

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра



Д.Л. Пиневиц

2014 г.

Регистрационный № 041-0514

**МЕТОДЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ
ОБОЛОЧЕК (ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД)
И НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Инструкция по применению

Учреждения-разработчики:

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Городской клинический родильный дом № 2» г. Минска²

Авторы: д-р мед. наук, профессор Барановская Е. И.¹, Лосицкая О. А.²

Минск 2014

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложены методы ведения беременных с преждевременным излитием околоплодных вод при недоношенной беременности, использование которых может предотвратить респираторные нарушения у новорожденного и развитие инфекционно-воспалительных осложнений у матери, плода и новорожденного.

Инструкция предназначена для использования врачами-акушерами-гинекологами, врачами-неонатологами и иными врачами-специалистами, оказывающими медицинскую помощь беременным с высоким перинатальным риском.

Показания к применению

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) при сроке от 154 до 258 дней (от 22 до 37 недель) беременности.

Противопоказаний к применению метода нет

Перечень необходимого оборудования, реактивов

1. Аппаратура для интенсивной терапии недоношенных новорожденных.
2. Антенатальный монитор КТГ
3. 0,2 % спиртовой раствор бромтимолового синего.
4. Тест для определения плацентарного α -микроглобулина (ПАМГ) в околоплодных водах.
5. УЗ-аппарат для диагностики состояния плода и количества амниотической жидкости, доплерометрии.
6. Транспортная среда для бактериологического забора материала с определением чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам.

Перечень необходимых лекарственных средств

1. Лекарственные средства, содержащие сурфактант.
2. Дексаметазон 0,4 % 1,0 мл (24 мг на 1 курс профилактики)
3. Антибактериальные лекарственные средства (группа цефалоспоринов, полусинтетические ингибиторозащищенные пенициллины или другие, не имеющие противопоказаний к применению при беременности и с учетом чувствительности выделенных микроорганизмов).
4. Лекарственные средства для токолитической терапии: гексопреналин, магния сульфат, ингибитор циклооксигеназы.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Перечень обследований, требуемых наряду с клиническими протоколами диагностики и лечения:

1. Наружное акушерское исследование (приемы Леопольда).
2. Вагинальное исследование и осмотр в гинекологических зеркалах.
3. Забор отделяемого из уретры, цервикального канала, заднего свода влагалища для бактериоскопического и бактериологического исследования с определением чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам.
4. Бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам (при наличии патологии мочевыводящих путей)
5. Выполнение качественных тестов для дифференциальной диагностики околоплодных вод от других биологических жидкостей.
6. Общий анализ крови и мочи.
7. Определение количественного содержания С-реактивного белка в крови.
8. Кардиотокография с наружной гистерографией.
9. Ультразвуковое исследование плода с доплерометрией.

Выбор акушерской тактики при ПРПО с учетом срока гестации:

– выбрать стационар в зависимости от уровня перинатальной помощи. На сроке 154–195 дней (22–28 недель) показана госпитализация в УЗ 4-го уровня перинатальной помощи, 196–237 дней (28–34 недель) — УЗ 3-го уровня, 238–258 дней (34–36 недель) — УЗ 2-го уровня*.

– определить возможность выжидательной тактики ведения беременной с целью достижения возможной степени зрелости плода и при условии предупреждения восходящей инфекции или принять решение об активном ведении беременности и родов.

**Примечание:* Госпитализация беременных и рожениц на сроке 154–195 дней (22–28 недель) в регионах выполняется в учреждение областного уровня согласно приказам управления здравоохранения.

Перечень мероприятий при выборе акушерской тактики:

1. Подтвердить ПРПО.
2. Уточнить срок гестации и предполагаемую массу плода.
3. Определить состояние плода и матери.
4. Провести диагностику инфекции.
5. Определить необходимость и возможность проведения антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) новорожденного.

6. Начать профилактику инфицирования плода.
7. Определить наличие показаний для кесарева сечения и выбрать метод родоразрешения.
8. Информировать беременную о выбранной тактике ведения с получением ее письменного согласия.

Дифференциальная диагностика подтекания околоплодных вод:

1. Недержание мочи.
2. Свищи мочеполовые.
3. Избыточные влагалищные выделения:
 - патология шейки матки,
 - дисбиоз влагалища,
 - инородное тело во влагалище (акушерский пессарий),
 - вагинит.

Выжидательная тактика применяется с целью достижения возможной степени зрелости плода и профилактики РДС новорожденного.

Показания для выжидательной тактики:

1. Срок гестации 154–237 дней (22 нед. – 33 нед. 6 дней).
2. Компенсированное состояние матери.
3. Компенсированное состояние плода.
4. Достаточное количество околоплодных вод, индекс амниотической жидкости (ИАЖ) не менее 5 см.
5. Незначительное подтекание околоплодных вод без примеси мекония.
6. Отсутствие осложнений беременности, требующих незамедлительного родоразрешения.
7. Отсутствие лабораторных и клинических признаков хориоамнионита.
8. Отсутствие регулярной родовой деятельности.

