



Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists

Королевский колледж
акушеров и гинекологов (RCOG)

Лечение синдрома гиперстимуляции яичников

Практические рекомендации RGOG № 5

Февраль 2016 года

Аккредитация Национальным институтом
охраны здоровья и совершенствования
медицинской помощи (NICE)

www.nice.org.uk/accreditation



NICE accredited

www.nice.org.uk/accreditation

Лечение синдрома гиперстимуляции яичников

Это третье издание настоящего руководства, ранее опубликованного в 2006 году под тем же названием.

Общие рекомендации

Частота развития синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ)

Какова зарегистрированная частота развития СГЯ?

Практикующие врачи должны проявлять настороженность в отношении возможности развития СГЯ у всех женщин, проходящих лечение бесплодия, и женщин следует соответствующим образом консультировать по этому вопросу. [New 2016]



Диагностика СГЯ

Диагностика и дифференциальная диагностика СГЯ

Практикующие врачи должны знать о симптомах и признаках СГЯ, поскольку диагноз основан на клинических критериях.



Следует обратить особое внимание на женщин с сильной болью в животе или повышенной температурой тела, чтобы исключить другие причины. Такую пациентку следует направить к врачу, имеющему опыт лечения СГЯ. [New 2016]



Оценка степени тяжести заболевания и риска осложнений.

Как СГЯ классифицируют по степени тяжести?

Степень тяжести СГЯ следует оценивать согласно стандартной классификации.



Как сообщать о СГЯ?

Лицензированные центры должны действовать в соответствии с руководством, разработанным Управлением по вопросам оплодотворения и эмбриологии человека (HFEA), и сообщать о тяжелых или критических случаях СГЯ среди своих пациентов.



Отделения, в которых проводится лечение женщин с СГЯ, должны информировать лицензированный центр, в котором проводилось лечение бесплодия, чтобы способствовать непрерывности накопления клинического опыта и позволить лицензированному центру выполнить свои юридические обязательства.



Организация услуг

Какую медицинскую помощь следует оказывать женщинам с риском развития СГЯ?

Клиники, занимающиеся планированием семьи, должны предоставлять устную и письменную информацию о СГЯ всем женщинам, проходящим лечение бесплодия, включая круглосуточный контактный номер телефона.



Все отделения неотложной помощи, в которые, как правило, поступают женщины с подозрением на СГЯ, должны иметь согласованные местные протоколы обследования и лечения таких женщин и обеспечить им доступ к услугам соответствующих квалифицированных специалистов, имеющих опыт лечения данного состояния.



Лицензированные центры, занимающиеся лечением бесплодия, должны обеспечивать тесную связь и координацию сотрудничества с отделениями неотложной помощи, в которые могут поступить их пациентки. [New 2016]



Первоначальное обследование

Как обследовать женщину с подозрением на СГЯ?

Врач должен лично осматривать женщин с симптомами, указывающими на СГЯ средней или тяжелой степени, и в случаях сомнений относительно диагноза. [New 2016]



Лечение СГЯ в амбулаторных условиях

Каким пациенткам с СГЯ подходит амбулаторное лечение?

Амбулаторное лечение подходит женщинам с СГЯ легкой или средней степени тяжести, а в отдельных случаях – с тяжелым СГЯ.



Какое лечение пациенток с СГЯ будет подходящим в амбулаторных условиях?

Женщины, проходящие амбулаторное лечение СГЯ, должны надлежащим образом консультироваться и получать информацию относительно контроля баланса между поступающей и выделяющейся жидкостью. Кроме того, им необходимо предоставить контактные данные врачей, к которым они могут обратиться за советом.



Следует избегать приема нестероидных противовоспалительных средств, поскольку они могут нарушать функцию почек.



Женщинам с СГЯ тяжелой степени, находящимся на амбулаторном лечении, должна проводиться тромбпрофилактика с помощью низкомолекулярного гепарина (НМГ). Продолжительность лечения определяется индивидуально с учетом факторов риска и наличия или отсутствия оплодотворения.



Парацентез асцитической жидкости может проводиться в амбулаторных условиях абдоминальным или трансвагинальным путем под контролем УЗИ.



Доказательств в пользу использования антагонистов гонадолиберина или агонистов дофамина при лечении диагностированного СГЯ недостаточно. [New 2016]



Как контролировать состояние женщин с СГЯ, получающих лечение в амбулаторных условиях?

В случае развития симптомов или признаков ухудшения течения СГЯ, женщин с СГЯ, получающих лечение в амбулаторных условиях, следует срочно осмотреть (см. раздел 9.3). Если симптомы отсутствуют достаточно проводить осмотр каждые 2-3 дня. [New 2016]



Лабораторные исследования при поступлении следует повторять при подозрении на ухудшение степени тяжести СГЯ. Гематокрит – полезный показатель степени истощения внутрисосудистого объема. [New 2016]



В каких случаях следует госпитализировать женщин с СГЯ?

Госпитализацию следует рассматривать у женщин, которые:

- неспособны достичь удовлетворительного обезболивания;
- неспособны поддерживать адекватное потребление жидкости из-за тошноты;
- имеют признаки ухудшения течения СГЯ, несмотря на амбулаторное лечение;
- неспособны осуществлять регулярные визиты для амбулаторного наблюдения;
- страдают СГЯ критической степени. [New2016]

D

Кто должен оказывать медицинскую помощь женщинам с СГЯ?

Многопрофильную медицинскую помощь следует оказывать женщинам с СГЯ тяжелой и критической степени, у которых наблюдается устойчивая гемоконцентрация и обезвоживание.

D

Особенности течения СГЯ критической степени требуют незамедлительного проведения интенсивной терапии.

D

Врач, имеющий опыт лечения СГЯ, осуществляет всеобщий контроль за лечением женщины.

✓

Каким образом следует контролировать состояние женщин с СГЯ?

Женщин, госпитализированных с СГЯ, следует осматривать не реже одного раза в сутки. Более частые осмотры требуются женщинам с СГЯ критической степени и пациенткам с осложнениями.

D

Как облегчить симптомы СГЯ?

Женщинам с СГЯ можно принимать анальгетики и противорвотные средства, при этом избегая нестероидных препаратов и препаратов, противопоказанных при беременности.

D

Как правильно контролировать баланс жидкости?

Жажда при возмещении потерь жидкости пероральным путем является наиболее физиологическим подходом к коррекции внутрисосудистого обезвоживания.

D

Женщины с устойчивой гемоконцентрацией, несмотря на замещение объема внутривенным введением коллоидов, могут нуждаться в инвазивном мониторинге, с применением анестетика.

D

Следует избегать приема диуретиков, так как они еще больше истощают внутрисосудистый объем, но они могут использоваться при многопрофильном подходе, если сохраняется олигурия, несмотря на адекватное возмещение потерь жидкости и дренирование асцитической жидкости.

✓

Действия при асците и выпоте?

Показания к парацентезу:

- сильное вздутие и боль в животе на фоне асцита;
- одышка и дыхательная недостаточность на фоне асцита, а также повышенное внутрибрюшное давление;
- олигурия, несмотря на адекватное возмещение потерь жидкости, на фоне увеличения давления в брюшной полости, что приводит к уменьшению перфузии почек.

D

Парацентез следует проводить с помощью абдоминального или вагинального доступа под контролем УЗИ.

C

При выведении большого объема жидкости после парацентеза следует рассмотреть вопрос о проведении инфузионной терапии коллоидами.

D

Как контролировать риск тромбоза?

Женщины с СГЯ тяжелой или критической степени, а также пациентки, госпитализированные с СГЯ, должны получать профилактическое лечение НМГ.

C

Продолжительность профилактики НМГ определяется индивидуально на основании факторов риска у пациентки и результатов лечения [New 2016].

D

Женщинам с СГЯ средней степени тяжести следует назначить обследование, чтобы установить предрасполагающие факторы риска тромбоза и назначать компрессионные чулки, либо НМГ, если они показаны.

✓

В дополнение к обычным симптомам и признакам венозной тромбоземболии (ВТЭ), ее следует подозревать у женщин с СГЯ, у которых проявляются необычные неврологические симптомы, даже если они появляются через несколько недель после явного улучшения течения СГЯ.

D

Когда показано хирургическое лечение?

Хирургическое вмешательство должен выполнять только опытный хирург, и оно показано только пациенткам с СГЯ и сопутствующей патологией, например, перекрутом придатков, разрывом яичника или внематочной беременностью.

D

СГЯ и беременность

Каковы риски, связанные с беременностью и СГЯ?

Практикующие врачи должны знать и сообщать женщинам, что беременность, осложненная СГЯ, может сопровождаться повышенным риском преэклампсии и преждевременных родов. [New 2016]

C

1. Цель и масштаб

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) является осложнением лечения бесплодия, при котором используется фармакологическая стимуляция яичников для увеличения количества яйцеклеток и, следовательно, эмбрионов, доступных во время вспомогательной репродуктивной технологии (ВРТ). У небольшого количества женщин, проходящих лечение, яичники реагируют сильнее, чем требовалось, что приводит к определенной клинической патологии. На сегодняшний день СГЯ связывают со значительной заболеваемостью и с ее психосоциальными проявлениями, а ранее его связывали с материнской смертностью¹. Однако в большинстве случаев СГЯ проходит самостоятельно, и в ожидании этого требуется проводить поддерживающую терапию и мониторинг. Женщинам с СГЯ более тяжелой степени может потребоваться стационарное лечение для устранения симптомов и снижения риска дальнейших осложнений. Поэтому важными принципами лечения СГЯ является ранняя диагностика и оперативное обследование и лечение женщин с СГЯ средней и тяжелой степени.

