

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
имени В.А. Алмазова» МЗ РФ**

Клинический протокол

«Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенном и доношенном сроке беременности»

К.м.н. доцент Кузнецова Л.В.

«START-POINT» – ПРОВЕРКА НА ПРОЧНОСТЬ

Приказ Минздравсоцразвития России №1687н от 27 декабря 2011 г.

О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи

В соответствии со статьей 53 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724)

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:
 - медицинские критерии рождения, согласно приложению № 1;
 - учетную форму № 103/у «Медицинское свидетельство о рождении» согласно приложению № 2;
 - Порядок выдачи учетной формы № 103/у «Медицинское свидетельство о рождении» согласно приложению № 3.
2. Признать утратившим силу приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2008 г. № 782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти» (Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 декабря 2008 г. № 13055).

**Министр
Г.А. Голикова**

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕАНИМАЦИИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, В РАЗНЫХ СТРАНАХ

Страна	Срок гестации (недели)	
	22 – 24	> 25
Австрия	индивидуально	реанимация
Бельгия	паллиативно	реанимация
Великобритания	индивидуально	реанимация
Германия	индивидуально	реанимация
Дания	индивидуально	индивидуально
Италия	отказ	реанимация
Испания	отказ	реанимация
Нидерланды	отказ	реанимация
Норвегия	индивидуально	реанимация
Португалия	индивидуально	реанимация
Россия	реанимация	реанимация
Словакия	индивидуально	индивидуально
Словения	паллиативно	реанимация
Турция	реанимация	реанимация
Финляндия	индивидуально	реанимация
Франция	индивидуально	индивидуально
Чехия	индивидуально	реанимация
Швейцария	индивидуально	реанимация
Швеция	индивидуально	реанимация
Эстония	индивидуально	реанимация

Преждевременные роды

МКБ 10:O60, O60.0, O60.1, O60.2, O60.3, O47.0, O42

Год утверждения (частота пересмотра):2020

ID:КР331/1

URL

Профессиональные ассоциации

- **ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)** •
Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов (АААР)

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) – это осложнение беременности, характеризующееся нарушением целостности оболочек плодного пузыря и излитием околоплодных вод (до начала родовой деятельности) на любом сроке беременности с 22 недель гестации

Эпидемиология

- Частота преждевременных родов составляет 7-10% от всех родов.
- 9-10% детей рождаются до 37 недели, 6% до 36 недели, 2-3 % до 33 недели.
- В течение последних 30 лет частота рождения недоношенных детей остается стабильной, однако отмечают улучшение прогноза для новорожденных в связи с развитием неонатальной медицины.

Вероятность развития родовой деятельности при излитии околоплодных вод находится в прямой зависимости от гестационного срока: чем меньше срок, тем больше период до развития регулярной родовой деятельности (латентный период). В пределах первых суток после преждевременного излития вод спонтанные роды начинаются: а) в 26 % при массе плода 500-1000,0 г, в 51 % при массе плода 1000-2500,0 г, в 81 % при массе плода более 2500,0 г.

Пролонгирование беременности при сроках беременности до 22 нед беременности нецелесообразно из-за неблагоприятного прогноза для плода (ниже срока жизнеспособности) и высокой частоты гнойно-септических осложнений матери. Рекомендуется прерывание беременности.

Выбор тактики ведения при преждевременном излитии околоплодных вод при недоношенной беременности должен быть оформлен в виде информированного согласия пациентки.

Актуальность

- Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности осложняет течение беременности в 2-3 % случаев
- Является причиной значительной части неонатальной заболеваемости и смертности

Ventura SJ et all 1993, 1995

- Основные причины неонатальной смертности: недоношенность, сепсис и гипоплазия легких
- Риск для матери связан, прежде всего, с хориоамнионитом (13-60 %)

Mozurkewich E. 1999

- Доказана связь между восходящей инфекцией из нижних отделов генитального тракта и преждевременным излитием околоплодных вод

Этиологические факторы

1. Материнские факторы:

- - истмико-цервикальная недостаточность, которая ведёт к нарушению запирающей функции перешейка и шейки матки. Развивается на фоне гормональных нарушений (функциональная) или повреждения истмического отдела вследствие травматических родов, искусственного аборта, глубоких разрывов шейки матки (органическая).
- - Пороки развития матки (внутриматочная перегородка, однорогая, двойная матка и т. д.).
- - Экстрагенитальные заболевания матери (пороки сердца в стадии декомпенсации, гипертоническая болезнь, нефриты, заболевания крови, сахарный диабет и т. д.).
- - Инфекционные заболевания матери (грипп, вирусный гепатит, краснуха и т.д)

Этиологические факторы

2. Факторы со стороны плода

- пороки развития плода.

3. Сочетание факторов:

- преэклампсия;
- резус-конфликт;
- аномалии прикрепления плаценты;
- преждевременная отслойка нормальной или низко расположенной плаценты;
- неправильное положение плода;
- перерастяжение матки при многоводии, многоплодии;
- возраст (моложе 18 и старше 30 лет).

Для женщин с преждевременными родами характерны проявления общего и местного инфантилизма, позднее становление менструальной функции, высокий индекс инфекционных заболеваний.

- Около 30% всех случаев самопроизвольных преждевременных родов обусловлено инфекцией, причем среди детей, рожденных до 30 нед. беременности, гистологически верифицированный хориоамнионит отмечен в 80% случаев.

