

Приложение 2
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
«ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ
ОБОЛОЧЕК. ХОРИОАМНИОНИТ»**

ТАШКЕНТ 2025

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор РСНПМЦЗМиР
Н.С. Надырханова



2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
«ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ
ОБОЛОЧЕК. ХОРИОАМНИОНИТ»**

ТАШКЕНТ 2025

Оглавление

Вводная часть.....	5
Основная часть.....	9
Диагностика ПРПО и мониторинг.....	10
Лечение ПРПО.....	12
Хориоамнионит.....	24
Организация оказания медицинской помощи.....	28
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	28
Список литературы.....	42

1. Вводная часть

Коды по МКБ-10:

O42	преждевременный разрыв плодных оболочек
O42.0	преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов в последующие 24 часа
O42.2	преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией
O42.9	преждевременный разрыв плодных оболочек, неуточненный
O41.1	инфекция амниотической полости и плодных оболочек
O75.6	задержка родов после самопроизвольного или неуточненного разрыва плодных оболочек
Ссылка: https://mkb-10.com/index.php?pid=14494	

Коды по МКБ-11:

JA89.Z	медицинская помощь матери в связи с неуточненным преждевременным разрывом плодных оболочек
JA89.3	медицинская помощь матери при преждевременном разрыве плодных оболочек при недоношенной беременности
JA89.Y	другая уточненная медицинская помощь матери в связи с преждевременным разрывом плодных оболочек
JA89.2	медицинская помощь матери при преждевременном разрыве плодных оболочек с медикаментозной остановкой родовой деятельности
JA89.1	медицинская помощь матери при преждевременном разрыве плодных оболочек и началом родов спустя 24 часа
JA89.0	медицинская помощь матери при преждевременном разрыве плодных оболочек с последующим началом родов в течение 24 часов
JA88.1	Инфекция амниотической полости или плодных оболочек, хориоамнионит, осложняющий беременность
Ссылка: https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2024-01	

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2030 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка.

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад: члены рабочей группы по организации процесса по направлению инфекционные болезни:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Надырханова Н.С.	Директор, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Абдуллаева Л.М.	Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, д.м.н., профессор	ТМА
3	Гафурова Ф.А.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	ЦРПКМР, кафедра акушерства, гинекологии и

			перинатальной медицины,
4	Каримова Ф.Д.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	ЦРПКМР, кафедра акушерства и гинекологии №2

Список основных авторов:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Юсупов У.Ю.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
2	Иргашева С.У.	акушер-гинеколог, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
3	Алиева Д.А.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
4	Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
5	Микиртичев К.Д.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
6	Ильясов А.Б.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
7	Нажметдинова Д.Ф.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
8	Шамсиева З.И.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РСНПМЦЗМиР
9	Мансурова Х.А.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
10	Абдураимов Т.Ф.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
11	Ядгарова К.Т.	научный консультант, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
12	Усмонов С.К.	научный консультант	РСНПМЦЗМиР
13	Курбанов Б.Б.	заведующий кафедрой, д.м.н.	ТашПМИ, кафедра акушерства и гинекологии
14	Бабажанова Ш.Д.	акушер-гинеколог, д.м.н.	РПЦ
15	Матякубова С.А.	директор, д.м.н.	Хорезмский филиал РСНПМЦЗМиР
16	Насретдинова Д.Б.	директор, к.м.н.	Андижанский филиал РСНПМЦЗМиР
17	Суяркулова М.Э.	директор, к.м.н.	Ферганский филиал РСНПМЦЗМиР
18	Шодмонов Н.М.	директор, к.м.н.	Джиззакский филиал РСНПМЦЗМиР
19	Джумаев Б.А.	директор, д.м.н.	Ташкенский областной филиал РСНПМЦЗМиР
20	Даминова Р.А.	директор	Наманганский филиал РСНПМЦЗМиР
21	Дустмуродов Б.М.	директор	Хорезмский филиал РСНПМЦЗМиР
22	Аширбекова Г.У.	директор	Филиал РСНПМЦЗМиР РК
23	Хамроева Л.К.	директор	Хорезмский филиал РСНПМЦЗМиР
24	Садыкова Х.З.	директор	Самаркандский РСНПМЦЗМиР
25	Эшонкулов А.Г.	директор	Навоийский филиал РСНПМЦЗМиР
26	Зиёев А.М.	директор	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦЗМиР
27	Жураев Н.Б.	директор	Бухарский филиал РСНПМЦЗМиР
28	Ачилова С.И.	директор	Кашкадарьинский филиал РСНПМЦЗМиР

Рецензенты:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Юсупбаев Р.Б.	д.м.н., старший научный сотрудник, руководитель отдела фетальной медицины	РСНПМЦЗМиР
2	Каримова Ф.Д.	д.м.н., профессор	ЦРПКМР, кафедра акушерства и гинекологии №2

РСНПМЦЗМиР – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка

РПЦ – Республиканский перинатальный центр

ТМА – Ташкентская медицинская академия

ЦРПКМР – Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместителей), врачей региональных учреждений системы родовспоможения в онлайн-формате «_7_» _апреля_ 2023 г., протокол №1. Руководитель рабочей группы - д.м.н. Надырханова Н.С., директор ГУ «РСНПМЦЗМиР» Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Акушерства и Гинекологии» «_30_» _марта_ 2023 г., протокол №_5_ Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