Перечень мероприятий при выжидательной тактике:

1. Поместить беременную в палату, обрабатываемую по принципу текущей уборки трижды в сутки.
2. Организовать круглосуточное наблюдение за беременной с передачей дежурному врачу.
3. Назначить и контролировать клинико-лабораторный мониторинг состояния матери:
 - термометрия каждые 3 часа,
 - контроль АД 2 раза в сутки,
 - подсчет ЧСС 2 раза в сутки,
 - оценка наличия и характера тонуса матки,

- коагулограмма 1 раз в 5–7 дней,
 - биохимический анализ крови 1 раз в 5–7 дней,
 - общий анализ мочи 1 раз в 5–7 дней.
4. Контролировать мониторинг состояния плода:
- подсчет количества и оценка характера движений плода,
 - КТГ 2 раза в сутки,
 - ИАЖ 1 раз в сутки,
 - доплерометрия кровотока в фетоплацентарной системе каждые 3 дня.
5. Выполнять диагностику возможного развития хориоамнионита:
- анализ крови общий с определением количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы каждые 12 часов,
 - содержание С-реактивного белка в крови 1 раз в сутки,
 - оценка характера отделяемого из половых путей,
 - оценка клинических симптомов воспаления.
6. Назначить антибиотик с целью профилактики хориоамнионита.
7. В сроке гестации 175–237 дней (25 нед. – 33 нед. 6 дней) с целью антенатальной профилактики РДС новорожденного назначить дексаметазон в курсовой дозе 24 мг по одной из схем:
- 4 мг внутримышечно через 6 часов № 6,
 - 6 мг внутримышечно через 12 часов № 4, курсовая доза 24 мг.
8. При повышенном тонеусе матки назначить токолитические средства (см. ниже).
9. Смена подкладной пеленки не реже каждые 3 часов.
10. Ведение листа «Индикаторы неблагополучия при ПРПО и недоношенной беременности»

Назначение антибактериальных лекарственных средств

Антибактериальное лекарственное средство назначить сразу после излития околоплодных вод или непосредственно при поступлении пациентки в стационар. До получения результатов микробиологического исследования эмпирически назначить антибиотик широкого спектра действия**. Рекомендуется назначить амоксициллин/сульбактам по 1,5 г в/в или в/м, каждые 8 часов. При получении результатов бактериологического исследования провести коррекцию антибактериальной терапии. При появлении признаков хориоамнионита назначить антибиотики широкого спектра действия или комбинацию 2–3 лекарственных средств, направленных на аэробы грамположительные, грамотрицательные и анаэробы.

Длительность курса введения антибиотика — до момента родоразрешения и продолжить в послеродовом периоде. Отменяют антибиотик

при нормальной температуре тела в течение 2 суток, нормальных показателей лабораторных исследований, нормальной инволюции матки.

****Примечание:** имеются данные о связи назначения амоксициллина/клавуланата и развития некротизирующего энтероколита у новорожденного.

Длительность ведения беременности при выжидательной тактике при ПРПО и недоношенной беременности

Общая продолжительность выжидательной тактики определяется сроком гестации, состоянием матери и плода, объемом околоплодных вод, появлением признаков хориоамнионита.

– Продолжительность действия глюкокортикоида (дексаметазона) для ускорения созревания сурфактанта в легких плода составляет 48–72 часа.

– Длительность эффекта профилактического введенной курсовой дозы глюкокортикоида (дексаметазона) продолжается 7–14 суток. Если после истечения 14 суток после курса введения дексаметазона срок гестации составляет менее 34 недель и сохраняется высокий риск преждевременных родов, можно повторно ввести дексаметазон по вышеуказанной схеме.

– При прекращении подтекания околоплодных (высокий надрыв плодных оболочек) и отсутствии показаний для перехода к активному ведению беременности и родов возможно продление беременности до доношенного срока.

Показания для активного ведения беременности и родов:

1. Срок гестации 238–258 дней (34 нед. – 36 нед. 6 дней).
2. Снижение количества околоплодных вод, ИАЖ менее 5 см.
3. Обильное выделение околоплодных вод.
4. Появление лабораторных и клинических признаков хориоамнионита.
5. Развитие регулярной родовой деятельности.
6. Появление признаков дистресса плода по данным КТГ, доплерографии, биофизического профиля плода независимо от срока гестации.
7. Наличие акушерских осложнений, представляющих угрозу для жизни беременной независимо от срока гестации.

Хориоамнионит — абсолютное показание к неотложному родоразрешению и не является противопоказанием к кесареву сечению. При отсутствии регулярной родовой деятельности метод выбора — кесарево сечение.

Перечень мероприятий при избрании активного ведения беременности и родов:

1. Оценить состояние плода:
 - срок гестации, предполагаемая масса плода,
 - законченная антенатальная профилактика РДС,
 - КТГ,
 - двигательная активность плода,
 - характер кровотока в фетоплацентарной системе по данным доплерометрии.
2. Учесть наличие и характер осложнений беременности и сопутствующей патологии.
3. Оценить наличие признаков хориоамнионита.
4. Определить наличие условий для ведения естественных родов.
5. Выбрать метод родоразрешения с учетом наличия показаний для кесарева сечения.

