходимости проведения мероприятий по подготовке шейки матки к индукции родов. Аналогичный подход использует ACOG и Общество акушеров и гинекологов Канады (SOGC), которые также классифицируют степень зрелости шейки матки на зрелую и незрелую. Незрелой шейка матки считается при 6 баллах и менее по шкале Бишопа, что является показанием к мероприятиям для подготовки шейки матки к индукции и противопоказанием к проведению амниотомии и введению окситоцина.

### Опыт применения релизинг-системы с динопростомом для индукции родов

Руководитель перинатального центра Городской клинической больницы № 67 им. Л.А. Ворохобова, к.м.н. Сергей Валерьевич МАРТИРОСЯН рассказал о практическом опыте применения релизинг-системы с динопростомом для индукции родов.

В 1964 г. Эдвард Бишоп опубликовал десятибалльную классификацию оценки степени зрелости шейки матки с целью определения вероятности спонтанного наступления родов, предикторов успешности ответа на вмешательство, связанных с индукцией родов, и определения необходимости использования различных методов

подготовки шейки матки (фармакологических или механических).

Сегодня модифицированная шкала оценки степени зрелости шейки матки Бишопа широко используется в акушерской практике. Следует отметить, что в нашей стране интерпретация показателей по данной шкале несколько иная, чем в других странах. Согласно большинству международных рекомендаций, при определении степени зрелости шейки матки по шкале Бишопа выделяют две категории – зрелую и незрелую. Так, в соответствии с руководством Национального института передового

<sup>5</sup> Jelks A.T., Yao A.Q., Byrne J.D. Impacts of embracing 39-week elective induction across an entire labor and delivery unit. AJOG Glob. Rep. 2023; 3 (2): 100168.

В российской классификации присутствует промежуточная стадия – созревающая шейка матки. Во многом это создает сложности в клинической практике при определении показаний к преиндукции родов.

Докладчик отметил, что в настоящее время в мире не существует единой четкой передовой практики в отношении выбора способа преиндукции родов. В целом приемлемыми считаются как механические, так и фармакологические методы. Выбор основывается на предпочтениях врачей и пациенток. При этом учитывается наличие противопоказаний к определенным методам преиндукции в разных когортах пациенток.

Сегодня хорошо изучена роль простагландина в процессах созревания шейки матки. К противопоказаниям к применению простагландинов для индукционной терапии относится рубец на матке после операции кесарева сечения, поскольку их использование ассоциируется с увеличением риска разрыва матки. Регулярная маточная активность (более двух маточных сокращений за десять минут) также является противопоказанием к использованию простагландинов для индукции родов.

Данные литературы свидетельствуют о высокой эффективности простагландинов в преиндукции/индукции родов, а также повышении вероятности родоразрешения через естественные родовые пути в течение 12 и/или 24 часов.

Динопростон – синтетический аналог простагландина E<sub>2</sub> – хорошо известен как стимулятор родовой деятельности. В современной акушерской практике для индукции родов его используют в виде геля (вагинально и интрацервикально) или инновационной форме – в виде вагинального pessaria с контролируемым высвобождением. В метаанализе 15 рандомизированных клинических исследова-


ний сравнивали эффективность и безопасность вагинальной релизинг-системы, содержащей 10 мг динопростона с контролируемым высвобождением, и динопростона в форме геля для индукции родов<sup>6</sup>. В группах пациенток, у которых применяли pessarium с динопростонам 10 мг, отмечалось увеличение количества вагинальных родов, снижение частоты операций кесарева сечения и длительности госпитализации по сравнению с гелевой формой динопростона.

Исследования безопасности вагинального pessaria с динопростонам 10 мг показали преимущества данной формы препарата в отношении снижения риска нежелательных явлений, связанных с применением простагландинов. Релизинг-система с динопростонам 10 мг характеризуется хорошим профилем безопасности и удобством применения.

Релизинг-система с динопростонам (Цервидил) – вагинальный инсерт, который содержит 10 мг динопростона. Скорость высвобождения динопростона – 0,3 мг/ч. Инсерт удаляют в активной фазе родов или через 24 часа после установки. Преимуществом препарата динопростон в форме вагинального pessaria в сравнении с гелем считается возможность удаления при развитии тахисистолии или других аномалиях сердечного ритма плода. С.В. Мартиросян представил результаты одноцентрового когортного исследования, проведенного на базе перинатального центра Городской клинической больницы № 67 им. Л.А. Ворохобова. Цель исследования – сравнить дилатационный катетер (изолированно) и комбинацию дилатационного катетера с вагинальным инсертом с динопростонам на этапе подготовки шейки матки и индукции родов у 100 беременных. Критериями включения в исследование были срок беременности свыше 37 недель, первородящие пациентки,

интактные плодные оболочки, отсутствие рубца на матке после кесарева сечения, незрелая шейка матки (6 баллов и менее), живой плод в головном предлежании, отсутствие врожденных пороков развития плода. Пациенток разделили на две равные группы: в одной применяли дилатационный катетер (изолированно), в другой – комбинацию дилатационного катетера с вагинальным инсертом с динопростонам.