Внешняя экспертная оценка:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Тинатин Гагуа	акушер-гинеколог, эксперт ВОЗ, д.м.н.	Медицинский Университет Д. Твилдиани (Грузия)

Поддержка в переводе протокола: Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА/UNFPA) в Узбекистане

Список сокращений

АД	Артериальное давление
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГКС	Глюкокортикостероиды
ДРПО	Дородовый разрыв плодных оболочек
КС	Кесарево сечение
ПДРПО	Преждевременный дородовый разрыв плодных оболочек
ПРПО	Преждевременный разрыв плодных оболочек
РКИ	Рандомизированные контролируемые исследования
РДС	Респираторный дистресс-синдром
СГВ	Стрептококки группы В
СРБ	С-реактивный белок
УЗИ	Ультразвуковое исследование
УУР	Уровень убедительности рекомендаций

ХА	Хориоамнионит
ЧСС	Частота сердечных сокращений
GCP	Good Clinical Practice – качественная клиническая практика

Цель протокола:

- Целью настоящего документа является обзор наилучших имеющихся доказательств, внедрение и организация системы и единого подхода по ведению беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек и хориоамнионитом.

Категории пациентов: беременные с преждевременным разрывом плодных оболочек в доношенном и недоношенном сроке гестации, беременные с хориоамнионитом.

Пользователи протокола: врачи акушеры-гинекологи, врачи общей практики, врачи терапевты, врачи лаборанты, организаторы здравоохранения, клинические фармакологи, студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов, пациенты с преждевременным разрывом плодных оболочек, хориоамниотом, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

- Использование услуг переводчика в случае необходимости;
- Консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;
- Обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- Документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств):

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по

	интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

2. Основная часть

2.1 Введение.

ДРПО имеет место у около 8% беременных в популяции и обычно сопровождается быстрым развитием родовой деятельности и родоразрешением. В одном крупном РКИ у половины женщин с ДРПО, которых вели выжидательно, интервал от разрыва плодных оболочек до родов составлял 33 часа, а 95% женщин родили в течение 94-107 часов после разрыва плодных оболочек с использованием окситоцина или простагландина (когда во время выжидательной тактики была показана индукция или была достигнута конечная точка в 4 дня выжидательной тактики). Наиболее значительным материнским последствием ДРПО является интраамниотическая и внутриутробная инфекция, риск которой увеличивается с увеличением безводного периода.

ПДРПО – единственный наиболее распространенный идентифицируемый фактор, связанный с преждевременными родами. ПДРПО осложняет течение около 2-3% беременностей и обуславливает примерно одну треть преждевременных родов. Независимо от акушерской тактики или клинических проявлений роды в течение 1-й недели происходят, по крайней мере, у половины пациенток с ПДРПО. Нечасто при ПДРПО возможно прекращение подтекания амниотической жидкости с восстановлением нормального объема околоплодных вод и благоприятными перинатальными исходами. Среди женщин с ПДРПО клинически очевидная интраамниотическая инфекция возникает в 15-35% случаев, а послеродовая инфекция возникает примерно в 15-25% случаев. Частота инфицирования выше на более ранних сроках беременности. Отслойка плаценты осложняет 2-5% беременностей с ПДРПО. Наиболее существенными рисками для плода при ПДРПО являются осложнения, связанные с недоношенностью: респираторный дистресс-синдром, сепсис, внутрижелудочковые кровоизлияния, некротизирующий энтероколит, нарушения развития нервной системы.

Перивитальный ПРПО. Разрыв плодных оболочек до наступления жизнеспособности плода происходит менее чем в 1% беременностей. Перинатальная смертность при перивитальном ПРПО, как правило, поровну разделена между мертворождением и неонатальной смертностью. Серьезные материнские осложнения включают интраамниотическую инфекцию, эндометрит, отслойку плаценты и задержку плаценты. Опасная для жизни материнская инфекция – сепсис может осложнить выжидательную тактику перивитального ПРПО в 1-5% случаев. Примерно 70-80% женщин с перивитальным ПРПО родоразрешаются спонтанно в течение 2-5 недель после разрыва плодного пузыря. Частота легочной гипоплазии новорожденных находится в диапазоне 2-20%. Ранний гестационный возраст и малый объем остаточной амниотической жидкости являются основными факторами, определяющими заболеваемость легочной гипоплазией.

2.2 Термины

Преждевременный разрыв плодных оболочек – нарушение целостности плодных оболочек плода и излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности независимо от срока беременности.

Дородовый разрыв плодных оболочек – разрыв плодных оболочек в доношенном сроке гестации (37⁰ недель и более).

Преждевременный дородовый разрыв плодных оболочек – разрыв плодных оболочек в недоношенном сроке гестации (до 36⁶ недель).

Своевременное излитие околоплодных вод – во время родов при раскрытии шейки матки 5-6 см и более.

Латентный период – время между разрывом плодных оболочек и появлением схваток. Чем раньше во время беременности происходит ПРПО, тем дольше латентный период.

Безводный промежуток – время между разрывом плодных оболочек и рождением плода.

Хориоамнионит или интраамниотическая инфекция – инфекционное воспаление плодных оболочек, амниотической жидкости, децидуальной ткани и плода, вызванное полимикробными ассоциациями.

2.3 Этиология ПРПО.

Разрыв плодных оболочек может произойти по разным причинам.

ДРПО чаще возникает в результате физиологического ослабления плодных оболочек в сочетании с силами сдвига, создаваемыми тонусом матки и ее сокращениями.