За последние годы механизм развития СГЯ вызывает серьезный интерес, и считается, что патогенез СГЯ обусловлен основными провоспалительными медиаторами.^{2,3} Однако сейчас тяжело перенести эти базовые научные знания в клиническую практику. Существует несколько высококачественных исследований, посвященных лечению СГЯ, и этот вопрос по-прежнему имеет большое значение не только для врачей, занимающихся искусственным оплодотворением, но и для тех, кто лечит осложнения у женщин в отделениях неотложной помощи и гинекологических отделениях за пределами лечашей клиники. Очень часто женщин с СГЯ осматривают врачи, которые не являются специалистами в области репродуктивной медицины или не занимаются искусственным оплодотворением. Данное руководство направлено на обзор литературы и предоставление

рекомендаций, основанных на фактических данных, чтобы помочь практикующим врачам проводить диагностику и лечение пациенток с СГЯ. Профилактика СГЯ не рассматривается в настоящем руководстве и описывается в руководстве Британского общества фертильности.⁴

2. Введение и основные эпидемиологические данные

Воздействие хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) или лютеинизирующего гормона (ЛГ) на яичники после контролируемой стимуляции яичников фолликулостимулирующим гормоном (ФСГ) лежит в основе большинства случаев СГЯ. Воздействие ХГЧ на яичники после их гиперстимуляции приводит к выработке провоспалительных медиаторов. Главным из них является фактор роста эндотелия сосудов (VEGF), но, вероятно, патогенез и клинические особенности течения СГЯ обусловлены различными цитокинами.¹ Клинические проявления СГЯ обусловлены увеличением размера яичников с локальными и системными эффектами провоспалительных медиаторов, включая повышенную проницаемость сосудов и протромботический эффект.

Повышенная проницаемость сосудов приводит к потере жидкости в третье пространство, проявляясь в виде асцита или, реже, в виде плеврального и перикардального выпота. У женщин с СГЯ тяжелой степени наблюдается гиповолемия с типичной потерей 20 % от их расчетного объема крови в острой фазе СГЯ.⁵ Такая гиповолемия сопровождается снижением осмоляльности сыворотки и уровня натрия. Это парадоксальное сочетание гиповолемии и гипоосмоляльности объясняется «сбросом» осмотических порогов вазопрессина и жаждой, что приводит к снижению осмоляльности и уровня натрия, поскольку организм этих женщин по-прежнему способен концентрировать и разбавлять мочу на новом, более низком уровне осмоляльности. Считается, что параллельная перезагрузка осмотических порогов объясняет наблюдаемое снижение осмоляльности сыворотки и уровня натрия в отличие от потери электролитов.^{6,7}

Несмотря на растущее число циклов искусственного оплодотворения, фактическая частота развития СГЯ остается неизвестной, поскольку необязательно сообщать о случаях легкой и средней степени тяжести. Кроме того, отсутствие согласованной на международном уровне системы классификации затрудняет сравнение данных, полученных из разных отделений.⁸

3. Идентификация и оценка доказательств

Данное руководство было разработано в соответствии со стандартной методикой подготовки практических рекомендаций Королевского колледжа акушеров и гинекологов (RCOG). Поиск проводился в базах данных MEDLINE, EMBASE и Кокрановской библиотеке. Поиск был ограничен публикациями, опубликованными в период с января 2006 года по май 2015 года. Были изучены базы данных с использованием соответствующих терминов Медицинских предметных рубрик (MeSH), включая все подзаголовки, что было объединено с поиском по ключевым словам. Поиск термины были следующими: «синдром гиперстимуляции яичников», «гиперстимуляция яичников», «СГЯ» и «гиперстимуляция». Также были найдены соответствующие руководящие принципы в Национальном центре нормативной документации, в сети NICE Evidence Search, Trip and Guidelines International Network. По возможности рекомендации основаны на имеющихся доказательствах. Области, не имеющие доказательств, выделены и помечены как «принципы надлежащей практики» (GPP).

4. Частота развития СГЯ

4.1. Какова зарегистрированная частота развития СГЯ?

Практикующие врачи должны проявлять настороженность в отношении возможности развития СГЯ у всех женщин, проходящих лечение бесплодия, и женщин следует соответствующим образом консультировать по этому вопросу.

D

Известно, что частота развития СГЯ варьирует для различных видов лечения бесплодия, при этом лечение с большей степенью стимуляции яичников связано с более высокой частотой. По оценкам, в циклах обычного оплодотворения *in vitro* (ЭКО) СГЯ средней степени тяжести наблюдается примерно в одной трети циклов, тогда как общая частота

**3 уровень
доказательств**

развития СГЯ средней или тяжелой степени варьируется от 3,1 % до 8 %.⁹ Анализ данных из 25 европейских стран в 14-м европейском отчете по ЭКО-мониторингу¹⁰ показал, что частота госпитализаций по поводу СГЯ составила 0,3 % в 2010 году. Данные из США показали, что СГЯ является самым распространенным осложнением ЭКО¹¹, с частотой развития СГЯ средней или тяжелой степени на уровне 1,1 % в 2011 году. СГЯ редко встречается после индукции овуляции кломифеном или индукции монофолликулярной овуляции гонадотропинами, но все же случаи его развития регистрировались. Очень редко СГЯ может развиваться спонтанно, в связи с беременностью.¹²

3 уровень
доказательств

Некоторые особенности пациенток и цикла повышают риск развития СГЯ; женщины СГЯ, синдромом поликистозных яичников, повышенным числом антральных фолликулов (ЧАФ) или высокими уровнями анти-мюллеровского гормона (АМГ) в анамнезе входят в группу повышенного риска развития СГЯ. Данные мета-анализа¹³ также показывают снижение риска СГЯ в циклах ЭКО с использованием антагонистов гонадолиберина (GnRH) по сравнению с циклами, где агонисты GnRH используются как часть режима контролируемой гиперстимуляции яичников. Тем не менее, несмотря на эти превентивные меры СГЯ все равно наблюдается, и может возникать у пациенток, а также во время циклов лечения, которые не соответствуют каким-либо критериям и могут считаться «высоким риском» для развития СГЯ. Результат лечения также влияет на частоту развития, которая выше в циклах, где происходит оплодотворение, по сравнению с циклами без оплодотворения и еще выше в циклах, которые приводят к многоплодной беременности, подчеркивая важную роль эндогенного ХГЧ.

2+ уровень
доказательств

5. Диагностика СГЯ

5.1 Диагностика и дифференциальная диагностика СГЯ

Практикующие врачи должны знать о симптомах и признаках СГЯ, поскольку диагноз основан на клинических критериях.

D

Следует обратить особое внимание на женщин с сильной болью в животе или повышенной температурой тела, чтобы исключить другие причины. Такую пациентку следует направить к врачу, имеющему опыт лечения СГЯ. [New 2016]

D

Диагноз СГЯ ставится на основании клинических признаков (таблицы 1 и 2). У типичной пациентки наблюдается вздутие живота и дискомфорт после инъекции триггерного агента, используемого для стимуляции окончательного созреванию фолликулов перед извлечением яйцеклетки. В анамнезе может быть чрезмерная реакция яичников на стимуляцию, но отсутствие такого анамнеза не исключает диагноза СГЯ. На основании времени появления симптомов после триггерной инъекции пациенток делят на две группы: с ранним и поздним развитием СГЯ. «Ранний» СГЯ обычно развивается в течение 7 дней после инъекции ХГЧ и, как правило, связан с чрезмерной реакцией яичников. «Поздний» СГЯ обычно появляется через 10 или более дней после инъекции ХГЧ и, как правило, является результатом влияния эндогенного ХГЧ в результате ранней беременности. Предыдущая реакция яичников у этих женщин может быть без особенностей. Поздний СГЯ, как правило, является более продолжительным и серьезным, чем его ранняя форма.¹⁴

Симптомы СГЯ не являются специфическими, кроме того, анализы для диагностики данного патологического состояния отсутствуют. Следовательно, следует проявлять осторожность, чтобы исключить другие серьезные состояния, которые могут проявляться аналогичным образом, но требуют совершенно иного лечения. Может потребоваться тщательное обследование опытным врачом, а также общий анализ крови, анализ электролитов в сыворотке и осмоляльности, ультразвуковое сканирование органов таза и, в отдельных случаях, визуализация органов брюшной полости. Комбинация повышенного гематокрита и сниженной осмоляльности сыворотки и уровня натрия характерна для СГЯ.⁷ Следует помнить, что СГЯ сам по себе обычно не связан с сильной болью, повышением температуры тела или признаками раздражения брюшины. Наличие данных признаков требует тщательного клинического обследования и проведения анализов, чтобы исключить другие диагнозы.

3 уровень
доказательств

Важные дифференциальные диагнозы включают инфекцию органов малого таза, абсцесс органов малого таза, аппендицит, перекрут яичника или разрыв кисты, перфорацию кишечника¹⁵ и внематочную беременность. Таким образом, СГЯ не должен быть «диагнозом по умолчанию» для женщин, страдающих от боли в животе во время лечения бесплодия.