Диагностика

При преждевременном излитии околоплодных вод и недоношенном сроке беременности (при отсутствии противопоказаний) проводится выжидательная тактика.

- При поступлении в приемный покой на каталке беременная переводится в родильное отделение, где производится исследование в зеркалах в стерильных условиях (жидкость, вытекающая из цервикального канала или находящаяся в заднем своде, подтверждает диагноз),
- для подтверждения разрыва плодных оболочек проводится нитразиновый тест (определение pH влагалища) или AmniSure (определение белка PAMG-1) или цитологический тест (симптом «папоротника»),
- предложить пациентке чистую прокладку и оценить характер и количество выделений через 1 час,
- провести УЗИ – олигогидрамнион (B-2b)
- влагалищное исследование не проводится – кроме случаев, когда есть признаки активной родовой деятельности, так как значительно увеличивается риск распространения инфекции и вряд ли определит тактику дальнейшего ведения беременности и родов (B-2b)

- Дробная термометрия каждые 3 часа,
- Измерение пульса, оценка характера выделений из половых путей, оценка родовой деятельности каждые 4 часа.
- Объем дополнительного обследования:
- Посев отделяемого из цервикального канала на стрептококк группы В (*Str.agalactiae*), флору и чувствительность к АБ - при первом осмотре в зеркалах.
- Оценка состояния плода – УЗИ (олигогидрамнион), УЗ-доплерометрия, оценка амниотического индекса ежедневно, КТГ 2 раза в день (с 32 недель гестации).
- Клинический анализ крови ежедневно – лейкоциты, формула – 1 раз в 2 дня при отсутствии клинических признаков инфекции.
- Определение С-реактивного белка в крови 1 раз в 2-3 дня.
- Прокальцитониновый тест 1 раз в неделю, при подозрении на инфекцию повторить

Токолитическая терапия

(КР «Преждевременные роды» 2020)

При ПИОВ и угрожающих ПР или начавшихся ПР в сроках беременности 24 – 33 6/7 недель рекомендована токолитическая терапия.
- А

Введение токолитических препаратов может снизить силу и частоту сокращений матки, отсрочить наступление родов на 48 часов (с целью профилактики РДС у плода, проведения магниальной терапии для нейропротекции плода) и/или даже 7 дней, но не пролонгировать беременность до доношенного срока.

В качестве **первой линии** токолитической терапии рекомендованы нифедипин (блокатор «медленных» кальциевых каналов) и атозибан (препарат, блокирующий рецепторы окситоцина). - А

В качестве **второй линии** токолитической терапии рекомендованы

в **24 – 31 6/7** недели беременности гексопреналин (токолитические препараты - симпатомиметики) и нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин 50-100 мг ректально или внутрь, затем по 25 мг каждые 6 часов (не более 48 часов)),

а в **32 – 33 6/7** недели беременности рекомендованы только токолитические препараты – симпатомиметики (гексопреналин) в связи с неблагоприятными эффектами индометацина на плод после 32 недель. - А

Применение токолитической терапии.

В связи с отсутствием доказательности эффективности «профилактические курсы» токолитиков (после эпизода угрожающих преждевременных родов) нецелесообразны (уровень доказательности А-1b)

Токолитики применяются при наличии сократительной активности матки на период не более 48 часов на время проведения курса кортикостероидов.(B-2a). Weiner CP et all 1988

Трактоцил (атозибан)

Атозибан следует применять только в случае диагностированных преждевременных родов сроком **от 24 до 33** полных недель беременности.

Не применять при преждевременный разрыв околоплодного пузыря при беременности сроком более 30 недель

Не применять в случаях предлежания и аномального прикрепления плаценты

- вначале болюсно вводится р-р для инъекций в начальной дозе 6,75 мг;
- сразу после этого проводится продолжительная инфузия концентрата для приготовления инфузионного р-ра в высокой дозе — 300 мкг/мин (нагрузочная инфузия) в течение 3 ч;
- после этого проводится продолжительная (до 45 ч) инфузия концентрата в низкой дозе — 100 мкг/мин. Продолжительность лечения не должна превышать 48 ч.
Полная доза препарата на весь курс терапии не должна превышать 330 мг.

Нейропротекция плода

(КР «Преждевременные роды» 2020)

При ПРПО, начавшихся или запланированных (индуцированных) ПР в течении 24 часов рекомендовано внутривенное введение магния сульфата в 24 0/7 - 33 6/7 недель беременности с целью нейропротекции плода. – А

Магнезиальная терапия за 24 часа до родоразрешения снижает частоту церебрального паралича, двигательных нарушений. Максимальный эффект отмечается до 30 недель.

Схема применения: нагрузочная доза 4 г в течение 20-30 минут, затем 1 г/час в течение 24 часов внутривенно

Антибактериальная терапия

- **Профилактическое применение антибиотиков**
- **Лечение уже развившегося инфекционного осложнения**

Антибактериальная терапия (КР «Преждевременные роды» 2020)

При ПРПО рекомендована антибактериальная терапия с целью пролонгирования беременности и снижения неонатальной заболеваемости с момента постановки диагноза ПРПО в течение 10 дней, либо до родов (если они начинаются ранее). – А

Научно доказанным и подтвержденными препаратами являются ампициллин/амоксициллин и/или эритромицин.

Решение о повторном курсе антибактериальной терапии принимается в зависимости от результатов инфекционно-воспалительного мониторинга.