ПДРПО может быть результатом широкого спектра патологических механизмов, которые могут встречаться индивидуально или в сочетании:

- интраамниотическая инфекция
- ПРПО в анамнезе
- короткая длина шейки матки (≤ 25 мм)
- кровотечение во втором и третьем триместрах беременности
- низкий индекс массы тела (<19 кг/м²)
- низкий социально-экономический статус
- курение сигарет
- употребление наркотиков
- субхориальное кровотечение/гематома в анамнезе.

Несмотря на наличие известных факторов риска, ПРПО может часто возникать без очевидных причин.

2.4 Классификация ПРПО.

В зависимости от гестационного срока различают следующие виды ПРПО:

ДРПО (дородовый разрыв плодных оболочек)	разрыв плодных оболочек в доношенном сроке гестации ($\geq 37^0$ недель)
ПДРПО (преждевременный дородовый разрыв плодных оболочек)	разрыв плодных оболочек в недоношенном сроке гестации ($\leq 37^0$ недель): <ul style="list-style-type: none">• ПДРПО в позднем недоношенном сроке (34^0-36^6 недель)• ПДРПО в недоношенном сроке (24^0-33^6 недель)
Перивитальный (перижизнеспособный) ПРПО	разрыв плодных оболочек до срока жизнеспособности плода (< 24 недель)

2.5 Диагностика ПРПО и мониторинг.

В большинстве случаев ПРПО можно диагностировать на основании анамнеза и физикального обследования. Обследование должно проводиться таким образом, чтобы свести к минимуму риск занесения инфекции.

У всех пациенток с ПРПО следует определить гестационный срок, предлежание плода и его состояние.

А	Рекомендовано определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования (УЗИ) плода (оптимально – УЗИ в 1- триместре беременности) с целью определения дальнейшей тактики ведения пациентки
----------	--

С	Диагноз ПРПО устанавливается клинически: - при осмотре в зеркалах из канала шейки матки поступает жидкость или она имеется во влагалище - проведение рН-метрии влагалищного секрета (щелочная реакция) - арборизация/кристаллизация высушенного влагалищного секрета при световой микроскопии (симптом папоротника)
----------	---

Осмотр в зеркалах позволяет диагностировать ПРПО, оценить наличие цервицита, выпадения петель пуповины или частей плода, раскрытие и сглаживание шейки матки и, при наличии показаний, получить посев.

Пальцевое (вагинальное) исследование шейки матки при ПРПО не рекомендуется и его следует избегать, так как оно не добавляет информации к результатам, полученным при осмотре в зеркалах, и увеличивает риск инфицирования.

Пальцевое (вагинальное) исследование показано:

- при наличии активных маточных сокращений (когда пациентка предположительно находится в родах)
- когда необходимо начать немедленную индукцию родов в рамках активной тактики.

рН-метрия влагалищного секрета. Нормальный рН вагинального секрета обычно составляет 3,8-4,5, тогда как рН амниотической жидкости обычно составляет 7,1-7,3. Ложноположительные результаты теста могут возникать при наличии во влагалище крови или спермы, щелочных антисептиков, некоторых лубрикантов, трихомонад или бактериального вагиноза. Ложноотрицательные результаты теста могут возникать при длительном безводном периоде и минимальном количестве амниотической жидкости.

Ультразвуковое исследование объема амниотической жидкости может быть полезным дополнением в диагностике ПРПО. Большинство пациенток имеют олигогидрамнион, т.е. объем амниотической жидкости меньше ожидаемого для гестационного возраста. Критерии олигогидрамниона немного различаются среди специалистов по УЗИ, но могут быть определены как максимальный вертикальный карман амниотической жидкости <2 см в глубину или индекс амниотической жидкости ≤ 5 см. Женщины с клинически диагностированным ПРПО, у которых объем амниотической жидкости на УЗИ снижен, с большей вероятностью рожают в течение 7 дней после разрыва плодных оболочек.

Фетальный фибронектин является чувствительным, но неспецифическим тестом на разрыв плодных оболочек: положительный результат теста (концентрация больше 50 нг/мл или больше) не является диагностическим признаком ПРПО, в то время как отрицательный результат теста (концентрация 50 нг/мл) или меньше свидетельствует об интактных плодных оболочках.

При ПРПО следует регулярно оценивать признаки интраамниотической инфекции.

А	Рекомендовано проведение общей термометрии, оценки ЧСС матери, болезненности матки, характера влагалищных выделений и сердцебиения плода с помощью стетоскопа для ранней диагностики ХА
----------	---

Оценку признаков интраамниотической инфекции следует проводить каждые 4 часа.

Оценку **уровня лейкоцитов** периферической крови проводят ежедневно до родоразрешения. Помните, количество лейкоцитов повышается через 24 часа после введения кортикостероидов и возвращается к исходному уровню через 3 дня после введения последней дозы ГКС. Лейкоцитоз является неспецифическим индикатором интраамниотической инфекции. Признаком ХА является лейкоцитоз $>15 \times 10^9/\text{л}$

При отсутствии клинических признаков инфекции **общий анализ крови** берут 1 раз в 3 дня.

Рутинное исследование **СРБ и влагалищных мазков** при ПРПО и отсутствии признаков или подозрения на интраамниотическую инфекцию не рекомендуются. Повышенный уровень С-реактивного белка более информативный индикатор инфекции, по сравнению с лейкоцитами (чувствительность СРБ 68,7%, специфичность 77,1% при диагностике гистологического хориоамнионита). Признаком ХА является уровень С-реактивного белка $>5 \text{ мг/л}$.