По данным исследования, среднее время до родов через естественные родовые пути при сочетании дилатационного катетера с динопростонам составило 21 час, только с дилатационным катетером – 31 час. В группе комбинированной индукции роды в течение 12 часов начались в 8% случаев, в течение 24 часов – в 73%. В группе дилатационного катетера эти показатели составили 4 и 29% соответственно. В группе, в которой применяли комбинацию дилатационного катетера и инсера с динопростонам, роды через естественные родовые пути в течение 12 ч произошли в 8% случаев, тогда как у пациенток на фоне использования изолированного дилатационного катетера – в 4% случаев, роды через естественные родовые пути в течение 24 часов – в 58 и 25% случаев соответственно. Анализ полученных данных показал значительное преимущество использования комбинации дилатационного катетера и инсера с динопростонам по сравнению с дилатационным катетером в отношении созревания шейки матки и эффективной индукции родов.

В заключение С.В. Мартиросян подчеркнул, что применение современной вагинальной системы с динопростонам для подготовки шейки матки и индукции родов является безопасным и эффективным методом, позволяющим улучшить материнские и перинатальные исходы, снизить риск осложнений и частоту оперативных вмешательств. 

<sup>6</sup> Zeng X., Zhang Y., Tian Q., et al. Efficiency of dinoprostone insert for cervical ripening and induction of labor in women of full-term pregnancy compared with dinoprostone gel: a meta-analysis. Drug. Discov. Ther. 2015; 9 (3): 165–172.

# Цервидил®

ДИНОПРОСТОН

система вагинальная  
терапевтическая, пессарий

## Контроль на кончиках ваших пальцев



## Для подготовки шейки матки и индукции родовой деятельности

**Торговое название:** Цервидил, 10 мг, система вагинальная терапевтическая

**Международное непатентованное название:** динопростон

**Лекарственная форма:** система вагинальная терапевтическая (СВТ)

**Фармакотерапевтическая группа:** родовой деятельности стимулятор – простагландин Е2 аналог синтетический

**Код АТХ:** G02AD02

**Показания к применению:**

Стимуляция созревания шейки матки у беременных в возрасте от 18 лет и старше при сроке гестации  $\geq 37$  недель, при наличии медицинских или акушерских показаний для индукции родовой деятельности.

**Режим дозирования:**

Препарат Цервидил следует применять только под контролем лечащего врача, имеющего соответствующую специализацию. СВТ вводят в верхнюю часть заднего свода влагалища. Систему следует извлечь через 24 ч независимо от степени созревания шейки матки. Не ранее чем через 30 минут после извлечения СВТ рекомендуется вводить окситоцин.

**Способ применения:**

СВТ Цервидил необходимо достать из морозильной камеры непосредственно перед введением. Не требует предварительного размораживания! Рекомендуется вводить в задний свод влагалища. Не следует запрокидывать конец ленты во влагалище. После введения системы женщина должна оставаться в лежачем положении на спине в течение 20–30 минут. Извлечение произвести быстро и легко, потянув за хвостовую часть (ленту для извлечения). Необходимо извлечь СВТ для прекращения поступления динопростона, когда созревание шейки матки считается полным или по следующим причинам:

- Начало родовой деятельности
- Самопроизвольный разрыв плодных оболочек или амниотомия
- Признаки гиперстимуляции или гипертонических сокращений матки
- Признаки дистресса плода
- Тошнота, рвота, артериальная гипотензия или тахикардия у матери
- Не менее, чем за 30 минут до начала внутривенной инфузии окситоцина

**Противопоказания:**

- Гиперчувствительность к динопростону или к любому из вспомогательных веществ препарата
- Начало родовой деятельности
- Если ранее был введен окситоцин или другие стимуляторы родовой деятельности
- Предлежание плаценты или вагинальное кровотечение неясной этиологии во время настоящей беременности
- Длительные сильные сокращения матки
- Хирургические вмешательства на матке в анамнезе
- Клинически и анатомически узкий таз
- Неправильное предлежание плода
- Подозрения или клинические проявления признаков дистресс-синдрома плода
- Обширные хирургические вмешательства в анамнезе или разрыв шейки матки
- Воспалительные заболевания органов малого таза

**Особые указания и методы предосторожности:**

См. полную инструкцию к применению

**Срок годности: 3 года**

Условия хранения: хранить в морозильной камере при температуре от  $-25^{\circ}\text{C}$  до  $-10^{\circ}\text{C}$  в оригинальной упаковке (саше в картонной пачке)

Литература: Инструкция по применению препарата Цервидил Рег. Уд.№ЛП-000106 от 24.12.2020.

Перед применением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению. Информация для специалистов здравоохранения.

ООО «Ферринг Фармасетиналз»  
115054, г. Москва, Космодамианская наб., 52 стр. 4  
Тел: (495) 287-0343; факс: (495) 287-0342  
E-mail: info@ferring.ru; сайты: ferring.com, akusheronline.ru

На правах рекламы