При ПРПО не рекомендовано применение амоксициллина+клавулоновой кислоты в связи с высокой частотой развития некротизирующего энтероколита у новорожденных. - С

Профилактика РДС



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)



П Р И К А З

10 мая 2017 г.

№ *2034*

Москва

**Об утверждении
критериев оценки качества медицинской помощи**

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить критерии оценки качества медицинской помощи согласно приложению.
2. Отменить приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июля 2016 г. № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 августа 2016 г., регистрационный № 43170).

**Приказ Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 10.05.2017 г. № 203н
"Об утверждении критериев оценки качества
медицинской помощи"**

ПОКАЗАНИЯ для профилактики РДС

п.3.15.13 проведение антенатальной терапии лекарственными препаратами группы системных глюкокортикоидов

- угроза преждевременных родов, преждевременное излитие околоплодных вод в сроках гестации от 22 до 37 недель,
- досрочное родоразрешение по медицинским показаниям в сроках гестации от 22 до 37 недель,

**Приказ Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 10.05.2017 г. № 203н
"Об утверждении критериев оценки качества
медицинской помощи"**

Профилактика РДС плода

(КР «Преждевременные роды» 2020)

При угрожающих ПР, начавшихся ПР и ПРПО в 24 0/7 – 33 6/7 недель беременности рекомендована антенатальная профилактика РДС плода (плодов при многоплодной беременности). – А

Максимальный эффект от применения ГКС отмечается на 2–7 сутки от начала профилактики, при этом, если не удастся провести полный курс, следует все равно начинать профилактику РДС (доказан эффект «неполной дозы»).

Антенатальная профилактика РДС плода в 22 0/7 - 23 6/7 недель беременности не рекомендована. –А

Профилактика РДС плода в 34 0/7 – 35 6/7 недель беременности может быть рекомендована в случае отсутствия ранее проводимого курса антенатальной профилактики, а также при наличии клинической целесообразности (сахарный диабет). - А

Профилактика РДС плода

(КР «Преждевременные роды» 2020)

Однократный повторный курс антенатальной профилактики РДС плода может быть рекомендован в 24 0/7 – 33 6/7 недель беременности при сохраняющихся клинических симптомах начавшихся ПР при условии, что предыдущий курс проводился более 14 дней назад, особенно в сроках <28 недель беременности.

«Спасительный» (с англ. rescue) курс может быть проведен уже через 7 дней в случае клинической целесообразности. – А

Повторный курс антенатальной профилактики РДС плода не является рутинным и решение о его применении должно быть принято на основании времени, прошедшего от последнего курса профилактики, гестационного срока и вероятности родоразрешения в ближайшие 48 часов.

Не рекомендовано проведение регулярных или серийных повторных курсов (более 2-х) профилактики РДС плода. - А

При проведении многократных повторных курсов отмечается более высокий риск краткосрочных и долгосрочных перинатальных осложнений, 4 и более курса ассоциированы с повышенным риском церебрального паралича.

Вопрос о повторном/спасительном курсе антенатальной профилактики РДС плода при ПРПО остается спорным.

Профилактика РДС плода

(КР «Преждевременные роды» 2020)

Для профилактики РДС плода рекомендованы

бетаметазон внутримышечно в дозе 12 мг 2 раза с интервалом 24 часа или

дексаметазон внутримышечно в дозе 6 мг 4 раза с интервалом 12 часов или в дозе 8 мг 3 раза с интервалом 8 часов (суммарная доза 24 мг). – А

Меньшие интервальные дозировки, чем те, что описаны выше, часто называемые «ускоренным курсом», даже в ситуации, когда роды кажутся неизбежными, не продемонстрировали потенциальных преимуществ.

Дексаметазон и бетаметазон являются препаратами offlabel в контексте профилактики РДС плода, и перед применением необходимо получить письменное информированное согласие пациентки на их использование.

Профилактика РДС плода

Уровень глюкозы в крови матери повышается вскоре после введения кортикостероидов и может оставаться повышенным до 5 дней. Женщинам с диабетом, получающим кортикостероиды, следует вводить дополнительное количество инсулина в соответствии с согласованным протоколом и проводить тщательное наблюдение.

В раннем неонатальном периоде новорожденным рекомендован тщательный мониторинг уровня глюкозы плазмы крови.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ для ГКС

Для кратковременного применения по жизненным показаниям единственным противопоказанием является повышенная чувствительность к дексаметазону или компонентам препарата.

С *осторожностью* препарат следует назначать при следующих заболеваниях и состояниях:

- **заболевания ЖКТ** - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эзофагит, гастрит, неспецифический язвенный колит с угрозой перфорации или абсцедирования, дивертикулит;
- паразитарные и **инфекционные заболевания** вирусной, грибковой или бактериальной природы - простой герпес, опоясывающий герпес (виремическая фаза), ветряная оспа, корь; амебиаз, стронгилоидоз; системный микоз; активный и латентный туберкулез, хориоамнионит.
- **иммунодефицитные состояния** (в т.ч. СПИД или ВИЧ-инфицирование);
- **заболевания сердечно-сосудистой системы** - тяжелая хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, гиперлипидемия;
- **эндокринные заболевания** - сахарный диабет (в т.ч. нарушение толерантности к углеводам), тиреотоксикоз, гипотиреоз, болезнь Иценко- Кушинга, ожирение (III-IV ст.)
- тяжелая хроническая **почечная и/или печеночная недостаточность**, нефроуролитиаз;
- **гипоальбуминемия** и состояния, предрасполагающие к ее возникновению;
- **системный остеопороз**, миастения gravis, острый психоз, полиомиелит, открыто- и закрытоугольная глаукома;
- **беременность**.

