

## Руководства, содержащие рекомендации по использованию акушерских пессариев:

1. *Акушерство: национальное руководство / Коллектив авторов. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1200 с.*
2. *Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. – 4-е изд., перераб. и доп. /под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1024 с.: илл.*

Ниже представлена информация, основанная на данных литературы, с высоким уровнем доказательств и указанием достоверности рекомендаций (табл.).

**Таблица:** Градация достоверности рекомендаций и убедительности доказательств

Градация достоверности рекомендаций	Уровень убедительности доказательств	Вид исследования
<b>A</b>	1a	Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (испытаний) РКИ
	1b	Отдельное рандомизированное контролируемое исследование
<b>B</b>	2a	Систематический обзор когортных исследований
	2b	Отдельное когортное исследование
	3a	Систематический обзор исследований «случай-контроль»
	3b	Отдельное исследование «случай-контроль»
<b>C</b>	4	Исследование серии случаев
<b>D</b>	5	Мнение эксперта, не подвергавшееся прицельной критической оценке либо основанное на результатах пробного исследования или на «основных принципах»

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ДОСРОЧНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

### Оценка степени риска спонтанной потери беременности во втором триместре и преждевременных родов

Несмотря на хорошо разработанную систему балльной оценки риска преждевременных родов, у большинства женщин не удается выявить ни одного фактора риска вплоть до начала преждевременной родовой деятельности.

Единственные методы исследования, которые могут уточнить угрожающую потерю беременности и преждевременных родов – это определение фибронектина во влагалищном отделяемом, которого в норме быть не должно (только перед родами) и трансвагинальное УЗИ с определением длины шейки матки. Учитывая то, что фибронектиновый тест пока недоступен в РФ, единственным диагностическим критерием является измерение длины шейки матки и оценка внутреннего зева.

Мониторинг включает осмотр шейки матки в зеркалах, влагалищное исследование, ультразвуковую оценку длины шейки матки и состояния внутреннего зева при трансвагинальном УЗИ (включая функциональную пробу – УЗИ в положении стоя) [25].

#### В норме длина шейки матки составляет:

- до 20 нед беременности длина шейки матки переменна, но в среднем в 13-14 недель составляет 36-37 мм, 15-19 недель – 38-39 мм, 20-24 недель – 40 мм;
- в сроках 24-28 нед средние показатели длины шейки матки составляют 35-45 мм;
- на сроке 32 нед и более — 35-30 мм.

#### Критерии диагностики риска потери беременности и преждевременных родов при короткой шейке матки:

1. Выраженная динамика состояния шейки матки (размягчение и укорочение вагинальной порции шейки матки при осмотре шейки матки в зеркалах и влагалищном исследовании).
2. Укорочение шейки матки при трансвагинальном ультразвуковом исследовании:
  - при длине цервикального канала более 3 см, риск развития преждевременных родов в ближайшую неделю составляет всего 1%;

- длина 2,5 см и менее увеличивает риск развития ПР в 6 раз;
  - при длине шейки матки менее 15 мм роды происходят в течение 3-х дней [26-27].
3. Расширение внутреннего зева (диаметр его более 2 см) и канала шейки матки, пролабирование плодного пузыря [28].
  4. При двойне длина шейки матки  $\leq 25$  мм в сроке 27 недель является предиктором преждевременных родов до 34 недель [11].
  5. Отрицательный результат теста на зрелость шейки матки Actim-Partus свидетельствует о низком риске развития преждевременных родов в ближайшие 7 дней (точность теста – 94%) [29].

#### Комментарии

Длина шейки матки менее 25 мм, начиная от 16 недель гестации, является предиктором преждевременного завершения беременности (А, 1а) [30].

Существует обратная корреляция между длиной шейки матки и частотой преждевременных родов. Высокая отрицательная прогностическая ценность позволяет избежать ненужных вмешательств, таких как токолиз или серкляж при беременности высокого риска. В противоположность этому, длина 25 мм или менее при беременности 28-30 недель связана со значительно повышенной частотой ПР. Исследования женщин с высоким риском развития ПР показали высокую чувствительность и высокую прогностическую ценность, однако в группах с низким уровнем риска они не показали высокой чувствительности [25].