3 уровень
доказательств

Таблица 1. Соответствующий анамнез женщины с подозрением на СГЯ

Анамнез
Время появления симптомов относительно триггера
Препараты, используемые в качестве триггера (агонист ХГЧ или GnRH)
Количество фолликулов при окончательном контрольном сканировании
Количество собранных яйцеклеток
Были ли заменены эмбрионы и сколько?
Диагноз синдрома поликистозных яичников?
Симптомы
Вздутие живота
Дискомфорт/боль в животе, потребность в анальгезии
Тошнота и рвота
Одышка, неспособность лежать на спине или говорить полными предложениями
Сниженный диурез
Отек ног
Отек наружных половых органов
Связанные сопутствующие заболевания, такие как тромбоз

Таблица 2. Обследование и дифференциальная диагностика у женщин с подозрением на СГЯ

Обследование
Общее: оценить степень обезвоживания, отеки (стоп, наружных половых органов и области крестца); определить частоту сердечных сокращений, частоту дыхания, артериальное давление, массу тела
Брюшная полость: оценить степень асцита, пальпируемые образования, симптомы перитонеальные симптомы; измерить окружность живота
Дыхательная система: оценить степень плеврального выпота, провести обследования на наличие пневмонии, отека легких
Анализы
Общий анализ крови
Гематокрит (гемоконцентрация)
С-реактивный белок (тяжесть)
Мочевина и электролиты (гипонатриемия и гиперкалиемия)
Осмоляльность сыворотки (гипоосмоляльность)
Функциональные печеночные пробы (повышенные уровни ферментов и сниженный уровень альбумина)
Коагулограмма (повышенный уровень фибриногена и сниженный уровень антитромбина)
ХГЧ (для определения результата цикла лечения), если это необходимо
Ультразвуковое исследование: размер яичников, жидкость в малом тазу и брюшной полости. Рассмотреть возможность проведения доплерометрии яичников, если есть подозрение на перекрут
Другие тесты, которые могут быть показаны
Определение газового состава артериальной крови
D-димеры
Электрокардиограмма (ЭКГ)/эхокардиограмма
Рентгенография органов грудной клетки
Компьютерная томографическая ангиография легочной артерии (СТРА) или визуализация вентиляционно/перфузионного соотношения (V/Q)

6. Оценка степени тяжести заболевания и риска осложнений.

6.1 Как классифицируют СГЯ по степени тяжести?

Тяжесть СГЯ следует оценивать в соответствии со стандартной схемой классификации.

Было разработано несколько схем классификации степени тяжести СГЯ¹⁶⁻¹⁹ без четкого согласования между исследователями. Схема, приведенная в таблице 3, основана на классификации степени тяжести СГЯ, предложенной в предыдущем издании руководства RCOG, в сочетании с полезными характеристиками предыдущих классификаций.

4 уровень
доказательств

Таблица 3. Предлагаемая классификация степени тяжести СГЯ RCOG

Категория	Свойства
СГЯ легкой степени тяжести	Вздутие живота Слабая боль в животе Размер яичников обычно < 8 см ^a
СГЯ средней степени тяжести	Умеренная боль в животе Тошнота ± рвота Ультразвуковое подтверждение асцита Размер яичников обычно 8-12 см ^a
СГЯ тяжелой степени	Клинические проявления асцита (± гидроторакс) Олигурия (<300 мл/сутки или <30 мл/час) Гематокрит > 0,45 Гипонатриемия (натрий <135 ммоль/л) Гипоосмоляльность (осмоляльность <282 мОсм/кг) Гиперкалиемия (калий > 5 ммоль/л) Гипопротеинемия (сывороточный альбумин < 35 г/л) Размер яичников обычно > 12 см ^a
СГЯ критической степени	Напряженный асцит/массивный гидроторакс Гематокрит > 0,55 Количество лейкоцитов > 25000/мл Олигурия/ анурия Тромбоэмболия Острый респираторный дистресс-синдром

^a Размер яичников не может коррелировать со степенью тяжести СГЯ в случаях искусственного оплодотворения из-за эффекта аспирации фолликула. Женщины с признаками СГЯ тяжелой или критической степени должны относиться к данной категории.

В редких случаях СГЯ может быть связан с угрожающими жизни осложнениями, включая почечную недостаточность, острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), кровотечение вследствие разрыва яичников и тромбоэмболию.^{1,2,20-22} Точный риск смертности вследствие СГЯ неизвестен, поскольку сообщать о таких случаях на международном уровне необязательно. В период с 1984 по 2008 года в Нидерландах было три случая смерти от СГЯ; по оценкам, в течение этого периода было проведено 100000 циклов ЭКО¹. В 209 случаях СГЯ тяжелой или критической степени не было зарегистрировано случаев смерти из 73492 циклов ЭКО в период между 1987 и 1996 годами в 16 из 19 центров оказания специализированной медицинской помощи в Израиле.²³ В трехгодичном докладе за 2011 год «Конфиденциальные расследования материнских смертей» в Великобритании²⁴ не выявлены какие-либо случаи материнской смерти из-за СГЯ в период с 2006 по 2008 гг.; за это время было проведено около 119000 циклов ЭКО и внутриплазматической инъекции сперматозоидов (ИКСИ) у 92813 женщин.

3 уровень
доказательств

6.2 Как сообщать о СГЯ?

Лицензированные центры должны соблюдать руководство Управления по вопросам оплодотворения и эмбриологии человека (HFEA), сообщая о тяжелых или критических случаях СГЯ среди своих пациентов.



Отделения, в которых проводится лечение женщин с СГЯ, должны информировать лицензированный центр, в котором проводилось лечение бесплодия, чтобы способствовать непрерывности накопления клинического опыта и позволить лицензированному центру выполнять свои юридические обязательства.



О любых случаях смерти, связанных с СГЯ, в Великобритании следует сообщать в MBRRACE-UK («Мать и дитя: снижение риска посредством аудита и конфиденциальных запросов по всей Великобритании») ²⁵, независимо от того, беременна женщина или нет.

Британские клиники, занимающиеся лицензированным лечением бесплодия, обязаны соблюдать соответствующие рекомендации Управления по оплодотворению и эмбриологии человека при правительстве Великобритании (HFEA) ²⁶, сообщая о серьезных неблагоприятных явлениях. В контексте СГЯ это может включать случаи тяжелого или критического СГЯ (согласно вышеприведенной классификации), которые требуют госпитализации. Практикующий врач должен понимать важность точных сообщений о СГЯ, как средство предоставления достоверных данных, чтобы помочь пациентам, исследователям и руководителям служб. HFEA требует, чтобы обо всех явлениях сообщали в устной форме в течение 12 рабочих часов с последующей заполненной формой о явлении в течение 24 часов с момента, когда явление было обнаружено.

4 уровень
доказательств

Поскольку женщины с СГЯ часто поступают в центры за пределами лечящего центра, важно, чтобы принимающий центр информировал об этом клинику. Однако обязанность сообщать о случаях СГЯ в HFEA лежит на персонале, ответственном за лицензированный центр, обеспечивающий лечение бесплодия.

7. Организация услуг

7.1 Какую медицинскую помощь следует оказывать женщинам с риском развития СГЯ?

Клиники, занимающиеся планированием семьи, должны предоставлять устную и письменную информацию о СГЯ всем женщинам, проходящим лечение бесплодия, включая круглосуточный контактный номер телефона.



Все отделения неотложной помощи, в которые, как правило, поступают женщины с подозрением на СГЯ, должны иметь согласованные местные протоколы обследования и лечения таких женщин и обеспечить им доступ к услугам соответствующих квалифицированных специалистов, имеющих опыт лечения данного состояния.



Лицензированные центры, занимающиеся лечением бесплодия, должны обеспечивать тесную связь и координацию сотрудничества с отделениями неотложной помощи, в которые могут поступить их пациентки.



СГЯ является результатом лечения бесплодия, проводимого в Великобритании в специализированных подразделениях, лицензированных для этой цели HFEA. Во многих случаях лечащий центр отделен от отделений острых гинекологических состояний или неотложной помощи, куда могут поступать женщины с симптомами СГЯ. В результате, в определенных ситуациях врачи, ответственные за лечение пациенток с СГЯ, могут не иметь опыта лечения данного состояния. Необходимо приложить усилия для снижения риска, связанного с этим, путем расширения прав и возможностей пациенток и координации услуг между лицензированными центрами и отделениями неотложной помощи, в которые могут поступить их пациентки.

Женщин следует информировать о симптомах СГЯ и о важности сообщения о них. Информация, касающаяся СГЯ, должна предоставляться лично всем пациенткам, проходящим лечение бесплодия, с соответствующей письменной информацией ²⁷ и рекомендациями, включая круглосуточную связь. Им следует рекомендовать упомянуть, что они проходят лечение бесплодия, даже если они поступили с явно не связанным симптомом, таким как головная боль или нарушение зрения.

4 уровень
доказательств

Отделения гинекологии и неотложной помощи в больницах скорой помощи должны разработать основанные на фактических данных местные протоколы, охватывающие обследование и лечение женщин с подозрением на СГЯ. Информация должна предоставляться старшими врачами, имеющими опыт лечения СГЯ, и, как только появится возможность, женщин с СГЯ необходимо перевести на лечение к таким врачам.

Лицензированный центр должен согласовать пути направления и протоколы с отделениями неотложной помощи для обеспечения непрерывности лечения пациенток с СГЯ, особенно когда женщины поступают в центр без необходимой специализации врачей. Больницы скорой помощи с отделениями искусственного оплодотворения должны обеспечить круглосуточную связь с соответствующими старшими врачами.