NICE рекомендует не проводить плановое кесарево сечение до 39 +0 недель беременности.

Для женщин, планирующих плановое кесарево сечение между 37 0/7 и 38 6/7 неделями, необходимо провести информированное обсуждение с женщиной о потенциальных рисках и преимуществах курса антенатальной терапии кортикостероидами. Хотя антенатальные кортикостероиды могут снизить госпитализацию в неонатальное отделение по поводу респираторных заболеваний, неясно, происходит ли какое-либо снижение РДС, транзиторного тахипноэ новорожденных или госпитализаций в целом, а антенатальные кортикостероиды могут нанести вред новорожденных, включая гипогликемию и возможную задержку развития.

Признаки хориоамнионита

Синдром системной воспалительной реакции :

Два признака или более из следующих:

– количество лейкоцитов в крови >12 тыс. или <4 тыс. в 1 мкл;
либо относительное количество незрелых форм более 10%;

– частота сердечных сокращений > 90 уд/мин;

– частота дыхания >20 в минуту;

– температура тела $>38^{\circ}$ или $< 36^{\circ}\text{C}$.

-тахикардия плода (> 160 уд/мин);

-СРБ

-Прокальцитониновый тест

Признаки местного воспаления:

выделения из влагалища с гнилостным запахом;

повышение тонуса матки (оба последних симптома являются поздними признаками инфекции.)

Противопоказания для выбора выжидательной тактики:

- Хориоамнионит
- Осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения
 - тяжелая преэклампсия/эклампсия
 - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
 - кровотечение при предлежании плаценты
- декомпенсированные состояния матери
- декомпенсированные состояния плода (НМПК II ст и более)

Тактика ведения

- В пределах первых суток после преждевременного излития вод спонтанные роды начинаются: а) в 26 % при массе плода 500-1000,0 г, в 51 % при массе плода 1000-2500,0 г, в 81 % при массе плода более 2500,0 г
- Пролонгирование беременности при сроках беременности до 22 нед беременности нецелесообразно из-за неблагоприятного прогноза для плода.
- При сроке до 34 нед. при отсутствии противопоказаний показана выжидательная тактика (В-3а)

Срок беременности 22-33 недели 6 дней

*При отсутствии противопоказаний показана выжидательная тактика
(В-3а)*

- Перевод в дородовое отделение
- Дробная термометрия каждые 3 часа,
- Измерение пульса, оценка характера выделений из половых путей, оценка родовой деятельности каждые 4 часа.
- Наблюдение врача 2 раза в сутки.
- Посев отделяемого из цервикального канала на стрептококк группы В (*Str.agalactiae*), флору и чувствительность к АБ - при первом осмотре в зеркалах.
- Оценка состояния плода – УЗИ (олигогидрамнион), УЗ-доплерометрия, оценка амниотического индекса 1 раз в 2 дня, КТГ 2 раза в день (с 32 недель гестации).
- Клинический анализ крови ежедневно – лейкоциты, формула – 1 раз в 2 дня при отсутствии клинических признаков инфекции.
- Определение С-реактивного белка в крови 1 раз в 3 дня.
- Прокальцитониновый тест 1 раз в неделю, при подозрении на инфекцию повторить
- Профилактика РДС плода
- Назначение антибиотиков

- Токолитики – при наличии маточных сокращений в течение 48 часов, чтобы иметь возможность провести стероидную терапию

При наличии у пациентки тазового предлежания плода или рубца на матке, требующего оперативного родоразрешения проводится ведение пациентки по протоколу выжидательной тактики до достижения срока беременности 28 3/7 недель, затем оперативное родоразрешение со сменой а/б терапии.

Оперативное родоразрешение до указанного срока проводится при развитии родовой деятельности или при появлении признаков инфекции.

После 28 3/7 недель оперативное родоразрешение у таких пациенток проводится после окончания курса профилактики РДС в плановом порядке

Срок беременности 34-36 недель 6 дней

- При отсутствии признаков инфекции и показаний для срочного или экстренного родоразрешения проводится выжидательная тактика без предварительного влагалищного исследования в условиях дородового отделения в течение 48 часов.
- У пациенток с преждевременным излитием вод и наличием тазового предлежания плода или рубца на матке, не имеющих абсолютных показаний к оперативному родоразрешению, проводится выжидательная тактика развития спонтанной родовой деятельности в течение 6 часов. При ее отсутствии родовозбуждение не проводится — кесарево сечение.
- Выжидательная тактика в течение 48 часов (перевод в дородовое отделение, термометрия каждые 3 часа, клинический анализ крови ежедневно, С-реактивный белок ежедневно, КТГ 2 раза в сутки (при сроке более 32 нед.))
- При отсутствии спонтанной родовой деятельности через 48 часов производится оценка акушерской ситуации с решением вопроса о методе родоразрешения

- Хориоамнионит — абсолютное показание к быстрому родоразрешению и не является противопоказанием к оперативному родоразрешению
- При отсутствии активной родовой деятельности и условий для быстрого родоразрешения метод выбора — кесарево сечение (RCOG November 2006)
- При преждевременном излитии околоплодных вод при сроке 34 нед. и более длительная (более 48 часов) выжидательная тактика не показана, так как риск компрессии пуповины без улучшения исходов для плода и повышается риск внутриматочной инфекции и (В-3b). Но решение о вмешательстве должно приниматься, на основании комплексной клинической оценки ситуации после получения информированного согласия пациентки. Naef et all 1998

- При отказе пациентки от прекращения выжидательной тактики – подписание информированного согласия , беременность пролонгируется под продолжающейся антибактериальной терапией.