До беременности в 14 недель нижний сегмент матки не сформирован и укорочение шейки матки определить трудно. Постепенное прогрессирующее укорочение длины шейки матки в норме наблюдается после 30 недель [31].

У пациенток, страдающих привычным невынашиванием беременности (ПНБ) во II триместре, или известными факторами риска без ПНБ, во время беременности еженедельно или с интервалом в 2 нед следует проводить мониторинг состояния шейки матки начиная с 14 нед при подозрении на посттравматическую ИЦН и с 15-16 нед – при подозрении на функциональную ИЦН или при наличии факторов риска. Для пациентов с более низким риском (конизация шейки матки в анамнезе, пороки развития матки), первое исследование можно выполнять в течение от 18 до 20 недель.

При двойне длина шейки матки  $\leq 25$  мм в сроке 27 недель является предиктором ПР до 34 недель (чувствительность 77%, специфичность 86%, положительная прогностическая ценность 34%) [11].

Отрицательная прогностическая ценность длины шейки матки была также оценена. Было высказано предположение, что длина шейки  $> 35$  мм при беременности 24-26 недель предсказывает, что беременность двойней будет реализована в срок (отрицательная прогностическая ценность 86-97%) [28]. Однако соотношение вероятности от 0,54 до 0,80 указывает, что этот показатель не является ценным предиктором родов в сроке  $\geq 35$  недель [28].

У женщин с низким уровнем риска, существует повышенный риск ПР при уменьшении длины шейки матки. Тем не менее, только 25% женщин с низким уровнем риска и с укороченной шейкой имеют ПР [32]. В то же время в популяции с высокой степенью риска, 75% женщин имеют ПР при укорочении шейки менее 25 мм в 16-18 недель [33]. Визуализация пролабирования плодного пузыря за внутренний зев шейки матки является независимым фактором риска развития ПР. Даже минимальное (1-4 мм) расширение канала шейки матки связано с повышенным риском досрочного прерывания беременности [34].

## ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ ДОСРОЧНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

### ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА В ГРУППАХ БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО РИСКА

#### Эффективно:

- Использование цервикального пессария (A-1b) [38-41];
- Назначение прегненов (A-1a) [42-47];
- Скрининг и лечение инфекций (бессимптомной бактериурии (A-1a), сифилиса, гонококковой и хламидийной инфекции (B-2a) [48-49];
- Скрининг и лечение бактериального вагиноза у беременных с преждевременными родами в анамнезе (B-2a) [1, 10].
- Внедрение антитабачных программ среди беременных (A-1a) [50-51];

#### Противоречиво:

- Использование серкляжа [8, 30, 52-53];
- Лечение заболеваний пародонта во время беременности [54-55];

#### Неэффективно:

- Профилактическое использование токолитиков (A-1b) [56];
- Назначение белково-энергетических пищевых добавок в период беременности (A-1a) [57];
- Дополнительный прием кальция во время беременности (A-1a) [58];
- Дополнительный прием антиоксидантов – витаминов С и Е (A-1a) [59];
- Постельный режим (Bed-rest) (A-1b) [60];
- Гидратация (усиленный питьевой режим, инфузионная терапия), используемая в целях нормализации фетоплацентарного кровотока для предотвращения преждевременных родов (A-1b) [61];
- Назначение антибиотиков при целом плодном пузыре (даже при положительном фибронектиновом тесте) (A-1a) [52];

- Рутинный скрининг на патогенную и условно-патогенную флору нижних отделов половых путей у беременных из группы низкого риска преждевременных родов, а также антибактериальная терапия при колонизации (А-1а) [1].

## ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

### Акушерский пессарий

В сроках от 18 до 22 недель беременности с укороченной шейкой матки длиной 25 мм или менее использование акушерского пессария связано со статистически значимым уменьшением частоты спонтанных ПР менее 37 недель гестации по сравнению с выжидательной тактикой (А-1b) [38, 62-63].

Применение пессария является приемлемым и перспективным в снижении ПР у женщин высокой степени риска при длине шейки матки менее 15 мм (В-3а) [64].