8. Первоначальное обследование

8.1 Как обследовать женщину с подозрением на СГЯ?

Врач должен лично осматривать женщин с симптомами, указывающими на СГЯ, средней или тяжелой степени, и в случаях сомнений относительно диагноза..

D

Цель первоначального обследования – установить диагноз (см. раздел 5) и оценить степень тяжести СГЯ (см. раздел 6). Обследование женщин с симптомами СГЯ может начинаться с телефонного звонка. Важно, чтобы сотрудники, консультирующие женщин по телефону, имели четкое представление о женщинах, которые будут нуждаться в осмотре врача. Важные моменты, на которых нужно остановиться при сборе анамнеза, указаны в таблице 1. Следует сделать специальный запрос в случае сильной боли в животе, одышки или субъективного впечатления о снижении объема мочи. Данные симптомы могут указывать на СГЯ тяжелой степени и возникновение специфических осложнений, связанных с дыхательной системой, почками или яичниками.^{21,22,28}

3 уровень
доказательств

Личный осмотр врачом позволяет проводить обследование и анализы с целью уточнения диагноза и степени тяжести состояния пациентки (таблица 2).

9. Лечение СГЯ в амбулаторных условиях

9.1 Какие пациенты с СГЯ подходят для амбулаторного лечения?

Амбулаторное лечение подходит женщинам с СГЯ легкой или средней степени тяжести, а в отдельных случаях – с тяжелым СГЯ.

D

В ряде ретроспективных наблюдательных исследований²⁹⁻³¹ описано лечение СГЯ тяжелой степени в амбулаторных условиях. Lincoln и др.³⁰ описали ретроспективное исследование, включающее 48 женщин с СГЯ средней и тяжелой степени, которые получали лечение в амбулаторных условиях методом трансвагинального парацентеза и регидратации. Среднее количество амбулаторных посещений составляло $3,4 \pm 0,45$ (диапазон 1-14). Госпитализация требовалась 8,4 % женщин, при этом никаких осложнений не отмечалось. Smith и др.³¹ описали ретроспективное исследование, включающее 146 трансвагинальных парацентезов в амбулаторных условиях, проведенных у 96 женщин с СГЯ без осложнений, связанных с процедурой. Ретроспективное исследование в Великобритании, включающее 99 женщин, подверженных риску развития СГЯ, описано Shukla и др.³² Женщинам ежедневно звонила медсестра и, если необходимо, проводился осмотр врачом. Наблюдение за женщинами проводилось в течение 8 дней (диапазон 4-31) после забора яйцеклетки, в этом случае у женщин не наблюдалось осложнений, связанных с СГЯ. Парацентез проводили у 7,1 % женщин со средним объемом дренированной жидкости 4543 мл (СО (стандартное отклонение) 2792 мл). Госпитализация была необходима 4 % женщин со средней продолжительностью госпитализации 2 дня (диапазон 2-5 дней).

3 уровень
доказательств

9.2 Какое лечение пациенток с СГЯ будет подходящим в амбулаторных условиях?

Женщины, проходящие амбулаторное лечение СГЯ, должны получить надлежащую консультацию и информацию относительно контроля за потреблением и расходом жидкости. Кроме того, им необходимо предоставить контактные данные врачей, с которыми они могут связаться для получения рекомендаций.

D

Следует избегать приема нестероидных противовоспалительных средств, поскольку они могут нарушать функцию почек.

D

Женщинам с СГЯ тяжелой степени, находящимся на амбулаторном лечении, должна проводиться тромбопрофилактика с помощью низкомолекулярного гепарина (НМГ). Продолжительность лечения определяется индивидуально с учетом факторов риска и наличия или отсутствия оплодотворения.

D

Парацентез асцитической жидкости может проводиться в амбулаторных условиях абдоминальным или трансвагинальным путем под контролем УЗИ.

D

Доказательств в пользу использования антагонистов гонадолиберина или агонистов дофамина при лечении диагностированного СГЯ недостаточно.

D

Женщины с СГЯ должны получить информацию о своем состоянии в устной и письменной форме. Специальные исследования, на основе которых можно дать рекомендации относительно приема жидкости, не проводились. Тем не менее, разумно было бы рекомендовать пациенткам пить, чтобы удовлетворить жажду, а не принять установленное количество жидкости.⁷ Рекомендованное потребление жидкости составляет не менее 1 литра в сутки. Амбулаторное лечение может помочь, если пациентки смогут соблюдать графики поступления/выведения жидкости. Диурез менее 1000 мл в сутки или положительный баланс жидкости более 1000 мл в течение 24 часов требуют осмотра врача для оценки степени тяжести состояния.

3 уровень
доказательств

Парацетамол и пероральные опиаты, включая кодеин, можно рекомендовать женщинам для облегчения боли. Следует избегать приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), поскольку они способны нарушить функцию почек у женщин с СГЯ.²⁸

Женщины с СГЯ тяжелой степени подвергаются повышенному риску тромбоэмболии. Хотя исследования по этому вопросу не проводились, у этих женщин следует проводить тромбопрофилактику ввиду серьезного характера данного осложнения³³ (см. раздел 10.7).

4 уровень
доказательств

В ряде ретроспективных исследований серии случаев описывается парацентез у женщин с СГЯ тяжелой степени в амбулаторных условиях.³⁰⁻³²

В неэкспериментальном исследовании³⁴ было выдвинуто предположение, что введение антагониста GnRH у женщин с диагностированным ранним СГЯ тяжелой степени может привести к более быстрой регрессии синдрома. В небольших неэкспериментальных исследованиях^{35,36} также было выдвинуто предположение, что агонисты дофамина могут быть полезными в лечении диагностированного СГЯ. Для оценки этих вмешательств необходимы дальнейшие исследования.

3 уровень
доказательств

9.3 Как контролировать состояние женщин с СГЯ, получающих лечение в амбулаторных условиях?

В случае развития симптомов или признаков ухудшения течения СГЯ, женщин с СГЯ, получающих лечение в амбулаторных условиях, следует срочно осмотреть (см. ниже). Если симптомы отсутствуют, достаточно проводить осмотр каждые 2-3 дня.

✓

Лабораторные исследования при поступлении следует повторять при подозрении на ухудшение степени тяжести СГЯ. Гематокрит – полезный показатель степени истощения внутрисосудистого объема.

D

У большинства женщин с СГЯ состояние нормализуется без лечения. Объектом контроля является выявление женщин с возрастающей степенью тяжестью СГЯ, которым может потребоваться дальнейшее лечение. У большинства женщин состояние разрешается в течение 7-10 дней.³⁷ Если происходит оплодотворение, эндогенный ХГЧ может привести к ухудшению течения СГЯ, тогда как при отсутствии беременности восстановление обычно завершается к моменту кровотечения отмены.

3 уровень
доказательств

Врачи и пациентки должны проявлять настороженность в отношении признаков ухудшения степени тяжести СГЯ. К ним относятся.^{38,39}

- усиление вздутия живота и боли;
- одышка;
- тахикардия или гипотония;
- снижение диуреза (менее 1000 мл/24 часа) или положительный баланс жидкости (более 1000 мл/24 часа);
- увеличение веса и увеличение окружности живота;
- увеличение гематокрита (более 0,45).

4 уровень
доказательств

10. Лечение в условиях стационара

10.1 В каких случаях следует госпитализировать женщин с СГЯ?

Госпитализацию следует рассматривать у женщин, которые:

- неспособны достичь удовлетворительного обезболивания;
- неспособны поддерживать адекватное потребление жидкости из-за тошноты;
- имеют признаки ухудшения течения СГЯ, несмотря на амбулаторное лечение;
- неспособны осуществлять регулярные визиты для амбулаторного наблюдения;
- страдают СГЯ критической степени.

D

Отсутствует единый критерий госпитализации среди практикующих врачей, и его невозможно категоризировать. Значение госпитализации заключается в возможности более тщательного мониторинга, простоты вмешательства и доступности многопрофильной помощи. Это имеет решающее значение для лечения женщин с СГЯ критической степени, которые могут подвергаться неизбежному риску осложнений или, у которых уже возникли осложнения, требующие интенсивной терапии. Тем не менее, каждый случай следует рассматривать по всем критериям, учитывая клинические признаки, социальные факторы и имеющиеся знания. Женщины с менее выраженным СГЯ могут также получить пользу от госпитализации в зависимости от их социального положения и возможности проведения обследования в нерабочее время.³⁸ Потребность в парацентезе сама по себе не является абсолютной причиной для госпитализации, хотя признается, что некоторым больницам тяжело получить доступ к парацентезу и возмещению объема жидкости в амбулаторных условиях.

4 уровень
доказательств

10.2 Кто должен оказывать медицинскую помощь женщинам с СГЯ?

Многопрофильную медицинскую помощь следует оказывать женщинам с СГЯ тяжелой и критической степени, у которых наблюдается устойчивая гемоконцентрация и обезвоживание.

D

Особенности течения СГЯ критической степени требуют незамедлительного проведения интенсивной терапии.

D

Врач, имеющий опыт управления СГЯ, осуществляет всеобщий контроль за лечением женщины.