Родоразрешение

- Роды ведут выжидательно, проводят адекватное обезболивание, может быть использован любой вид обезболивания - немедикаментозного и медикаментозного
- Эпидуральная анальгезия предпочтительнее наркотических анальгетиков для обезболивания преждевременных родов из-за большей эффективности и меньшей токсичности (А-1b).
- Основной задачей ведения I периода родов является профилактика быстрого их течения
- Коррекция нарушений сократительной деятельности матки при быстрых преждевременных родах проводится в/в кап. введением токолитиков. Токолиз прекращается при открытии шейки матки 8-9 см, т.е. за 30-40 мин до предполагаемых родов
- Профилактика кровотечения в III и раннем послеродовом периодах проводится по обычной методике (в/в окситоцин)
- **Неэффективно:**
 - ✓ Рутинное использование эпизиотомии для профилактики травм плода
 - ✓ Использование выходных щипцов для рождения головки
 - ✓ Вакуум не должен использоваться при преждевременных родах до срока 34 нед. беременности из-за повышения неонатальной заболеваемости связанной с высокой частотой субгалеальных (между апоневрозом и надкостницей) гематом (В-3а)

- С целью подготовки мягких родовых путей при недостаточной биологической готовности используют антигестагены:

Мифепристон по схеме (200 мкг №2 через 24 часа)

- Применение простагландинов не рекомендовано.

- Выбор метода родоразрешения зависит от состояния матери, плода, его предлежания, срока беременности, готовности родовых путей.
- Плановое КС по сравнению с родами через ЕРП не улучшает исходов для недоношенного ребенка, увеличивая материнскую заболеваемость. Поэтому роды через ЕРП для недоношенного плода в головном предлежании предпочтительны, особенно после 32 нед беременности.
- Кесарево сечение должно проводиться по обычным акушерским показаниям.
- Данные эффективности оперативного родоразрешения при тазовом предлежании противоречивы. Решение о выборе метода родов должны приниматься индивидуально на основании клинических показаний.
- При ножном предлежании показано КС (В-3а).
- Выбор вида разреза на матке во время КС зависит от срока беременности, предлежания плода, выраженности нижнего сегмента.
- После рождения недоношенного ребенка отсрочка пережатия пуповины на 30-120 сек. (при отсутствии особых показаний) имеет преимущества по сравнению с ранним пережатием: снижает риск анемий, требующих гемотрансфузии, и ВЖК (А-1а)

Анестезия

(КР «Преждевременные роды» 2020)

При ПР через естественные родовые пути при отсутствии противопоказаний в качестве метода обезболивания рекомендована нейроаксиальная аналгезия (эпидуральная, спинальная, комбинированная спинально-эпидуральная). – А

С учетом отрицательного влияния на состояние плода и новорожденного при ПР и наличии противопоказаний рекомендовано избегать применения опиоидов в качестве адъювантов для нейроаксиальной аналгезии. - С

Родоразрешение

(КР «Преждевременные роды» 2020)

При ПИОВ и ПР кесарево сечение (КС) не рекомендовано в качестве метода выбора родоразрешения . – А

Отмечается одинаковая частота родового травматизма, асфиксии при рождении и перинатальной смертности при КС и влагалищных родах, но более высокая материнская заболеваемость при КС по сравнению с родами через естественные родовые пути.

При этом в ряде исследований показано, что в **24 0/7– 27 6/7** недель беременности предпочтительным является КС, так как оно ассоциировано с более низкой частотой тяжелых неонатальных осложнений, неонатальной смертности и тяжелых внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК).

Если предполагаемая масса плода не соответствует гестационному сроку, то КС является предпочтительным в сроках до 31 6/7 недель. При соответствии предполагаемой массы плода сроку гестации родоразрешение через естественные родовые пути в 32 0/7 - 33 6/7 недель имеет более благоприятные неонатальные исходы по сравнению с КС.

Родоразрешение

(КР «Преждевременные роды» 2020)

При ПР и тазовом предлежании плода до 32 6/7 недель беременности КС рекомендовано в качестве метода выбора родоразрешения. – В