Использование пессария связано с более низким уровнем рождаемости до 34 недель, чем при использовании прогестерона и серкляжа (В-3а) [39].

При одноплодной беременности с укороченной шейкой, пессарий способствует пролонгированию беременности за счет механического воздействия на маточно-шеечный угол (С-4) [65]. При этом он снимает прямое давление на внутренний зев шейки матки [66].

При беременности двойней ни внутримышечное введение 17 $\alpha$ -гидроксипрогестерона капроата, ни серкляж не продемонстрировали эффекта, тогда как вагинальный прогестерон и шейный пессарий dr. Arabin снижали частоту ПР [41].

Отмечена высокая удовлетворенность пациенток методом [3].

Возможное увеличение выделений из влагалища на фоне пессария не связано с повышением инфицированности [40, 67].

Пессарий Arabin сертифицирован для профилактики спонтанных ПР в странах Европейского Союза (идентификационный номер: директива EN ISO13485 MED/CERT0482 Совет 93/42/ЕЕС по медицинскому оборудованию).

## Литература

1. McDonald H.M., Brocklehurst P., Gordon A. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Cochrane Database Syst. Rev. 2007; 1: CD000262.
2. Slattery M.M., Morrison J.J. Preterm delivery./Lancet.2002;360: 489–1497.
3. Goya M, Pratcorona L, Merced C, et al. on behalf of the Pesario Cervical para Evitar Prematuridad (PECEP) Trial Group. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. Lancet 2012; 379: 1800-1806.
4. Davey MA, Watson L, Rayner JA, Rowlands S Risk scoring systems for predicting preterm birth with the aim of reducing associated adverse outcomes (Review) (The Cochrane Collaboration in The Cochrane Library, 2011, Issue 11. <http://www.thecochranelibrary.com>).
5. Норвитц Эррол Р. Наглядные акушерство и гинекология: пер. с англ. / Р. Норвитц Эррол, О. Шордж Джон. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 144 с.
6. Ance P.Y., Lelong N, Papiernik E. et al. History of induced abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: results of the EUROPOP survey. Hum. Reprod. 2004;19:734-740.
7. Mercer B.M., Goldenberg R.L., Meis P.J., et al. The preterm prediction study: prediction of pre-term premature rupture of membranes through clinical findings and ancillary testing.// Am. J. Obstet. Gynecol. 2000; 183; 738–745.
8. Berghella V. Cervical insufficiency. 2014 UpToDate, Inc. <http://www.uptodate.com/>
9. Krupa F.G., Faltin D., Cecatti J.G., et al Predictors of preterm birth. Int. J. Gynaecol. Obstet. 2006; 94; 5–11.
10. Swadpanich U., Lumbiganon P., Prasertcharoensook W., Laopaiboon M. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD006178.
11. Vayssi re C, Favre R, Audibert F, Chauvet MP, Gaucherand P et al. Cervical assessment at 22 and 27 weeks for the prediction of spontaneous birth before 34 weeks in twin pregnancies: is transvaginal sonography more accurate than digital examination? Ultrasound Obstet Gynecol 2005;26:707-712.
12. Smith G.C., Pell J.P., Dobbie R. Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death: retrospective cohort study. Br. Med. J. 2003;327:313.
13. Rich-Edwards J. W., Grizzard T. A. Psychosocial stress and neuroendocrine mechanisms in preterm delivery. Am.J. Obstet. Gynecol. 2005;192(5):30–35.
14. Larsson LG, Baum J, Mudholkar GS, Srivastava DK. Hypermobility: prevalence and features in a Swedish population. Br J Rheumatol 1993; 32:116.
15. Rackow BW, Arici A. Reproductive performance of women with müllerian anomalies. Curr Opin Obstet Gynecol 2007; 19:229.
16. Fergus P. McCarthy, Ali S. Khashan, Robyn A. North, Muna B. Rahma, James J. Walker, Philip N. Baker, Gus Dekker, Lucilla Poston, Lesley M.E. McCowan, Keelin O'Donoghue, Louise C. Kenny, on behalf of the SCOPE Consortium Disclosures. Pregnancy Loss Managed by Cervical Dilatation and Curettage Increases the Risk of Spontaneous Preterm Birth. Hum Reprod. 2013;28(12):3197-3206.
17. Jakobsson M., Gissler M., Sainio S. et al. Preterm delivery after surgical treatment for cervical intraepithelial neoplasia // Obstet. and Gynecol. — 2007. — Т. 109. — С. 309–313. — PMID 17267829
18. Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, et al. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. Lancet 2006; 367:489.