✓

Пациенткам с СГЯ тяжелой степени, у которых сохраняется дегидратация и гемоконцентрация, несмотря на адекватное возмещение потерь жидкости, может потребоваться инвазивный гемодинамический мониторинг, требующий консултации с коллегами в области анестезиологии/интенсивной терапии. Интенсивная терапия также, вероятно, понадобится женщинам с СГЯ критической степени, в то время как определенные осложнения, такие как тромбоз эмболия, ОРДС и почечная недостаточность, требуют вмешательства соответствующих специалистов.³⁸

4 уровень
доказательств

Центры искусственного оплодотворения должны поддерживать тесную связь с отделениями острых гинекологических состояний и экстренной помощи, предоставляя им информацию о лечении женщин, госпитализированных с СГЯ.

10.3 Каким образом следует контролировать состояние женщин с СГЯ?

Женщин, госпитализированных с СГЯ, следует осматривать не реже одного раза в сутки. Более частые осмотры требуются женщинам с СГЯ критической степени и пациенткам с осложнениями.

D

Цель мониторинга женщин с СГЯ в стационарных условиях заключается в отслеживании изменений степени тяжести заболевания и выявлении любых осложнений на ранней стадии. Масса тела, окружность живота, потребление и выделение жидкости должны определяться ежедневно наряду с общим анализом крови, анализом уровней гематокрита, электролитов в сыворотке, осмоляльностью и функциональными печеночными пробами. В зависимости от клинических особенностей может потребоваться анализ состава газов артериальной крови, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки и другие методы визуализации. Увеличение окружности живота, увеличение массы, олигурия с положительным балансом жидкости и повышенным гематокритом являются признаками ухудшения течения СГЯ. И, наоборот, о выздоровлении свидетельствует диурез, нормализация гематокрита и уменьшение окружности живота и массы тела.^{38,39} Уровень С-реактивного белка, как было показано, коррелирует с другими маркерами СГЯ, такими как окружность живота и масса тела, и может иметь значение при мониторинге тяжести состояния.⁴⁰

3 уровень
доказательств

10.4 Как облегчить симптомы СГЯ?

Женщинам с СГЯ можно принимать анальгетики и противорвотные средства, при этом избегая приема нестероидных препаратов и препаратов, противопоказанных при беременности.

D

Уменьшение боли в животе и тошноты составляет важную часть поддерживающей терапии у женщин с СГЯ. Анальгезия парацетамолом и опиатами, если требуется, является подходящей, при этом следует избегать приема НПВП, поскольку они могут нарушать функцию почек.²⁸ Следует помнить о том, что сильная боль может сигнализировать об осложнении, например, о перекруте или разрыве яичника, или о сопутствующей проблеме, например, о внематочной беременности или инфекции органов малого таза.

3 уровень
доказательств

10.5 Как правильно контролировать баланс жидкости?

Жажда при возмещении потерь жидкости пероральным путем является наиболее физиологическим подходом к коррекции внутрисосудистого обезвоживания.

D

Женщины с устойчивой гемоконцентрацией, несмотря на замещение объема внутривенным введением коллоидов, могут нуждаться в инвазивном мониторинге, с применением анестетика.

D

Следует избегать приема диуретиков, так как они еще больше истощают внутрисосудистый объем, но они могут использоваться при многопрофильном подходе, если сохраняется олигурия, несмотря на адекватное возмещение потерь жидкости и дренирование асцитической жидкости.

✓

Отсутствуют какие-либо исследования оптимального режима для контроля баланса жидкости у женщин с СГЯ. Интенсивная внутривенная плазмозамещающая терапия кристаллоидами может усилить асцит на фоне повышенной проницаемости капилляров. Следовательно, для гидратации следует использовать пероральный путь, где это практически возможно.⁷ Некоторые пациентки могут нуждаться в эффективном обезболивании и противорвотных средствах, чтобы иметь возможность поддерживать адекватный баланс жидкости.

4 уровень
доказательств

Женщинам с острым обезвоживанием может потребоваться внутривенная плазмозамещающая терапия для коррекции баланса жидкости, с последующим пероральным приемом жидкости для поддержания гидратации. Кристаллоиды полезны при первоначальной коррекции обезвоживания у женщин, которые неспособны поддерживать адекватное пероральное потребление. Существуют теоретические преимущества использования коллоидов, а не кристаллоидов для начальной регидратации. Человеческий альбумин и гексаэтилкрахмал (ГЭК) использовали для коррекции дегидратации у женщин с СГЯ тяжелой степени. Тем не менее, ГЭК был запрещен в Великобритании на основе доказательств, свидетельствующих об увеличении смертности у пациентов в критическом состоянии и пациентов с сепсисом, получающих ГЭК, по сравнению с пациентами, которые получили кристаллоиды. 25 % раствор человеческого альбумина можно использовать в качестве плазмозамещающего средства в дозах 50-100 г, при этом его необходимо вводить в течение 4 часов и повторять введение каждые 4-12 часов.³⁸ Данным пациентам следует строго соблюдать баланс жидкости.

3 уровень
доказательств

Устойчивая гемоконцентрация или низкий диурез, несмотря на очевидное адекватное возмещение объема жидкости коллоидами, является показателем для обращения за помощью специалистов различного профиля. В данных случаях контролировать баланс жидкости может помочь непрерывное определение диуреза и инвазивный гемодинамический мониторинг. Олигурия, несмотря на адекватное возмещение потерь жидкости, может в некоторых случаях реагировать на парацентез.⁴¹ В небольших нерандомизированных исследованиях^{42,43} описывается использование инфузии дофамина или пероральное применение докарпамина при лечении СГЯ тяжелой степени. Невозможно категоризировать ценность данных вмешательств при отсутствии адекватных анализов, и их следует проводить только в условиях многопрофильных учреждений под тщательным наблюдением.

Диуретики использовались при для контроля баланса жидкости у женщин с СГЯ, но их использование не изучалось в контролируемых исследованиях. Существует риск усиления гиповолемии, если диуретики вводятся без коррекции обезвоживания. Тем не менее, диуретики можно с осторожностью использовать у женщин с устойчивыми симптомами олигурии, несмотря на адекватное возмещение потерь жидкости, особенно в случае дренирования напряженного асцита, который, возможно, способствовал развитию олигурии.^{38,44}

4 уровень
доказательств

10.6 Действия при асците и выпоте

Показания к парацентезу:

- сильное вздутие и боль в животе на фоне асцита;
- одышка и дыхательная недостаточность на фоне асцита, а также повышенное внутрибрюшное давление;
- олигурия, несмотря на адекватное возмещение потерь жидкости, на фоне повышения давления в брюшной полости, что приводит к уменьшению перфузии почек.

D

Парацентез следует проводить с помощью абдоминального или вагинального доступа под контролем УЗИ.

C

При выведении большого объема жидкости после парацентеза следует рассмотреть вопрос о проведении инфузионной терапии коллоидами.

D

Парацентез следует проводить под контролем УЗИ, чтобы избежать травмы увеличенных полнокровных яичников. Хорошо описан абдоминальный и трансвагинальный способ. Парацентез брюшной полости позволяет вводить постоянный катетер, что может свести к минимуму необходимость повторного парацентеза. Raziell и др.⁴⁵ сообщили о трансвагинальном введении постоянного катетера у женщины с ожирением, используя проводник и постоянный катетер, прикрепленный к бедру женщины. Однако в большинстве других сообщений о трансвагинальном парацентезе описывается аспирация жидкости, проводящаяся за один сеанс.

4 уровень
доказательств

Существует мало доказательств для использования в клинической практике относительно оптимального количества асцитической жидкости, которую можно удалить за один раз, времени проведения дренирования жидкости или пути дренирования. Smith и др.³¹ сообщили об исследовании 146 амбулаторных трансвагинальных парацентезов, проведенных для лечения СГЯ у 96 пациентов. Средний объем удаляемой жидкости составлял 2155 мл (диапазон 500-4500 мл) без каких-либо осложнений. Ozgun и др.⁴⁶ сообщали о дренировании 7,5 л за один раз в течение 3 часов и в общей сложности 45 л при серийном вагинальном парацентезе с поддерживающим восполнением потерь жидкости без осложнений. Пациенты с СГЯ обычно представляют собой более молодую возрастную группу и, вероятно, переносят удаление больших объемов асцитической жидкости по-другому в сравнении с пожилыми пациентами со злокачественным асцитом, у которых в таких ситуациях может происходить значительное перераспределение жидкости.^{38,47}

Было высказано предположение, что раннее дренирование асцитической жидкости для снижения внутрибрюшного давления у пациенток с СГЯ средней и тяжелой степени может предотвратить прогрессирование заболевания и снизить риск серьезных осложнений, связанных с данным состоянием.⁴⁸ Дренирование 2000 мл асцитической жидкости у женщин с СГЯ тяжелой степени способствовало значительному снижению внутрибрюшного давления и сопротивления сосудов почек.⁴¹ Koike и др.⁴⁹ описали аутотрансфузию ультрафильтрованной асцитической жидкости в венозное русло, и их неэкспериментальное исследование показало снижение гемоконцентрации, улучшение диуреза и более быстрое восстановление после данной процедуры по сравнению с консервативным режимом лечения диуретиками, ограничением потребления жидкости и внутривенным введением альбумина (без парацентеза). Неясно, в какой степени преимущество данного метода лечения заключается в дренировании асцитической жидкости в отличие от аутотрансфузии. При дальнейшем исследовании⁵⁰ описывается аутотрансфузия концентрированного ультрафильтрованного белка асцитической жидкости, направленная на пополнение уровней альбумина у женщины с использованием собственного белка, что уменьшает риск передачи инфекций и аллергической реакции на экзогенный альбумин.