Способ родоразрешения должен быть индивидуализирован в зависимости от периода родов, вида тазового предлежания, состояния плода и наличия врача, владеющего техникой принятия родов в тазовом предлежании. При благоприятной акушерской ситуации ПР роды в тазовом предлежании через ЕРП возможны.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения критерия
1.	Проведено исследование уровня лейкоцитов в крови и уровня С-реактивного белка в сыворотке крови при преждевременном разрыве плодных оболочек	Да/Нет
2.	Назначена токолитическая терапия препаратами первой (при невозможности - второй) линии при угрожающих ПР и начавшихся ПР в сроках беременности 24 ⁰ - 33 ⁶ недель	Да/Нет
3.	Проведено внутривенное введение магния сульфата** при преждевременном разрыве плодных оболочек, начавшихся или запланированных (индуцированных) преждевременных родах в 24 ⁰ - 33 ⁶ недель беременности с целью нейропротекции плода	Да/Нет
4.	Проведена антибактериальная терапия при преждевременном разрыве плодных оболочек	Да/Нет
5.	Проведена антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома плода при угрожающих родах (повышенный тонус матки, укорочение шейки матки, открытие наружного зева), начавшихся преждевременных родах и при преждевременном разрыве плодных оболочек в сроках беременности 24 ⁰ - 33 ⁶ недель	Да/Нет
6.	После родов проведено отсроченное пережатие сосудов пуповины при стабильном состоянии новорожденного и пульсации пуповины более 100 в минуту	Да/Нет

Преждевременное излитие околоплодных вод при сроке беременности более 37 недель

О42 - Преждевременный разрыв плодных оболочек

Своевременные роды - роды в 37 0/7 - 41 6/7 недель беременности.

Разрыв плодных оболочек увеличивает риск восходящей инфекции и пролапса пуповины.

Рекомендовано проводить влагалищное исследование после излития околоплодных вод с целью своевременной диагностики выпадения петель пуповины [2]. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Выжидательная тактика или индукция/преиндукция?

КР «Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение)» 2021 г

Middleton P. e1 a1. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more) // Cochrane Database Syst. Rev. Wiley-Blackwell, 2017. Vol. 2017, № 1.

Рекомендована индукция родов при преждевременном разрыве плодных оболочек в 37 недель беременности и более для снижения риска инфекционных осложнений [86]. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: Индукция родов по сравнению с выжидательной тактикой при преждевременном разрыве плодных оболочек в 37 недель и более ассоциирована со снижением риска развития инфекционных осложнений матери (ОР 0,49,95% ДИ 0,33-0,72), септических осложнений новорожденного (ОР 0,73,95% ДИ 0,58-0,92). Время и метод преиндукции/индукции родов определяются клинической ситуацией, в первую очередь «зрелостью» шейки матки.

КР «Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение)» 2021 г

Рекомендовано учитывать готовность шейки матки к родам по шкале Бишоп для обеспечения успешного родоразрешения через естественные родовые пути при выборе срока и метода преиндукции и индукции родов

Оценка шейки матки по шкале Бишоп 8 и более баллов указывает на готовность к родам («зрелая шейка матки»), прогноз благоприятный и родовозбуждение можно начинать немедленно.

Оценка шейки матки по шкале Бишоп 6-7 баллов («недостаточно зрелая шейка матки») представляет собой промежуточную стадию, прогноз успеха индукции родов сомнительный, но для достижения «зрелости» возможно использование коротких схем подготовки

Оценка шейки матки по шкале Бишоп 5 баллов и менее («незрелая шейка матки») свидетельствует об отсутствии готовности к родам, прогноз для родовозбуждения неблагоприятный, для достижения успеха индукции родов необходим период подготовки для «созревания шейки матки», который может занимать несколько дней, что следует учитывать при оценке клинической ситуации.

**Выжидательная тактика или индукция/преиндукция? И чем?
КР «Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки
матки к родам и родовозбуждение)» 2021 г**

Рекомендовано с целью преиндукции родов в доношенном сроке беременности *при незрелой (менее 5 баллов по шкале Бишоп) или недостаточно зрелой (6-7 баллов)* шейкой матки назначить Мифепристон перорально однократно в дозе 200 мг в присутствии врача с повторным приемом через 24 часа в той же дозе

Выжидательная тактика или индукция/преиндукция? И чем?

КР «Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение)» 2021 г

Рекомендовано с целью сокращения интервала времени до родоразрешения при первых родах сочетать родовозбуждение путем амниотомии с немедленной внутривенной инфузией Окситоцина.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: По сравнению с амниотомией с **отсроченной на 4 часа** инфузией окситоцина, индукция родов с амниотомией и немедленным началом инфузии окситоцина у первородящих женщин сокращает интервал времени до рождения плода (в среднем на 2-2,5 часа), при отсутствии различий в частоте оперативного родоразрешения. У повторнородящих женщин немедленное начало инфузии окситоцина после амниотомии сокращает время до родоразрешения (в среднем на 1-1,5 часа) и частоту эпидуральной аналгезии (с 9,9% до 2,9%), но в этой группе возрастает частота нарушений сердечного ритма плода по данным КТГ (28,6% против 16,8%). Кроме того, откладывании времени начала инфузии окситоцина после амниотомии у повторнородящих позволяет избежать его применения в 35,6%.

Выжидательная тактика или индукция/преиндукция? И чем?

ACOG Guidance Update: Diagnosis and Management of PROM (Prelabor Rupture of Membranes) 2020

Срок (≥ 37 нед)

- Рекомендуется индукция по сравнению с выжидательной тактикой.
- Короткий период выжидательной тактики (от 12 до 24 часов)** «может быть предложен соответствующим образом», если пациент отказывается от родов, требует выжидательной тактики, проинформирован относительно рисков и преимуществ. Если состояние плода и матери удовлетворительное, выжидательная тактика «может быть приемлемой».
- Если спонтанных родов нет, стимулируйте роды окситоцином. Выждите достаточное время применения окситоцина (12–18 часов) для развития латентной фазы, прежде чем выполнять кесарево сечение в случае неудачной стимуляции родов.
- Индукция простагландинами столь же эффективна, как и окситоцин, но может иметь более высокие показатели хориоамнионита.
- Недостаточно данных для рекомендаций за или против созревания шейки матки с помощью механических методов, таких как баллон Фолея.