А При ПРПО рекомендовано микробиологическое (культуральное) исследование ректо-вагинального отделяемого на носительство СГВ

Оценка состояния плода: **УЗИ и доплерометрия кровотока в фетоплацентарной системе** должна проводиться 1 раз в 7 дней.

2.6 Лечение ПРПО.

Пациентам с ПРПО требуется госпитализация в стационар:

- 1-го уровня – при излитии околоплодных вод в доношенном сроке;
- 2-го уровня – при излитии околоплодных вод с 32 до 37 недель беременности;
- 3-го уровня – при излитии околоплодных вод в сроке менее 32 недель.

Тактика ведения беременных с ПРПО остается дискуссионной.

Ведение зависит от гестационного возраста и оценки относительных рисков немедленных родов по сравнению с рисками выжидательной тактики (такими как, инфекция, отслойка плаценты и выпадение петель пуповины).

Соответственно при ПРПО необходимы:

- точная оценка гестационного возраста
- оценка рисков для матери, плода и новорожденного.

2.7 Немедикаментозное лечение: отсутствует.

2.8 Медикаментозное лечение.

Аntenатальное назначение кортикостероидов.

Аntenатальное назначение кортикостероидов относительно безопасно для матери и связано со снижением у новорожденных:

- неонатальной смертности
- РДС
- цереброваскулярных кровоизлияний
- некротизирующего энтероколита
- потребности во вспомогательной искусственной вентиляции легких
- госпитализаций в отделение интенсивной терапии
- системных инфекций в первые 48 часов жизни

А Антенатальное использование кортикостероидов за 7 дней до преждевременных родов существенно снижает частоту респираторного дистресс-синдрома, перинатальную и неонатальную смертность независимо от того, ожидаются ли одноплодные или многоплодные роды.

А Антенатальная кортикостероидная терапия рекомендуется женщинам с высокой вероятностью преждевременных родов в сроке от 24⁰ до 34⁶ недель беременности при соблюдении следующих условий:

- точная оценка срока гестации
- высокая вероятность преждевременных родов в ближайшие 7 дней после начала терапии
- отсутствие клинических признаков материнской инфекции
- доступность адекватной помощи при преждевременных родах матери и новорожденному (включая реанимацию, профилактику гипотермии, респираторную поддержку, лечение инфекции, поддержку кормления)

Точная оценка срока беременности необходима для того, чтобы избежать ненужного назначения кортикостероидов у неподходящей для этого категории женщин. Рекомендуется в таких случаях рассчитывать срок гестации по первому УЗИ в первом триместре беременности.

К ситуациям с высокой вероятностью преждевременных родов в течение 7 дней относятся:

- ПРПО
- угрожающие преждевременные роды с интактными плодными оболочками (укорочение шейки матки до 25 мм. и менее при наличии маточной активности)
- спонтанные преждевременные роды с интактными плодными оболочками (критериями преждевременных родов являются не менее 6 регулярных сокращений матки в час и раскрытие шейки матки ≥ 3 см или её сглаженность $\geq 75\%$)
- запланированные преждевременные роды путем индукции или кесарева сечения.

Назначение кортикостероидов <24⁰ недель не оправдано ввиду низкой выживаемости новорожденных.

Аntenатальные кортикостероиды не следует назначать «на всякий случай») женщинам, у которых нет высокой вероятности преждевременных родов, из-за потенциального вреда для новорожденных.

С Недостаточно исследований и доказательств пользы и безопасности применения кортикостероидов в позднем недоношенном сроке, ввиду чего их рутинное назначение в сроках от 35⁰ до 36⁶ недель беременности не рекомендуется

При поздних преждевременных родах стероиды оказывают краткосрочное положительное влияние на респираторную систему новорожденного, но повышают вероятность неонатальной гипогликемии, а также задержки развития, психических и поведенческих расстройств у детей, рожденных в срок.

GCP У новорожденных, родившихся в позднем недоношенном или доношенном сроке беременности, матери которых получали стероиды, рекомендуется оценка гликемического статуса и ведение в соответствии с принятыми стандартами.

С Не рекомендуется применение кортикостероидов для женщин с плановым кесарево

сечением в сроках 37⁰-38⁶ недель беременности

По сравнению с вагинальными родами дети, рожденные путем кесарева сечения, подвержены большему риску РДС, транзиторного тахипноэ и госпитализации в отделение интенсивной терапии новорожденных. Риск респираторных заболеваний для доношенных новорожденных низкий (~5%) и снижается с увеличением срока беременности.

Недостаточно доказательств того, что антенатальные кортикостероиды в доношенном сроке беременности снижают частоту РДС, транзиторного тахипноэ новорожденных и госпитализацию в неонатальное отделение. Их применение после 35⁰ недель повышает риск неонатальной гипогликемии, задержку развития, психических и поведенческих расстройств у детей, рожденных в срок.

Во избежание ненужного применения кортикостероидов в доношенном сроке при планируемом кесарево сечении рекомендуется не проводить плановое кесарево сечение до 39⁰ недель.

С В идеале плановое кесарево сечение следует проводить в 39⁰ недель или позже

С Женщинам с многоплодной беременностью (двойни, тройни) антенатальные кортикостероиды следует применять в те же сроки, что и при беременности одним плодом

Большинство исследований по применению антенатальных кортикостероидов исключали женщин с многоплодной беременностью, поэтому имеется мало доказательств относительно эффективности стероидов при двойнях и тройнях. Также мало прямых доказательств того, что эффекты кортикостероидов различны при применении у женщин с одним или более плодами.