3 уровень
доказательств

10.7 Как контролировать риск тромбоза?

Женщины с СГЯ тяжелой или критической степени, а также пациентки, госпитализированные с СГЯ, должны получать профилактическое лечение НМГ.

C

Продолжительность профилактики НМГ определяется индивидуально на основании факторов риска у пациентки и результатов лечения.

D

Женщинам с СГЯ средней степени тяжести следует назначать обследование, чтобы установить предрасполагающие факторы риска тромбоза и назначать компрессионные чулки, либо НМГ, если они показаны.

✓

В дополнение к обычным симптомам и признакам венозной тромбоземболии (ВТЭ), ее следует подозревать у женщин с СГЯ, у которых проявляются необычные неврологические симптомы, даже если они появляются через несколько недель после явного улучшения течения СГЯ.

D

СГЯ тяжелой степени является протромботическим состоянием из-за гемоконцентрации и нарушения функции эндотелия сосудов. По оценкам, частота тромбоза составляет от 0,7 % до 10 % случаев СГЯ. Rova и др.⁵¹ сообщили о риске ВТЭ на ранних сроках беременности в связи с ЭКО и СГЯ. Обзор включал все роды в Швеции (n = 964 532) в период с 1999 по 2008 гг. Из них, у 19 162 женщин беременность наступила благодаря ЭКО, по сравнению с 935 178 женщинами, у которых беременность не была связана с ЭКО. Частота возникновения ВТЭ в первом триместре беременности при беременности, не связанной с ЭКО, составляла 0,2 на 1000 женщин, тогда как частота при ЭКО без СГЯ составляла 0,8 на 1000 женщин (ОШ 4,8, 95 % ДИ 2,7-8,7) по сравнению с 16,8 случаями ВТЭ на 1000 женщин с СГЯ (ОШ 99,7, 95 % ДИ 61,6-161,1).

2+ уровень
доказательств

Отсутствуют сравнительные исследования, посвященные эффективности тромбопрофилактики у женщин с СГЯ тяжелой степени. Однако частота данного осложнения и его потенциально опасный для жизни характер означают, что у женщин с СГЯ тяжелой степени и факторами риска, такими как снижение двигательной активности, ожирение или тромбофилия в анамнезе следует проводить тромбопрофилактику. Компрессионные чулки следует использовать у пациенток, госпитализированных с СГЯ, которым противопоказана химическая тромбопрофилактика, поскольку у них, вероятно, будет снижена двигательная активность.³³

Отсутствует согласованное мнение о продолжительности тромбопрофилактики у женщин с СГЯ. В нескольких случаях сообщается о появлении тромбоэмболии через несколько недель после кажущегося разрешения СГЯ, особенно в связи с беременностью. Сообщается, что большинство отсроченных тромбозов возникали в первом триместре беременности. Следовательно, у женщин с СГЯ тяжелой степени после оплодотворения возможность проведения тромбопрофилактики следует рассматривать, по крайней мере, до конца первого триместра.^{33,52} В целом, продолжительность тромбопрофилактики должна основываться на индивидуальных факторах риска, а также на наличии оплодотворения. Для определения индивидуального подхода в терапии может быть полезной консультация гематолога.

3 уровень
доказательств

Тромбоз у женщин с СГЯ часто затрагивает верхние участки тела с вовлечением артериальной системы. Поэтому врачи должны проявлять настороженность у пациенток с необычными симптомами, такими как головокружение, потеря зрения и боль в шее. У женщины симптомы тромбоэмболии могут появляться через несколько недель после кажущегося разрешения СГЯ.^{9,52} Если есть подозрение на тромбоз, следует провести антикоагулянтную терапию при условии соответствующей визуализации. Лечение данных пациенток следует проводить совместно со специалистами в области гематологии и материнского здоровья.

10.8 Когда показано хирургическое лечение?

Хирургическое вмешательство должен выполнять только опытный хирург, и оно показано только пациенткам с СГЯ и сопутствующей патологией, например, перекрутом придатков, разрывом яичника или внематочной беременностью.

D

Яичники, подвергшиеся гиперстимуляции, вероятно, будут очень полнокровными, что может привести к их повреждению при контакте. Риск возникновения перекрута яичника или его разрыва, по-видимому, увеличивается у женщин с СГЯ, особенно в случае беременности.^{22,53} Было описано лапароскопическое «раскручивание» перекрученных яичников после гиперстимуляции.⁵⁴ Следует помнить об увеличении размера яичников и асците при рассмотрении диагноза внематочной беременности.

4 уровень
доказательств

В редких случаях СГЯ критической степени сообщалось о прерывании беременности в ситуации прогрессирующего тромбоза, несмотря на антикоагулянтную терапию⁵⁵, и были случаи, когда сообщалось об удалении яичников (двусторонняя овариоэктомия) при некупируемом СГЯ⁵⁶, однако данный вариант лечения не рекомендуется.⁵⁷

11. СГЯ и беременность

11.1 Каковы риски, связанные с беременностью и СГЯ?

Практикующие врачи должны знать и сообщать женщинам, что беременность, осложненная СГЯ, может сопровождаться повышенным риском преэклампсии и преждевременных родов.

C

В контролируемых исследованиях не наблюдалось увеличения риска выкидыша при беременностях в результате искусственного оплодотворения, осложненных СГЯ, по сравнению с циклами без СГЯ⁵⁸⁻⁶⁰, хотя в некоторых сообщениях указывалось на увеличенную частоту доклинической смерти плода при беременности у женщин с ранним, но не поздним СГЯ.⁵⁹

Данные о более поздних осложнениях при беременности, осложненной СГЯ, ограничены. Courbière и др.⁶⁰ обнаружили более высокую частоту преэклампсии (21,2 % против 9,2 %) и преждевременных родов (36 % против 10,7 %) в случае 40 беременностей с СГЯ по сравнению с контрольной группой из 80 беременностей после ЭКО без СГЯ. Соотношение многоплодных беременностей было одинаковым между двумя группами. В более широком исследовании, проведенном Naas и др.⁶¹, в котором сравнивались исходы 125 беременностей, осложненных СГЯ тяжелой степени, со 157 беременностями после ЭКО без СГЯ, был обнаружен повышенный риск преждевременных родов при одноплодных, но не многоплодных беременностях с СГЯ по сравнению с соответствующей контрольной группой без СГЯ.

2+ уровень
доказательств

12. Рекомендации для будущих исследований

- Требуются дополнительные исследования, чтобы уточнить изменения в системе осморегуляции у женщин на разных этапах СГЯ с использованием четко определенных когорт женщин с заболеваниями тяжелой степени, за которыми наблюдают в динамике СГЯ.
- Необходимо сравнить лечение СГЯ тяжелой степени в амбулаторных и стационарных условиях с точки зрения безопасности, эффективности, переносимости пациентом и экономической оценки состояния здоровья. В таком исследовании можно было бы сравнить «обычный» подход стационарного лечения с консервативными показаниями к проведению парацентеза брюшной полости с более «активным» подходом с использованием парацентеза на раннем этапе в амбулаторных условиях.
- Необходимы дальнейшие исследования для оценки роли антагонистов GnRH и агонистов дофамина при лечении женщин с диагностированным СГЯ.

13. Темы, служащие предметом контроля

- Пропорция женщин, у которых используется стимулируемая вспомогательная репродуктивная технология, которым предоставлена устная и письменная информация о симптомах СГЯ и контактная информация для круглосуточной связи (100 %).
- Официальные соглашения между лицензированными центрами, проводящими лечение, которое может привести к СГЯ, и отделениями неотложной помощи в районе обслуживания (100 %).
- Сообщения о случаях госпитализации с СГЯ тяжелой и критической степени в соответствии с правилами HFEA (100 %). Ответственность за передачу сообщений лежит на лицензированном центре.
- Отделение неотложной помощи должно информировать лицензированный центр обо всех пациентках с подозрением на СГЯ (100 %).
- Эффективность амбулаторного лечения СГЯ тяжелой степени по сравнению с местным согласованным стандартом.
- Женщины, госпитализированные в больницу, должны проходить ежедневный клинический осмотр с определением веса и окружности живота, а также контролировать потребление и выделение жидкости (100 %).
- Все женщины с СГЯ тяжелой или критической степени должны получать НМГ, если нет противопоказаний, независимо от того, госпитализированы они или нет (100 %).

14. Полезные ссылки и группы поддержки

- Британское общество фертильности. *Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ)* [http://britishfertilitysociety.org.uk/downloads/ms_3642.pdf].
- Сеть бесплодия Великобритании. *Информационный бюллетень: Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ)* [[http://www.infertilitynetworkuk.com/uploaded/Fact%20Sheets/Ovarian%20Hyper%20Stimulation%20Syndrome%20\(OHSS\).pdf](http://www.infertilitynetworkuk.com/uploaded/Fact%20Sheets/Ovarian%20Hyper%20Stimulation%20Syndrome%20(OHSS).pdf)].