Кесарево сечение при ПРПО и недоношенной беременности

Преждевременные роды ассоциируются с высокой неонатальной заболеваемостью и смертностью. Плановое кесарево не исключает патологию недоношенного ребенка, связанную с незрелостью, однако является предпочтительным при сроке беременности меньше 32 недель. Кесарево сечение следует выполнять по акушерским показаниям:

1. Акушерские показания для кесарева сечения, независимо от срока гестации (неправильное положение плода, преэклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, несостоятельный рубец матки и др.).
2. Срок гестации 32 недели и меньше.
3. Тазовое предлежание плода.
4. Многоплодная беременность.
5. Острая гипоксия плода.
6. Осложнения в родах (аномалия родовой деятельности, дистресс плода и др.).

При высоком разрыве плодных оболочек и сохранении достаточного количества околоплодных вод (ИАЖ не менее 5 см) для сохранения нормального членорасположения плода его извлечение в ходе кесарева сечения лучше проводить без вскрытия оболочек — «извлечение плода в целом плодном пузыре» (рисунки 1–4).



Рисунок 1. После вскрытия матки поперечно в нижнем ее сегменте врач-акушер-гинеколог вводит четыре пальца правой руки позади головки плода между плодной оболочкой и стенкой матки



Рисунок 2. Правой рукой врач-акушер-гинеколог способствует рождению головки плода в целых плодных оболочках



Рисунок 3. Врач-акушер-гинеколог охватывает ладонями обеих рук головку плода бипариетально и при умеренном давлении ладони врача-акушера-гинеколога, ассистирующего при операции, в области дна матки бережно выводит головку из матки



Рисунок 4. Врач-акушер-гинеколог снимает с новорожденного плодные оболочки.

Особенности ведения преждевременных родов через естественные родовые пути при ПРПО:

1. Требуется выполнение интранатального мониторинга кардиотокографии.

2. Если регулярная родовая деятельность развилась при длительном токолизе, то в первом периоде родов рациональнее продолжить введение токолитиков.

3. Требуется наряду с немедикаментозными методами использование медикаментозного обезболивания в соответствии с инструкциями по применению лекарственных средств. В начале активной фазы первого периода родов показаны нейроаксиальные методы обезболивания: эпидуральная анестезия или низкодозная комбинированная спинально-эпидуральная анестезия (КСЭА). Эпидуральная анальгезия для обезболивания преждевременных родов более эффективна и менее токсична для плода по сравнению с введением наркотических анальгетиков по общепринятой методике. Во втором периоде родов продолжать регионарную (нейроаксиальную) анестезию по общепринятой методике, при этом нет необходимости выполнять перинеотомию и защиту промежности.

4. В родах продолжать введение антибиотиков.

5. В родильном зале обязательно присутствие врача-неонатолога.

6. После рождения последа взять образцы с плодовой и материнской поверхности плаценты для последующего бактериологического исследования.

Токолитическая терапия при преждевременных родах показана на период проведения антенатальной профилактики РДС и на период транспортировки беременной в учреждение соответствующего уровня перинатальной помощи при отсутствии показаний для немедленного родоразрешения. Токолитические лекарственные средства назначают в виде монотерапии.

С целью токолитической терапии применяют β 2-адреномиметик или сульфат магния с использованием автоматически дозирующих инфузоматов, ингибитор циклооксигеназы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных средств. Магния сульфат способствует снижению тонуса матки, но не ее контрактильности, имеет доказанный нейропротективный эффект для матери и плода, снижает частоту церебрального паралича у недоношенных детей. Индометацин приводит к угнетению синтеза простагландинов из арахидоновой кислоты, имеет побочные эффекты: преждевременное закрытие артериального протока, олигурия у плода и маловодие. Для снижения риска побочных эффектов следует применять индометацин не более 48 часов при сроке беременности менее 32 недель.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОШИБОК

1. Неправильная оценка состояния матери и плода.
2. Недооценка признаков хориоамнионита.
3. Назначение антибактериальных лекарственных средств запоздало или без учета чувствительности полученных штаммов микроорганизмов.
4. Отсутствие антенатальной профилактики РДС новорожденного в связи с неверным определением срока гестации.

Индикаторы неблагополучия при ПРПО и недоношенной беременности

ФИО

Палата №

Наблюдение	Число, месяц, время						
Длительность безводного промежутка							
Термометрия (каждые 3 ч)							
Пульс							
Среднее АД							
КТГ плода (2 раза в день), ЧСС плода							
ОАК (каждые 12 ч), лейкоцитарная формула							
С-реактивный белок (1 р./сут.)							

Алгоритм действий при ПРПО и недоношенной беременности



Подписано в печать 24.06.14. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 0,7. Уч.-изд. л. 0,47. Тираж 30 экз. Заказ 331.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.