19. Ortoft G, Henriksen T, Hansen E, Petersen L. After conisation of the cervix, the perinatal mortality as a result of preterm delivery increases in subsequent pregnancy. BJOG 2010; 117:258.
20. Sjoberg KD, Vistad I, Myhr SS, et al. Pregnancy outcome after cervical cone excision: a case-control study. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86:423.
21. Iwahashi M, Muragaki Y, Ooshima A, Umesaki N. Decreased type I collagen expression in human uterine cervix during pregnancy. J Clin Endocrinol Metab 2003; 88:2231.
22. Practice bulletin no. 142: cerclage for the management of cervical insufficiency. Obstet Gynecol 2014; 123:372.
23. Warren JE, Silver RM, Dalton J, et al. Collagen 1Alpha1 and transforming growth factor-beta polymorphisms in women with cervical insufficiency. Obstet Gynecol 2007; 110:619.
24. Kaufman RH, Adam E, Hatch EE, et al. Continued follow-up of pregnancy outcomes in diethylstilbestrol-exposed offspring. Obstet Gynecol 2000; 96:483.
25. Berghella V, Bega G, Tolosa JE, Berghella M. Ultrasound assessment of the cervix. Clin Obstet Gynecol 2003;46:947-962.
26. ITHE ACTIM™ PARTUS VERSUSTHE TLIQ® SYSTEM AS RAPID RESPONSE TESTS TO AID IN DIAGNOSING PRETERM LABOUR IN SYMPTOMATIC WOMEN Institute of Health Eco-nomics: Preterm Labour in Symptomatic Women: January 2008.
27. Tsoi E, Fuchs IB, Rane S, Geents L, Nicolaidis KH. Sonographic measurement of cervical length in threatened preterm labor in singleton pregnancies with intact membranes. Ultrasound Obstet Gynecol 2005;25:353-356.
28. Gibson JL, Macara LM, Owen P, Young D, Macauley J et al. Prediction of preterm delivery in twin pregnancy: a prospective, observational study of cervical length and fetal fibronectin testing. Ultrasound Obstet Gynecol 2004;23:561-566.
29. Goldenberg R.L., Rouse D.J. The prevention of premature birth. //N Engl J Med.- 1998; 339: 313-320.
30. Berghella V, Tallucci M, Desai A. Does transvaginal sonographic measurement of cervical length before 14 weeks predict preterm delivery in high-risk pregnancies? Ultrasound Obstet Gynecol 2003;21:140-144.
31. Domin CM, Smith EJ, Terplan M. Transvaginal ultrasonographic measurement of cervical length as a predictor of preterm birth: a systematic review with meta-analysis. Ultrasound Q 2010; 26: 241-48.
32. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network. N Engl J Med 1996;334:567-572.
33. Owen J, Yost N, Berghella V, Thom E, Swain GA et al. Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth. JAMA 2001;286:1340-1348.
34. Yost N for the NICHD MFMU Network: Mid-trimester vaginal sonography: Ancillary markers for spontaneous preterm birth. Am J Obstet Gynecol 2001;185:(suppl)144.
35. Heijnen E., Eijkemans, De Klerk C., et al. A mild treatment strategy for in\_vitro fertilisation: a ran-domised non-inferiority trial. //Lancet 2007; 369; 743-749.
36. Min J.K., Claman P., Hughes E., et al. Guidelines for the number of embryos to transfer following in vitro fertilization. J. Obstet. Gynaecol. Can. 2006; 28; 799-813.
37. Czeizel A.E., Dudas I., Metnecki J. Pregnancy outcomes in a randomised controlled trial of periconceptional multivitamin supplementation. Final report. Arch. Gynecol. Obstet. 1994; 255; 131-139.
38. Abdel-Aleem H, Shaaban OM, Abdel-Aleem MA. Using a cervical pessary to prevent preterm birth. Published on-line: May 31, 2013. <http://summaries.cochrane.org>.