Список литературы

1. Braat DD, Schutte JM, Bernardus RE, Mooij TM, van Leeuwen FE. Maternal death related to IVF in the Netherlands 1984–2008. *Hum Reprod* 2010;25:1782–6.
2. Whelan JG 3rd, Vlahos NF. The ovarian hyperstimulation syndrome. *Fertil Steril* 2000;73:883–96.
3. Ata B, Tulandi T. Pathophysiology of ovarian hyperstimulation syndrome and strategies for its prevention and treatment. *Expert Rev Obstet Gynecol* 2009;4:299–311.
4. Mathur RS, Tan BK. British Fertility Society Policy and Practice Committee: prevention of ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Fertil (Camb)* 2014;17:257–68.
5. Evbuomwan IO, Davison JM, Murdoch AP. Coexistent hemoconcentration and hypoosmolality during superovulation and in severe ovarian hyperstimulation syndrome: a volume homeostasis paradox. *Fertil Steril* 2000;74:67–72.
6. Evbuomwan IO, Davison JM, Baylis PH, Murdoch AP. Altered osmotic thresholds for arginine vasopressin secretion and thirst during superovulation and in the ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS): relevance to the pathophysiology of OHSS. *Fertil Steril* 2001;75:933–41.
7. Evbuomwan I. The role of osmoregulation in the pathophysiology and management of severe ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Fertil (Camb)* 2013;16:162–7.
8. Zegers-Hochschild F, Mansour R, Ishihara O, Adamson GD, de Mouzon J, Nygren KG, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology: world report on assisted reproductive technology, 2005. *Fertil Steril* 2014;101:366–78.e14.
9. Delvigne A, Rozenberg S. Epidemiology and prevention of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS): a review. *Hum Reprod Update* 2002;8:559–77.
10. Kupka MS, Ferraretti AP, de Mouzon J, Erb K, D'Hooghe T, Castilla JA, et al.; European IVF-Monitoring Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod* 2014;29:2099–113.
11. Kawwass JF, Kissin DM, Kulkarni AD, Creanga AA, Session DR, Callaghan WM, et al.; National ART Surveillance System (NASS) Group. Safety of assisted reproductive technology in the United States, 2000–2011. *JAMA* 2015;313:88–90.
12. Sridev S, Barathan S. Case report on spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome following natural conception associated with primary hypothyroidism. *J Hum Reprod Sci* 2013;6:158–61.
13. Al-Inany HG, Youssef MA, Aboulghar M, Broekmans F, Sterrenburg M, Smit J, et al. GnRH antagonists are safer than agonists: an update of a Cochrane review. *Hum Reprod Update* 2011;17:435.
14. Mathur RS, Akande AV, Keay SD, Hunt LP, Jenkins JM. Distinction between early and late ovarian hyperstimulation syndrome. *Fertil Steril* 2000;73:901–7.
15. Memarzadeh MT. A fatal case of ovarian hyperstimulation syndrome with perforated duodenal ulcer. *Hum Reprod* 2010;25:808–9.
16. Schenker JG, Weinstein D. Ovarian hyperstimulation syndrome: a current survey. *Fertil Steril* 1978;30:255–68.
17. Golan A, Ron-el R, Herman A, Soffer Y, Weinraub Z, Caspi E. Ovarian hyperstimulation syndrome: an update review. *Obstet Gynecol Surv* 1989;44:430–40.
18. Navot D, Bergh PA, Laufer N. Ovarian hyperstimulation syndrome in novel reproductive technologies: prevention and treatment. *Fertil Steril* 1992;58:249–61.
19. Mathur R, Evbuomwan I, Jenkins J. Prevention and management of ovarian hyperstimulation syndrome. *Curr Obstet Gynaecol* 2005;15:132–8.
20. Zosmer A, Katz Z, Lancet M, Konichezky S, Schwartz-Shoham Z. Adult respiratory distress syndrome complicating ovarian hyperstimulation syndrome. *Fertil Steril* 1987;47:524–6.
21. Abramov Y, Elchalal U, Schenker JG. Pulmonary manifestations of severe ovarian hyperstimulation syndrome: a multicenter study. *Fertil Steril* 1999;71:645–51.
22. Al Omari W, Ghazal-Aswad S, Sidky IH, Al Bassam MK. Ovarian salvage in bilaterally complicated severe ovarian hyperstimulation syndrome. *Fertil Steril* 2011;96:e77–9.
23. Abramov Y, Elchalal U, Schenker JG. Severe OHSS: An 'epidemic' of severe OHSS: a price we have to pay? *Hum Reprod* 1999;14:2181–3.
24. Human Fertilisation and Embryology Authority [http://www.hfea.gov.uk/docs/Latest_long_term_data_analysis_report_91-06.pdf.pdf]. Accessed 2015 Oct 23.
25. Knight M, Kenyon S, Brocklehurst P, Neilson J, Shakespeare J, Kurinczuk JJ (Eds.) on behalf of MBRRACE-UK. *Saving Lives, Improving Mothers' Care: Lessons learned to inform future maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–2012*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit; 2014 [www.npeu.ox.ac.uk/mbrrace-uk/reports].
26. Human Fertilisation and Embryology Authority [http://www.hfea.gov.uk/docs/General_Directions_0011_-_Reporting_adverse_incidents_and_near_misses_V3.pdf]. Accessed 2015 Oct 23.
27. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Ovarian hyperstimulation syndrome: what you need to know*. London: RCOG; 2007 [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/patients/patient-information-leaflets/gynaecology/ovarian-hyperstimulation-syndrome.pdf]. Accessed 2015 Oct 23.
28. Balasch J, Carmona F, Llach J, Arroyo V, Jové I, Vanrell JA. Acute prerenal failure and liver dysfunction in a patient with severe ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Reprod* 1990;5:348–51.
29. Shrivastav P, Nadkarni P, Craft I. Day care management of severe ovarian hyperstimulation syndrome avoids hospitalization and morbidity. *Hum Reprod* 1994;9:812–4.

30. Lincoln SR, Opsahl MS, Blauer KL, Black SH, Schulman JD. Aggressive outpatient treatment of ovarian hyperstimulation syndrome with ascites using transvaginal culdocentesis and intravenous albumin minimizes hospitalization. *J Assist Reprod Genet* 2002;19:159-63.
31. Smith LP, Hacker MR, Alper MM. Patients with severe ovarian hyperstimulation syndrome can be managed safely with aggressive outpatient transvaginal paracentesis. *Fertil Steril* 2009;92:1953-9.
32. Shukla U, Deval B, Hamoda H, Savvas M, Narvekar N. A programme of outpatient surveillance for women at risk of severe OHSS following IVF: a prospective follow-up review of 99 cases. *Hum Fertil (Camb)* 2011;14 Suppl 1:7.
33. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium*. Green-top Guideline No. 37a. London: RCOG; 2015.
34. Lainas GT, Kolibianakis EM, Sfontouris IA, Zorzovilis IZ, Petsas GK, Tarlatzi TB, et al. Outpatient management of severe early OHSS by administration of GnRH antagonist in the luteal phase: an observational cohort study. *Reprod Biol Endocrinol* 2012;10:69.
35. Rollene NL, Amols MH, Hudson SB, Coddington CC. Treatment of ovarian hyperstimulation syndrome using a dopamine agonist and gonadotropin releasing hormone antagonist: a case series. *Fertil Steril* 2009;92:1169.e15-17.
36. Baumgarten M, Polanski L, Campbell B, Raine-Fenning N. Do dopamine agonists prevent or reduce the severity of ovarian hyperstimulation syndrome in women undergoing assisted reproduction? A systematic review and meta-analysis. *Hum Fertil (Camb)* 2013;16:168-74.
37. Nouri K, Tempfer CB, Lenart C, Windischbauer L, Walch K, Promberger R, et al. Predictive factors for recovery time in patients suffering from severe OHSS. *Reprod Biol Endocrinol* 2014;12:59.
38. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Ovarian hyperstimulation syndrome. *Fertil Steril* 2008;90 Suppl 5:S188-93.
39. Fábregues F, Balasch J, Manau D, Jiménez W, Arroyo V, Creus M, et al. Haematocrit, leukocyte and platelet counts and the severity of the ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Reprod* 1998;13:2406-10.
40. Nowicka MA, Fritz-Rdzanek A, Grzybowski W, Walecka I, Niemiec KT, Jakimiuk AJ. C-reactive protein as the indicator of severity in ovarian hyperstimulation syndrome. *Gynecol Endocrinol* 2010;26:399-403.
41. Maslovitz S, Jaffa A, Eytan O, Wolman I, Many A, Lessing JB, et al. Renal blood flow alteration after paracentesis in women with ovarian hyperstimulation. *Obstet Gynecol* 2004;104:321-6.
42. Ferraretti AP, Gianaroli L, Diotallevi L, Festi C, Trounson A. Dopamine treatment for severe ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Reprod* 1992;7:180-3.
43. Tsunoda T, Shibahara H, Hirano Y, Suzuki T, Fujiwara H, Takamizawa S, et al. Treatment for ovarian hyperstimulation syndrome using an oral dopamine prodrug, docarpamine. *Gynecol Endocrinol* 2003;17:281-6.
44. Delvigne A, Rozenberg S. Review of clinical course and treatment of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS). *Hum Reprod Update* 2003;9:77-96.
45. Raziq A, Friedler S, Schachter M, Strassburger D, Bukovsky I, Ron-El R. Transvaginal drainage of ascites as an alternative to abdominal paracentesis in patients with severe ovarian hyperstimulation syndrome, obesity, and generalized edema. *Fertil Steril* 1998;69:780-3.
46. Ozgun MT, Batukan C, Oner G, Uludag S, Aygen El Sahin Y. Removal of ascites up to 7.5 liters on one occasion and 45 liters in total may be safe in patients with severe ovarian hyperstimulation syndrome. *Gynecol Endocrinol* 2008;24:656-8.
47. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Management of Ascites in Ovarian Cancer Patient*. Scientific Impact Paper No. 45. London: RCOG; 2014.
48. Grossman LC, Michalakis KG, Browne H, Payson M, Segars JH. The pathophysiology of ovarian hyperstimulation syndrome: an unrecognized compartment syndrome. *Fertil Steril* 2010;94:1392-8.
49. Koike T, Araki S, Minakami H, Ogawa S, Sayama I, Shibahara H, et al. Clinical efficacy of peritoneovenous shunting for the treatment of severe ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Reprod* 2000;15:113-17.
50. Zhang Q, Xia L, Gao G. A new effective method in the treatment of severe ovarian hyperstimulation syndrome. *Iran J Reprod Med* 2012;10:589-94.
51. Rova K, Passmark H, Lindqvist PG. Venous thromboembolism in relation to in vitro fertilization: an approach to determining the incidence and increase in risk in successful cycles. *Fertil Steril* 2012;97:95-100.
52. ESHRE Capri Workshop Group. Venous thromboembolism in women: a specific reproductive health risk. *Hum Reprod Update* 2013;19:471-82.
53. Gelbaya TA. Short and long-term risks to women who conceive through in vitro fertilization. *Hum Fertil (Camb)* 2010;13:19-27.
54. Gorkemli H, Camus M, Clasen K. Adnexal torsion after gonadotrophin ovulation induction for IVF or ICSI and its conservative treatment. *Arch Gynecol Obstet* 2002;267:4-6.
55. Cupisti S, Emran J, Mueller A, Dittrich R, Beckmann M, Binder H. Course of ovarian hyperstimulation syndrome in 19 intact twin pregnancies after assisted reproductive techniques, with a case report of severe thromboembolism. *Twin Res Hum Genet* 2006;9:691-6.
56. Amarin ZO. Bilateral partial oophorectomy in the management of severe ovarian hyperstimulation syndrome. An aggressive, but perhaps life-saving procedure. *Hum Reprod* 2003;18:659-64.
57. Bellver J, Escudero E, Pellicer A. Bilateral partial oophorectomy in the management of severe ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS): ovarian mutilating surgery is not an option in the management of severe OHSS. *Hum Reprod* 2003;18:1363-7.
58. Mathur RS, Jenkins JM. Is ovarian hyperstimulation syndrome associated with a poor obstetric outcome? *BJOG* 2000;107:943-6.
59. Papanikolaou EG, Tournaye H, Verpoest W, Camus M, Vernaev V, Van Steirteghem A, et al. Early and late ovarian hyperstimulation syndrome: early pregnancy outcome and profile. *Hum Reprod* 2005;20:636-41.
60. Courbiere B, Oborski V, Braunstein D, Desparrois L, Noizet A, Gamberre M. Obstetric outcome of women with in vitro fertilization pregnancies hospitalized for ovarian hyperstimulation syndrome: a case-control study. *Fertil Steril* 2011;95:1629-32.
61. Haas J, Yinon Y, Meridor K, Hershko-Klement A, Orvieto T, Schiff E, et al. Is severe ovarian hyperstimulation syndrome associated with adverse pregnancy outcome? Evidence from a large case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210 Suppl 1:S329-30.