С Антенатальная кортикостероидная терапия рекомендуется женщинам с прегестационным и гестационным диабетом, когда существует высокая вероятность преждевременных родов, и она должна сопровождаться вмешательствами, направленными на оптимизацию контроля уровня глюкозы в крови матери.

Сахарный диабет не является противопоказанием к антенатальной терапии кортикостероидами для созревания легких 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.

С Антенатальная кортикостероидная терапия рекомендуется женщинам с гипертензивными расстройствами во время беременности, у которых высока вероятность преждевременных родов.

С Женщины с маленьким для срока гестации плодом или СОРП должны получать антенатальные кортикостероиды в сроки, аналогичным у женщин с нормальным весом плода и без СОРП.

С Антенатальная кортикостероидная терапия не рекомендуется женщинам с хориоамнионитом и другой подозреваемой или подтвержденной бактериальной клинически манифестирующей инфекцией, в том числе при системной инфекции, например сепсисе или туберкулезе.

Кортикостероиды подавляют иммунную систему, поэтому существует риск того, что их применение может активировать латентные инфекции или усугубить грибковую инфекцию. У женщины с системной инфекцией он теоретически может подавлять иммунный ответ на инфекцию. При наличии системной инфекции потенциальные положительные эффекты антенатальных кортикостероидов, предназначенных для ребенка, уравниваются эффектом усугубления тяжести системной инфекции как для женщины, так и для ее ребенка.

С Родоразрешение не следует откладывать для родового введения кортикостероидов, если показания к родоразрешению влияют на здоровье женщины или ее ребенка.

Широко испытаны и рекомендуются к использованию в клинической практике два типа антенатальных кортикостероидов – дексаметазон и бетаметазон. Это синтетические фторированные кортикостероиды.

В Рекомендуются режимы дозирования ГКС:
- **дексаметазон:** четыре дозы по 6 мг внутримышечно с интервалом в 12 часов (всего 24 мг)
- **бетаметазон:** две дозы по 12 мг внутримышечно с интервалом в 24 часа (всего 24 мг).

Анализ ряда исследований показал, что нет различий в частоте РДС, перинатальной смерти, нейросенсорной инвалидности через два года при применении дексаметазона и бетаметазона. Применение дексаметазона чаще приводило к снижению риска внутрижелудочкового кровоизлияния. Побочные эффекты двух препаратов сходны, хотя больше женщин испытывали дискомфорт в месте инъекции при применении бетаметазона.

С **Сроки эффективности кортикостероидов:**

- Антенатальное применение кортикостероидов эффективно снижает неонатальную смертность, если первая доза вводится за 48 часов до родов
- Преимущества также видны, когда первая доза вводится за 24 часа до родов, поэтому кортикостероиды следует вводить, даже если роды ожидаются в течение этого времени
- Польза от антенатальных кортикостероидов для новорожденных сохраняется в течение 7 дней после начала введения первой лечебной дозы

С Антенатальную кортикостероидную терапию следует назначать женщинам даже, если предполагается, что полный курс кортикостероидов не будет завершен

В Не рекомендуется использование других антенатальных кортикостероидов (помимо дексаметазона или бетаметазона), которые могут проникать через плаценту (включая гидрокортизон), пероральных препаратов или прямое введение ГКС плоду.

С Однократный повторный антенатальный курс экстренной терапии кортикостероидами может быть использован, если у женщин сохраняется высокий риск преждевременных родов и с момента предыдущего лечения прошло более 7 дней.

Имеются ограниченные данные, чтобы рекомендовать повторные курсы антенатальных кортикостероидов. Считается, что однократный повторный курс может снизить неонатальную заболеваемость (РДС, бронхолегочная дисплазия, внутрижелудочковые кровоизлияния, некротизирующий энтероколит, перивентрикулярную лейкомаляцию), потребность в сурфактанте и респираторной поддержке. Женщины должны быть проинформированы о том, что при повторном введении кортикостероидов имеет место повышенный риск рождения новорожденных с малым весом для гестационного возраста и с меньшим ростом.

Токолиз.

Недостаточно доказательств, чтобы сделать вывод о пользе или возможном вреде токолиза у беременных с ПРПО. Утверждение, что токолитики улучшают перинатальные исходы, дискутабельно.

Токолитическая терапия проводится только для того, чтобы:

- провести один антенатальный курс кортикостероидов и/или
- перевести мать в учреждение, где после рождения недоношенный ребенок может получить адекватный уход (включая реанимацию, уход за матерью методом кенгуру, термальный уход, поддержку кормления, лечение инфекции и респираторную поддержку, включая постоянное положительное давление в дыхательных путях).

Токолитики могут использоваться у женщин с ПРПО при отсутствии признаков интраамниотической инфекции.

С Нифедипин рекомендуется для неотложной и поддерживающей токолитической терапии у женщин с высокой вероятностью преждевременных родов при соблюдении следующих условий:

- подозрение или диагноз спонтанных преждевременных родов (наличие маточной активности)
- гестационный возраст между 24⁰ и 34⁶ неделями.

Препаратом выбора является нифедипин.