39. Alfirevic Z, Owen J, Carreras E, Moratonas, Sharp A N, Szychowski JM, Goya M. Vaginal progesterone, cerclage or cervical pessary for preventing preterm birth in asymptomatic singleton pregnant women with history of preterm birth and a sonographic short cervix. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 41: 146–151.
40. Arabin B, Halbesma JR, Vork F, Hubener M, van Eyck J. Is treatment with vaginal pessaries an option in patients with a sonographically detected short cervix? *J Perinat Med* 2003; 31: 122–33.
41. Zork N, Biggio J, Tita A, Rouse D, Gyamfi-Bannerman C. Decreasing prematurity in twin gestations: predicaments and possibilities. *Obstet Gynecol.* 2013 Aug;122(2 Pt 1):375-9.
42. Dodd J.M., Flenady V., Cincotta R., Crowther C.A. . Prenatal administration of progesterone for preventing PTB. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006, Issue 1. Art. No.: CD004947. DOI: 10.1002/14651858.CD004947.pub2.
43. Fonseca EB, Celik E, Parra M, Singh M, Nicolaides KH for the Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *N Engl J Med* 2007; 357: 462-469.
44. Meis P.J. Society for Maternal - Fetal Medicine. 17 hydroxyprogesterone for the prevention of preterm delivery. *Obstet. Gynecol.* 2005; 105: 1128 – 1135.
45. Sanchez Ramos L., Kaunitz A.M., Delke I. Progesterone agents to prevent preterm birth: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Obstet. Gynecol.* 2005; 10; 273–279.
46. Romero R, Nicolaides K, Conde-Agudelo A, Tabor A, O'Brien JM, Cetingoz E, Da Fonseca E, et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol.* 2012 Feb;206(2):124.e1-19.
47. Su L.L., Samuel M., Chong Y.S. Progesterone agents for treating threatened or established pre-term labour. *Cochrane Data base of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD006770. DOI: 10.1002/14651858.CD006770.pub2.
48. Goldenberg R.L., Culhane J.F., Iams J.D., Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008; 371: 75 – 84.
49. Martin D.H., Eschenbach D.A., Cotch M.F., et al. Double-blind placebo-controlled treatment trial of Chlamydia trachomatis endocervical infections in pregnant women. *Inf. Dis. Obstet. Gynecol.* 1997; 5:10 – 17.
50. Европейский Проект Сотрудничества ВОЗ по Снижению Табачной Зависимости. Научно обоснованные рекомендации ВОЗ по лечению табачной зависимости. Европейское бюро ВОЗ, 2001.
51. Lumley J., Oliver S.S., Chamberlain C., et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004; 4: CD001055.
52. Andrews W.W., Sibai B.M., Thom E.A., et al. Randomized clinical trial of metronidazole plus erythromycin to prevent spontaneous preterm delivery in fetal fibronectin-positive women. *Obstet Gynecol* 2003; 101; 847–855.
53. Berghella V., Odibo A., To M.S., Rust O., Althuisius S.M. Cerclage for short cervix on ultrasonography; meta-analysis of trials using individual patient data. *Obstet. Gynecol.* 2005; 106:181–189.
54. Polyzos N.P. et al. Effect of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: a metaanalysis of randomized trials. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2009; Vol. 200; p. 225-232.
55. Vergnes J.N., Sixou M. Preterm low birthweight and paternal periodontal status: a meta-analysis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2007; 196; 135.e1–e7.
56. Kenyon S., Boulvain M., Neilson J.P. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Data base Syst. Rev.* 2003, Issue 2. Art. No.: CD001058. DOI: 10.1002/14651858.CD001058.
57. Kramer M.S., Kakuma R. Energy and protein intake in pregnancy. *Cochrane Database of Syst. Rev.* 2003; 4; CD000032.