Приложение I: Объяснение клинических рекомендаций и уровней доказательности

Клинические рекомендации: «систематически разработанные заявления, которые помогают врачам и пациентам принимать решения о надлежащем лечении конкретных состояний». Все рекомендации систематически разрабатываются с использованием стандартизированной методики. Точные сведения об этом процессе можно найти в Рекомендациях по клиническому руководству № 1. *Разработка практических клинических рекомендаций RCOG* (доступно на веб-сайте RCOG <http://www.rcog.org.uk/green-top-development>). Данные рекомендации не являются единственно возможным курсом контроля или лечения. Они должны оцениваться с учетом индивидуальных потребностей пациентов, ресурсов и ограничений, характерных для учреждения, и вариаций местной группы пациентов. Надеемся, что процесс использования на местном уровне на правах владения поможет включить данные клинические рекомендации в рутинную практику. Внимание обращается на области клинической неопределенности, где могут быть показаны дальнейшие исследования.

Данные, используемые в этом руководстве, были оценены с использованием приведенной ниже схемы и рекомендаций, сформулированных аналогично стандартизированной схеме классификации.

Классификация уровней доказательств	Уровни рекомендаций
1++ Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных клинических исследований (РКИ) или рандомизированных клинических исследований с очень низким риском системных ошибок	A Не менее одного мета-анализа, систематического обзора или РКИ, оцененного как 1++ и непосредственно применимого к целевой популяции; или Систематический обзор РКИ или доказательная база, состоящая преимущественно из исследований, оцененных как 1+, непосредственно применимых к целевой популяции и демонстрирующих одинаковые результаты
1+ Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры РКИ с низким риском системных ошибок	B Доказательная база, включающая исследования, оцененные как 2++, непосредственно применимые к целевой популяции и демонстрирующие одинаковые результаты; или экстраполированные данные исследований, оцененных как 1++ или 1+
1- Мета-анализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с высоким риском системных ошибок	
2++ Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или системных ошибок и высокой вероятностью причинной взаимосвязи	C Доказательная база, включающая исследования, оцененные как 2+, непосредственно применимые к целевой популяции и демонстрирующие одинаковые результаты; или экстраполированные данные исследований, оцененных как 2++
2+ Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования с низким риском эффектов смешивания или системных ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи	
2- Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или системных ошибок и высокой вероятностью причинной взаимосвязи	D Уровень доказательности 3 или 4; или экстраполированные данные исследований, оцененных как 2+
3 Неаналитические исследования, например, описания отдельных клинических случаев, серии случаев	
4 Заключение эксперта	Принципы надлежащей практики <input checked="" type="checkbox"/> Рекомендуемая надлежащая практика базируется на клиническом опыте рабочей группы по разработке рекомендаций

Данное руководство было подготовлено от имени Королевского колледжа акушеров и гинекологов:

Д-р Р. С. Матур (RS Mathur) FRCOG (член Королевского колледжа акушеров и гинекологов), Манчестер; А. Дж. Дракели (AJ Drakeley) FRCOG, Ливерпуль; Н. Дж. Рейн-Феннинг (NJ Raine-Fenning) MRCOG (член Королевского колледжа акушеров и гинекологов), Ноттингем, И. О. Евбуомван (IO Ebuomwan) FRCOG, Гейтсхед; и Х. Хамода (H Hamoda) MRCOG, Лондон

и рецензировано:

Д-р В. Ал Омари (W Al Omani) FRCOG, Рокхэмpton, Австралия; проф. А. Х. Бален (AH Balen) FRCOG, Лидс; А. Дияф (A Diyaf) MRCOG, Барнстап; А. Еарен (A Earpen) DRCOG (диплом Королевского колледжа акушеров и гинекологов), Бирмингем; д-р А.П. Ферраретти (AP Ferraretti), Болонья, Италия; Т. А. Гелбая (TA Gelbaya) FRCOG, Лестер; профессор А. Якимюк (A Jakimiuk), Варшава, Польша; д-р Е. М. Колибианакис (EM Kolibianakis), Салоники, Греция; Б. Кумар (B Kumar) FRCOG, Рексем; д-р Йоханнес Отт (Johannes Ott), Вена, Австрия; профессор А. Разиэль (A Raziel), Тель-Авив, Израиль; Королевский колледж экстренной медицины, Лондон; Королевский колледж врачей общей практики, Лондон; Женская сеть RCOG; профессор Дж. Г. Шенкер (JG Schenker) FRCOG, Иерусалим, Израиль; Д-р А. Зосмер (A Zosmer), Лондон.

Ведущие рецензенты Комитета: Г. Кумар (G Kumar) FRCOG, Рексем, Уэльс; и Н. Потдар (N Potdar) MRCOG, Лестер.

Председатели Руководящего комитета: д-р М. Гупта (M Gupta)¹ MRCOG, Лондон; д-р П. Оуэн (P Owen)² FRCOG, Глазго; и д-р А.Дж. Томсон (AJ Thomson)¹ MRCOG, Пейсли.

¹Сопредседатель с июня 2014 года 2 по май 2014 года.

Всех разработчиков руководств RCOG просят объявить о любых конфликтах интересов. Заявления, в котором излагаются любые конфликты интересов для данного руководства, можно получить по адресу: <https://www.rcog.org.uk/ru/guidelines-research-services/руководящие-принципы/gtg05/>

Ответственность за окончательный вариант практических рекомендаций несет Комитет RCOG.

Процесс рассмотрения начнется в 2019 году, если не указано иное.

ОТКАЗ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Королевский колледж акушеров и гинекологов разрабатывает рекомендации в качестве учебного пособия в рамках надлежащей клинической практики. В них представлены признанные методы и методики клинической практики, основанные на опубликованных доказательствах, предназначенные для акушеров-гинекологов, а также других соответствующих специалистов в области здравоохранения. Окончательное решение относительно конкретной клинической процедуры или плана лечения должно приниматься врачом или другим специалистом с учетом клинических данных, представленных пациентом, а также доступных вариантов диагностики и лечения.

Это означает, что рекомендации RCOG отличаются от протоколов или руководящих принципов, изданных работодателями, поскольку они не являются предписывающими указаниями, определяющими единственный курс лечения. Отказ от местных предписывающих протоколов или руководящих принципов должен быть полностью задокументирован в примечаниях к истории болезни пациента в момент принятия соответствующего решения.