Способ применения и дозы нифедипина:

Острый токолиз – показан на период не более 48 часов для перевода в перинатальный центр и/или проведения курса кортикостероидов:

- 20 мг per os, далее, если сокращения матки сохраняются, через 30 минут 20 мг повторно, затем по 20 мг каждые 6–8 ч в течение 48 часов по показаниям.
- или
- 10 мг per os, затем, при необходимости, каждые 30 минут по 10 мг (максимальная доза в течение первого часа 40 мг), затем каждые 4-8 часов по 10 мг в течение 48 часов по показаниям.

Максимальная суточная доза нифедипина – 160 мг.

Поддерживающий токолиз: преимущества поддерживающей схемы изучены недостаточно и требуются дальнейшие исследования. ВОЗ (2022 г.) считает допустимым применение поддерживающего токолиза в клинической практике для женщин на этапе планирования перевода в учреждение более высокого уровня:

- 10 мг per os каждые 6 часов в течение 2-7 дней до завершения курса профилактики РДС или перевода в учреждение 2-го, 3-го уровня.

Побочные эффекты:

- гипотензия (крайне редко проявляется у пациенток с нормотонией);
- тахикардия;
- головная боль, головокружение, тошнота.

Рекомендуемый мониторинг:

- постоянный контроль ЧСС плода, пока имеются маточные сокращения;
- измерение пульса, АД каждые 30 мин в течение первого часа, затем
- ежечасно в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа.

Антагонисты рецепторов окситоцина и донаторы оксида азота могут пролонгировать беременность, но в большинстве случаев недоступны и дорогостоящи. Рутинное применение в практике в настоящее время не представляется возможным.

Ингибиторы циклооксигеназы – индометацин. Обладает токолитическим эффектом (с задержкой родов до 48 часов) и может быть рассмотрен для применения до 28 недель. Противопоказан в третьем триместре из-за повышенного риска преждевременного закрытия артериального протока и потенциальной почечной дисфункции плода, ведущей к маловодию.

Побочные эффекты:

- со стороны матери: тошнота, рефлюкс, гастрит;
- со стороны плода: преждевременное закрытие артериального протока, олигурия и маловодие (при длительном использовании и в сроке более 28 недель).

Противопоказания:

- нарушения свертываемости;
- кровоточивость;
- нарушения функции печени;
- язвенная болезнь;
- астма;
- повышенная чувствительность к аспирину.

Хотя **бета-адреномиметики** действительно эффективны для отсрочки преждевременных родов более чем на 48 часов, их не рекомендуется использовать для токолиза из-за высокого риска побочных действий, которые иногда могут угрожать жизни матери.

Магнесий сульфат. Отсутствует явный токолитический эффект и использование в качестве токолитика не рекомендуется. Используется для нейропротекции плода.

С	С токолитической целью рекомендуется только монотерапия, так как преимуществ комбинированной терапии токолитиками нет.
----------	--

В	Токолитическая терапия женщинам с ПДРПО в сроке гестации от 35 ⁰ до 36 ⁶ не рекомендуется
----------	---

Антибиотикопрофилактика.

ПРПО является одним из неблагоприятных исходов массивной колонизации стрептококками группы В (*Streptococcus agalactiae*). СГВ обнаруживаются в половых путях у 10-30% беременных женщин. Прослеживается связь колонизации СГВ с

пневмонией и менингитом у новорожденных, ранним неонатальным сепсисом, хориоамнионитом, эндометритом и раневыми инфекциями после кесарева сечения у матери.

Всем пациентам с ПРПО показан культуральное обследование на носительство СГВ. Материалом для микробиологического исследования служат ректальный или вагинальный мазки. Допускается применение ПЦР-диагностики с использованием коммерческих наборов для диагностики СГВ, но только при условии предварительного «обогащения» материала путём инкубации в бульоне и наличии соответствующих документов, подтверждающих валидацию теста, а также проведения надлежащего контроля качества исследований.

Антибиотикопрофилактика показана при положительном результате посева на СГВ. Если статус СГВ неизвестен из-за недоступности диагностики, то решение о назначении антибиотиков основывается на стандартной оценке факторов риска, т.е. они назначаются всем пациентам с ПРПО.

А	Назначение антибиотиков рекомендуется всем женщинам с ПРПО с целью снижения материнских и неонатальных инфекций, вызванных СГВ, и пролонгирования беременности.
---	---

При ПДРПО.

Введение антибиотиков широкого спектра действия снижает:

- частоту развития хориоамнионита
- вероятность преждевременных родов в последующие 48 часов и 7 суток
- частоту развития неонатальных инфекционных осложнений
- вероятность использования сурфактанта и оксигенотерапии новорожденным
- частоту патологических ультразвуковых заключений при нейросонографии до выписки из родовспомогательного учреждения.

Антибиотикопрофилактика не влияет на показатели перинатальной смертности.

А	Пациенткам с ПДРПО в сроке гестации менее 37 ⁰ при выжидательной тактике рекомендуется назначить антибиотикопрофилактику: <ul style="list-style-type: none">• сразу после постановки диагноза• на срок 7-10 дней или до тех пор, пока у женщины не начнутся роды (в зависимости от того, что наступит раньше)• прекратить антибиотикопрофилактику по завершении родов
---	--

Оптимального режима антибиотикопрофилактики не существует.