58. Hofmeyr G.J., Atallah A.N., Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006; 3; CD001059.
59. Rumbold A.R., Crowther C.A., Haslam R.R., et al. Vitamins C and E and the risks of preeclampsia and perinatal complications. // *N. Engl. J. Med.* 2006; 354; 1796–1806.
60. Sosa C., Althabe F., Belizán J., Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing pre-term birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD003581. DOI: 10.1002/14651858.CD003581.pub2
61. Stan C., Boulvain M., Hirsbrunner-Amagbaly P., Pfister R. Hydration for treatment of preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 2.
62. Abdel-Aleem H., Shaaban O.M., Abdel-Aleem M.A. Cervical pessary for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 9. Art. No.: CD007873. DOI: 10.1002/14651858.CD007873.pub2
63. Hui SY, Chor CM, Lau TK, Lao TT, Leung TY. Cerclage pessary for preventing preterm birth in women with a singleton pregnancy and a short cervix at 20 to 24 weeks: a randomized controlled trial. *Am J Perinatol* 2012. published online Aug 20.
64. Ting YH, Lao TT, Law LW, Hui SYA, Chor CM, Lau TK, Leung TY. Arabin cerclage pessary in the management of cervical insufficiency. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians. 08/2012; DOI:10.3109/14767058.2012.712559.
65. Cannie MM, Dobrescu O, Gucciardo L, Strizek B, Ziane S, Sakkas E, Schoonjans F, Divano L, Jani JC. Arabin cervical pessary in women at high risk of preterm birth: a magnetic resonance imaging observational follow-up study. Ultrasound Obstet Gynecol. 2013 Oct;42(4):426-33.
66. Sophie M. S. Liem, Mariëlle G. van Pampus, Ben Willem J. Mol, and Dick J. Bekedam. Cervical Pessaries for the Prevention of Preterm Birth: A Systematic Review. *Obstetrics and Gynecology International.* Volume 2013 (2013), Article ID 576723, 10 p.
67. Jorde A, Kastli K, Hamann B, Pockrandt H. Detection of changes of the vaginal flora due to supporting pessary treatment during pregnancy. *Zentralblatt für Gynäkologie*, vol. 105, no. 13, pp. 855–862, 1983.
68. Fonseca E.B., Celik E., Parra M., Singh M., Nicolaides K.H.; Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. // *N. Engl. J. Med.* 2007; 357:462–69.
69. Khodzhaeva Z. Sukhikh G. et al. Experience with cervical cerclage in multiple pregnancies. *The journal of Maternal-Fetal @ Neonatal Medicine*, Vol. 21; 2009.
70. Guzman ER, Houlihan C, Vintzileos A, Ivan J, Berito C et al. The significance of transvaginal ultrasonographic evaluation of the cervix in women treated with emergency cerclage. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:471-476.
71. Winnie Saumu M, Karau PB, Mutwiri M, Julius O, Geoffrey M. Outcome And Complications In Women Undergoing Cervical Cerclage In A Tertiary Hospital In Kenya. *WebmedCentral OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY* 2010;1(9):WMC00793
72. Caritis S., Rouse D. A randomized controlled trial of 17\_hydroxyprogesterone caproate (17\_OHPC) for the prevention of preterm birth in twins. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2006; 195: S2.
73. Hassan S., Romero R., etc. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2011, 2011 Jul; 38(1):18-31.
74. Преждевременные роды. Методическое письмо МЗ РФ. – М., 2011. 30 с.
75. Brocklehurst P. Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002; (2): CD000098.
76. Donders G.G., van B.B., Caudron J. et al. Relationship of bacterial vaginosis and mycoplasmas to the risk of spontaneous abortion // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2000. – N 183. – P. 431–437.