Выжидательная тактика или индукция/преиндукция?

Term Prelabor Rupture of Membranes: CNGOF Guidelines for Clinical Practice 2020

По сравнению с выжидательной тактикой немедленная индукция родов не связана с более низкой частотой неонатальной инфекции, даже среди женщин с положительным результатом вагинального мазка на стрептококк В.

Таким образом, выжидательная тактика может быть предложена без увеличения риска неонатальной инфекции (уровень В).

Индукция родов может быть предложена без увеличения риска кесарева сечения (класс В), независимо от паритета (уровень 2) или оценки по шкале Бишопа (уровень 3) при поступлении.

Индукция родов окситоцином, простагландин Е2 или мизопростол связаны с более короткими интервалами от разрыва плодных оболочек до родов по сравнению с выжидательной тактикой.

Ни один метод индукции (окситоцин, динопростон, мизопростол или катетер Фолея) не продемонстрировал превосходства над другим.

Может быть предложено **как выжидательное ведение, так и индукция родов**, даже в случае положительного результата скрининга на стрептококк В, **в зависимости от пожеланий пациентки и организации родильных отделений**

**Клинический протокол ФГБУ «НМИЦ им.В.А.Алмазова»
«Преждевременное излитие вод при недоношенном и доношенном
сроке беременности» 2022 г**

Рекомендована **выжидательная** тактика ведения беременных при ПИОВ при сроке беременности более 37 недель.

По сравнению с выжидательной тактикой немедленная индукция родов не связана с более низкой частотой неонатальной инфекции, даже среди женщин с положительным результатом вагинального мазка на стрептококк группы Б.

Таким образом, выжидательная тактика может быть предложена без увеличения риска неонатальной инфекции. Однако время и метод преиндукции/индукции родов определяются клинической ситуацией, в первую очередь «зрелостью» шейки матки, паритетом родов и наличием факторов высокого инфекционного риска (например, носительство СГБ).

**Клинический протокол ФГБУ «НМИЦ им.В.А.Алмазова»
«Преждевременное излитие вод при недоношенном и доношенном
сроке беременности» 2022 г**

Противопоказания для выжидательной тактики:

Носительство стрептококка группы Б в урогенитальном тракте

Наличие соматической патологии, сопровождающейся
высоким инфекционным риском (например, инфекционный
эндокардит)

Рекомендуется немедленная индукция, а не выжидательная
тактика.

**Клинический протокол ФГБУ «НМИЦ им.В.А.Алмазова»
«Преждевременное излитие вод при недоношенном и доношенном
сроке беременности» 2022 г**

Рекомендовано учитывать готовность шейки матки к родам по шкале Бишоп для обеспечения успешного родоразрешения через естественные родовые пути при выборе срока и метода преиндукции и индукции родов

Оценка шейки матки по шкале Бишоп 8 и более баллов указывает на готовность к родам («зрелая шейка матки»), прогноз для индукции родов благоприятный

Оценка шейки матки по шкале Бишоп 6-7 баллов («недостаточно зрелая шейка матки») представляет собой промежуточную стадию, прогноз успеха индукции родов сомнительный, но для достижения «зрелости» возможно использование коротких схем подготовки

Оценка шейки матки по шкале Бишоп 5 баллов и менее («незрелая шейка матки») свидетельствует об отсутствии готовности к родам, прогноз для родовозбуждения неблагоприятный, для достижения успеха индукции родов необходим период подготовки для «созревания шейки матки», который может занимать несколько дней, что следует учитывать при оценке клинической ситуации.

**Клинический протокол ФГБУ «НМИЦ им.В.А.Алмазова»
«Преждевременное излитие вод при недоношенном и доношенном
сроке беременности» 2022 г**

Рекомендовано с целью преиндукции родов в доношенном сроке беременности *при незрелой (менее 5 баллов по шкале Бишоп) или недостаточно зрелой (6-7 баллов)* шейкой матки назначить Мифепристон перорально однократно в дозе 200 мг в присутствии врача с повторным приемом через 24 часа в той же дозе

Выжидательная тактика или индукция/преиндукция? И чем?

Аннотация к препарату

Противопоказания: преждевременный разрыв плодных оболочек

- Динопростон (система вагинальная терапевтическая Цервидил) Система вагинальная терапевтическая содержит 10 мг динопростона
- Катетер цервикальный дилатационный
- Гигроскопический осмотический расширитель шейки матки Дилапан-С (недостаточно данных)
- Палочки ламинарии Симург (недостаточно данных)

**Клинический протокол ФГБУ «НМИЦ им.В.А.Алмазова»
«Преждевременное излитие вод при недоношенном и доношенном
сроке беременности» 2022 г**

Рекомендовано с целью индукции родов при ПИОВ в доношенном сроке беременности при зрелой (более 8 баллов по шкале Бишоп) шейке матки применять **отсроченную внутривенную инфузию окситоцина**

у первородящих через 6-8 часов после ПИОВ,

у повторнородящих - через 10-12 часов после ПИОВ.