Возможно применение следующих схем:

А	Эритромицин 250 мг каждые 6 часов или по 500 мг каждые 8 часов. Максимальная разовая доза эритромицина – 0,5 г, суточная – 4,0 г. <i>(при непереносимости или противопоказаниях к эритромицину – амоксициллин или любой пероральный пенициллин по 0,5 г каждые 6 часов)</i> ИЛИ Ампициллин 2 г каждые 6 часов в/в ИЛИ Ампициллин 2 г каждые 6 часов в/в + эритромицин 250 мг внутрь каждые 6 часов в течение 48 часов с последующим пероральным приемом амоксициллина 250 мг каждые 8 часов ± эритромицина 250 мг каждые 8 часов в течение 5 дней <i>(в случаях</i>
---	---

	<p>недоступности эритромицина или при наличии непереносимости к нему, допускается замена его на азитромицин (однократная пероральная доза 1 г) с возможным повтором на 5-е сутки</p> <p>ИЛИ</p> <p>Амоксициллин/сульбактам по 1,5 г в/в или в/м каждые 8 часов</p> <p>ИЛИ</p> <p>Цефалексин по 500 мг трижды в день перорально</p>
--	--

А	Не предлагайте женщинам ко-амоксиклав (амоксициллин+клавулановая кислота), так как его применение связано с увеличением частоты некротического энтероколита.
----------	--

С	Безопасность амбулаторного ведения пациенток с ПДРПО и живым плодом на сегодняшний день недостаточно изучена, ввиду чего рутинно не рекомендуется. Пациентки с ПДРПО могут наблюдаться амбулаторно, только после стационарного обследования и наблюдения и в исключительных случаях
----------	---

При ДРПО

А	При ДРПО антибиотикопрофилактику рекомендуется проводить при безводном промежутке 18 часов и более и до конца родов.
----------	--

На данном этапе нет убедительных данных о пользе как для матерей, так и для новорожденных рутинной антибиотикопрофилактики у пациенток с ДРПО и отсутствием влагалищной колонизации СГВ.

Возможно применение следующих схем:

- ампициллин 2 г в/в, а затем по 1 г через 6 часов до окончания родов
- цефазолин 2 г в/в, а затем по 1 г через 8 часов до окончания родов

У пациентов с положительным посевом на СГВ, независимо от того, проводится ли индукция родов или выжидательная тактика, внутривенную антибиотикопрофилактику следует начать немедленно для снижения риска ранней неонатальной болезни, вызванной СГВ. Антибиотикопрофилактика при положительном СГВ наиболее эффективна, если ее вводить не менее чем за четыре часа до родов. Поскольку время родов предсказать невозможно, профилактику начинают при поступлении в больницу по поводу родов или ДРПО и продолжают каждые четыре часа (при введении пенициллина или ампициллина) до родов:

- ампициллин 2 г в/в, затем по 1 г в/в каждые 4 часа до окончания родов.

Нейропротекция плода сульфатом магния.

А	Женщинам с ПДРПО и сроком гестации 26 ⁰ -31 ⁶ недель, у которых начались роды или у которых запланировано родоразрешение в ближайшие 24 часа, в том числе путем операции кесарева сечения, следует предложить внутривенное введение сульфата магния
----------	---

Введение сульфата магния женщинам с установленными преждевременными родами или с запланированными в последующие 24 часа преждевременными родами снижает частоту церебрального паралича, моторных и когнитивных расстройств у недоношенных новорожденных

В	Введите внутривенно болюсно 4 г сульфата магния в течение 15-30 минут, с последующим внутривенным вливанием 1 г в час до родов или в течение 24 часов (в зависимости от того, что наступит раньше).
----------	---

Желательно начать инфузию сульфата магния не позднее, чем за 4 часа до рождения ребёнка.

Одновременное применение нифедипина и магнезии не противопоказано, возможно снижение скорости инфузии магнезии до 0,5 г/час в связи с повышенным риском артериальной гипотензии

Родоразрешение не следует откладывать ради введения сульфата магния.

Прекратите инфузию сульфата магния, если:

- Активная родовая деятельность прекратилась и не ожидается рождения ребенка в ближайшие 24 часа
- Общая продолжительность внутривенной инфузии сульфата магния составила 24 часа
- Произошли роды
- Появились побочные эффекты или осложнения магнезиальной терапии.

У женщин, принимающих сульфат магния, контролируйте клинические признаки токсичности магния, по крайней мере, каждые 4 часа, регистрируя пульс, артериальное давление, частоту дыхания и глубокие сухожильные (например, коленные) рефлексy. Если у женщины есть или развивается олигурия или другие признаки почечной недостаточности, следует уменьшить дозу сульфата магния или отменить его.

Введение магнезии можно возобновить при вновь развившейся родовой деятельности не ранее, чем через 6 часов после завершения предыдущей инфузии.

Амниоинфузия.

В	При ПРПО амниоинфузия не рекомендуется как часть рутинной клинической практики.
----------	---

Амниоинфузия может улучшить неонатальные исходы при ПРПО, предотвращая компрессию пуповины, постуральные деформации, легочную гипоплазию и внутриутробную инфекцию. Тем не менее, необходимы дополнительные доказательства, прежде чем амниоинфузию при ПРПО можно будет рекомендовать для рутинной клинической практики.

Акушерская тактика при ПРПО.

Акушерская тактика при ПРПО зависит от гестационного возраста на момент подтверждения диагноза.

При ПРПО возможны 2 тактики ведения:

1. Активная – индукция родов или кесарево сечение (по показаниям)
2. Выжидательная – пролонгирование беременности.