77. Oakeshott P., Hay P., Hay S. et al. Association between bacterial vaginosis or chlamydial infection and miscarriage before 16 weeks' gestation: prospective community based cohort study // *BMJ*. – 2002. – N 325. – P. 1334–1338.
78. Ralph S.G., Rutherford A.J., Wilson J.D. Influence of bacterial vaginosis on conception and miscarriage in the first trimester: cohort study // *BMJ*. – 1999. – N 319. – P. 220–223.
79. Ефимов Б.А., Тютюнник В.Л., Бактериальный вагиноз: современный взгляд на проблему // *PMЖ*. – 2008. – Т. 16, No 1. – С. 18–22.
80. Birnbaumer D.M., Anderegg C. Sexually transmitted diseases // J.A. Marx et al. (Eds.). *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. – 7th ed. Philadelphia. – Pa: Mosby Elsevier, 2009. – Ch. 96.
81. Vida Modares Nejad, Shahla Shafaie. The Association of Bacterial Vaginosis and Preterm Labor. *JPMA* 2008; 58(3):104-106.
82. Koumans EH., Markowitz LE., Hogan V. Indications for Therapy and Treatment Recommendations for Bacterial Vaginosis in Nonpregnant and Pregnant Women: A Synthesis of Data. *CID* 2002;35(2):152-172.
83. Guaschino S<sup>1</sup>, De Seta F, Piccoli M, Maso G, Alberico S. Aetiology of preterm labour: bacterial vaginosis. *BJOG*. 2006 Dec;113 Suppl 3:46-51.
84. Screening for Bacterial Vaginosis in Pregnancy to Prevent Preterm Delivery. Recommendation Statement. U.S. Preventive Services Task Force. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>
85. Carey JC, et al. Metronidazole to prevent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis. *N Engl J Med*. 2000;342:534–40.
86. Hillier SL, Nugent RP, Eschenbach DA, et al: Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth weight infant: The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. *N Engl J Med* 1995;333:1737-1742.
87. Hauth JC, Goldenberg RL, Andrews WW, et al: Reduced incidence of preterm delivery with metronidazole and erythromycin in women with bacterial vaginosis. *N Engl J Med* 1995; 333:1732-1736.
88. Paige DM<sup>1</sup>, Augustyn M, Adih WK, Witter F, Chang J. Bacterial vaginosis and preterm birth: a comprehensive review of the literature. *J Nurse Midwifery*. 1998 Mar-Apr;43(2):83-9.
89. Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. – М., 2013. – 50 с.
90. Workowski K., Berman S. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 // *MMWR*. – 2010. – Vol. 59 (RR12). – P. 1–110. URL: <http://www.cdc.gov/mmwr>
91. Мирзабалаева А.К. Кандидоз гениталий в акушерско-гинекологической практике // *Status praesens*. – 2011. – No 2. – С. 57–60.
92. Статистические данные о курении в РФ. Роспотребнадзор. Эл. ресурс. Доступ: [http://www.russlav.ru/stat/statistika\\_kyreniya.html](http://www.russlav.ru/stat/statistika_kyreniya.html)
93. Отказ от курения во время беременности. Руководство для клинициста – как помочь беременным женщинам бросить курить. Руководство для самостоятельной подготовки и комплекс методик. Американская коллегия акушеров-гинекологов, 2011 г. (перев. с англ.) – 35 с.
94. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) Motivational interviewing: a tool for behavior change. ACOG Committee Opinion No. 423. *Obstet Gynecol* 2009;113:243-6.
95. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Smoking cessation during pregnancy. ACOG Committee Opinion №471. *Obstet Gynecol* 2010;166:1241-4.
96. Sherrard J., Donders G., White D. European (IUSTI/WHO) Guide line on the Management of Vaginal Discharge // *Int. J. STD AIDS*. – 2011. – N 22. – P. 421–429.

97. Ведение больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями: Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – М.: Деловой экспресс, 2012. – 112 с
98. Sobel J., Ferris D., Schwebke J. et al. Suppressive antibacterial therapy with 0,75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2006. – N 194. – P. 1283–1289.
99. Ayadi MF, Adams EK, Melvin CL, et al. Costs of a smoking cessation counseling intervention for pregnant women: comparison of three settings. Public Health Rep 2006; 121:120-6.
100. Gilbert A. Какие механизмы борьбы против табака являются наиболее эффективными, в том числе с точки зрения затрат? / A. Gilbert, J. Comuz // Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ. 2003. - 23 с.
101. Windsor RA, Cutter G, Morris J, et al. The effectiveness of smoking cessation methods for smokers in public health maternity clinics: A randomized trial. Am J Public Health 1985; 75:1389- 92.