По сравнению с отсроченной инфузией окситоцина, индукция родов с немедленным началом инфузии окситоцина сокращает интервал времени до рождения плода (в среднем на 2-2,5 часа у первородящих и на 1-1,5 часа у повторнородящих), ассоциирована со снижением риска развития инфекционных осложнений матери и снижением частоты эпидуральной аналгезии (с 9,9% до 2,9%), но возрастает частота нарушений сердечного ритма плода по данным КТГ (28,6% против 16,8%). Кроме того, откладывании времени начала инфузии окситоцина у повторнородящих позволяет избежать его применения в 35,6%.

Клинический протокол ФГБУ «НМИЦ им.В.А.Алмазова» «Преждевременное излитие вод при недоношенном и доношенном сроке беременности» 2022 г

Окситоцин

(приготовление раствора: для в/венного введения перфузором - 1 мл (5 МЕ) в 49 мл 0,9% раствора натрия хлорида).

#Схемы введения:

1. Низкодозированная инфузия - стартовая доза 3 мЕд/мин - 1,8 мл/ч (**«шаг» - 1,8 мл/ч**)
2. Высоккодированная инфузия - стартовая доза 6 мЕд/мин - 3,6 мл/ч (**«шаг» - 3,6 мл/ч**)

Увеличивать скорость введения окситоцина каждые 20-30 минут на 1 «шаг» до достижения 4-5 схваток за 10 минут под контролем состояния матери и плода, далее зафиксировать данную минимально эффективную дозу.

33 мЕд/мин (**19,8 мл/час**) - предельно опасный уровень.

При отсутствии эффекта от введения Окситоцина: (отсутствие родовой деятельности и динамики раскрытия шейки матки в течение 3-5 ч или невозможность достичь активную фазу родов в течение 5-15 часов) - решить вопрос о родоразрешении путем операции КС.

**Клинический протокол ФГБУ «НМИЦ им.В.А.Алмазова»
«Преждевременное излитие вод при недоношенном и доношенном
сроке беременности» 2022 г**

Антибиотикопрофилактика?

Антибиотикопрофилактика?

«Профилактика септических осложнений в акушерстве»

КР Министерства здравоохранения Российской Федерации и Всемирной организации здравоохранения 2015 г.

Не рекомендуется рутинное введение антибиотиков женщинам с преждевременным излитием околоплодных вод при родах в срок или близких к сроку (строгая рекомендация).

Рекомендовано проведение антибиотикопрофилактики при доношенной беременности и безводном промежутке более 18 ч

Доказательства этой рекомендации ВОЗ основаны на исследованиях, которые включали женщин с длительностью безводного промежутка менее 12 ч. Рабочая группа отмечает, что в настоящее время недостаточно доказательств относительно отказа от антибиотикопрофилактики при длительности разрыва плодных оболочек более 18 ч, поскольку риск инфицирования таких пациенток может быть выше.

Кохрановский метаанализ 2014 г. не выявил существенных различий между группами пациенток, получавшими и не получавшими антибиотики в связи с преждевременным излитием околоплодных вод при родах в срок или близких к сроку. Отсутствие антибиотикопрофилактики не увеличивало риск развития хориоамнионита, эндометрита или раневой инфекции у матери, не повышало частоту раннего неонатального сепсиса.

Антибиотикопрофилактика?

«Профилактика септических осложнений в акушерстве»

КР Министерства здравоохранения Российской Федерации и Всемирной организации здравоохранения 2015 г.

Рекомендуется введение антибиотика в родах пациенткам—носителям стрептококка группы В для предупреждения ранней неонатальной стрептококковой инфекции (условная рекомендация).

Данное вмешательство, рекомендованное протоколами Минздрава РФ и ВОЗ, распространяется на матерей, генитальный тракт которых колонизирован стрептококком группы В, и не касается женщин со стрептококком группы В, обнаруженным в посевах мочи

Антибиотикопрофилактика?

Проект КР «Хориоамнионит» 2021 г

Рекомендовано направлять беременную пациентку на определение антигена стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала в 35-37 недель беременности с целью проведения своевременной терапии. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).

Антибиотикопрофилактика?

КР «Нормальные роды» 2021

При выявлении в урогенитальном тракте роженицы стрептококка группы В (*S. agalacticae*) рекомендована антибактериальная профилактика в 1-м и 2 -м периоде родов. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств -1).

Комментарии: Антибиотики следует вводить при развитии родовой деятельности даже при целом плодном пузыре, а также при преждевременном излитии вод до начала родовой деятельности.

Антибиотикопрофилактика?

ACOG Guidance Update: Diagnosis and Management of PROM (Prelabor Rupture of Membranes)

2020

Срок (≥ 37 нед)

Недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать антибиотикопрофилактику, кроме показаний к носительству стрептококка группы В.

Проведите скрининг на СГБ и проведите профилактику, как указано в КР «Хориоамнионит: лечение и планирование родов»

Антибиотикопрофилактика?

Term Prelabor Rupture of Membranes: CNGOF Guidelines for Clinical Practice 2020

При отсутствии спонтанных родов в течение 12 часов после разрыва ПО антибиотикопрофилактика может снизить риск внутриутробной инфекции у матери, но не у новорожденного (УДЗ).

Поэтому рекомендуется его использование через 12 часов после разрыва плодных оболочек до родов (класс С).

Когда показана антибиотикопрофилактика, рекомендуется внутривенное введение бета-лактамов (уровень доказательности С).

Спасибо за внимание!