Показаниями к активной тактике при ПРПО независимо от сроков беременности являются:

- патологические результаты оценки плода
- признаки интраамниотической инфекции (хориоамнионита)
- осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения:
 - тяжелая гипертензия, тяжелая преэклампсия, эклампсия
 - отслойка плаценты
 - кровотечение при предлежании плаценты
- мекониальное окрашивание околоплодных вод
- выраженное маловодие (амниотический индекс менее 3 см) в течение 3 дней

- развитие активной родовой деятельности
- соматические заболевания матери в стадии декомпенсации

А Сроки родов при ПРПО следует обсуждать с каждой женщиной в индивидуальном порядке с тщательным учетом предпочтений пациентки и постоянной клинической оценкой.

В процессе принятия решения о выжидательной или активной тактике медицинским работникам следует взвесить все возможные риски и преимущества, после чего пациентка должна быть полноценно проконсультирована.

Перивитальный ПРПО.

Могут быть применены 2 тактики:

- активная – немедленные роды (путем индукции родов или дилатации и эвакуации), или
- выжидательная тактика.

Женщин необходимо проконсультировать относительно рисков и преимуществ выжидательной тактики по сравнению с немедленными родами.

Консультирование должно включать реалистичную оценку неонатальных исходов.

При выжидательной тактике показан стандартный мониторинг состояния матери и плода для своевременного выявления инфекции.

В случае выжидательной тактики и вероятности достижения срока жизнеспособности плода должны быть использованы антенатальные кортикостероиды и антибиотикопрофилактика.

ПДРПО в недоношенном сроке (24⁰-33⁶ недель).

Роды в течение 1-й недели являются наиболее вероятным исходом для любого пациента с ПДРПО при отсутствии дополнительных вмешательств.

А Пациентки с ПДРПО в сроке беременности до 34⁰ недель должны вестись выжидательно, за исключением тех ситуаций, когда имеются противопоказания к пролонгированию беременности по состоянию матери или плода. Сроки родов следует обсуждать с каждой женщиной в индивидуальном порядке с тщательным учетом предпочтений пациентки и постоянной клинической оценкой.

При ПДРПО до 34⁰ недель нет необходимости в индукции родов при отсутствии показаний со стороны матери (соматическая патология, осложнения беременности) и дополнительных акушерских показаний (например, инфекция или нарушение состояния плода). Предлагайте выжидательную тактику, именуемую как «наблюдай и жди», т.е. отказ от любого метода индукции родов или кесарева сечения. Пролонгирование беременности не должно превышать срока 37⁰ недель.

ПДРПО в позднем недоношенном сроке (34⁰-36⁶ недель).

В У женщин с ПДРПО в сроке гестации от 34⁰ до 36⁶ недель допустимы как активная, так и выжидательная тактики

Процесс принятия решения должен быть индивидуализированным, а пролонгирование беременности не должно превышать срока 37⁰ недель.

При выборе тактики ведения необходимо учитывать:

- риски для женщины (например, сепсис, необходимость кесарева сечения при рубце на матке);

- риски для ребенка (например, сепсис, проблемы, связанные с преждевременными родами);
- местную доступность отделений интенсивной терапии новорожденных;
- предпочтения женщины.

Недавнее крупное РКИ с участием 1839 женщин, в котором оценивались немедленные роды (вскоре после постановки диагноза и в течение 24 часов) по сравнению с выжидательной тактикой у пациенток с ПДРПО между 34⁰ и 36⁶ неделями беременности, показало преимущества выжидательной тактики. Не было существенной разницы в частоте неонатального сепсиса и вторичной неонатальной заболеваемости. Новорожденные в группе немедленных родов имели более высокие показатели респираторного дистресса, потребности в механической вентиляции легких и проводили больше дней в отделении интенсивной терапии (4 дня против 2 дней). Однако неблагоприятные исходы для матери, такие как кровотечение и инфекция, были примерно в два раза выше при выжидательной тактике. Частота КС сечения была ниже при выжидательной тактике. Полученные данные свидетельствуют о том, что, **если выбрана выжидательная тактика, она должна включать тщательный мониторинг симптомов и признаков хориоамнионита и дородового кровотечения.**

Активная тактика ведения (родоразрешение) показана при наличии:

- хориоамнионита
- акушерских осложнений, представляющих угрозу здоровью женщины и/или плода
- соматических заболеваний
- по категорическому настоянию беременной и её родственников

ДРПО.

При ДРПО в сроке 37⁰ и более недель предложите женщинам на выбор:

- выжидательную тактику до 12-24 часов, или
- активную – индукцию родов (как можно раньше).

Выжидательная тактика рекомендуется после предварительного обследования и при наличии хорошего мониторинга.

Выжидательная тактика при ДРПО может быть рассмотрена в следующих ситуациях:

- наличие прижатой ко входу в малый таз головки плода;
- отсутствие признаков инфекции (тахикардия матери, лихорадка, пальпаторная болезненность матки);
- нормальные показатели кардиотокограммы;
- отсутствие в анамнезе пальцевого влагалищного обследования и/или наложения швов на шейку матки;
- адекватная обеспеченность ресурсами и кадрами для обеспечения стационарного наблюдения: термометрия матери, аускультация плода, оценка болезненности матки, характера, качества и количества влагалищных отделяемых каждые 4 часа.

В	Выжидательная тактика при ДРПО рекомендуется в течение короткого периода времени – 12-24 часов
----------	--

В тех случаях, когда выбрана выжидательная тактика, учитывая, что почти у 80% и 95% пациенток роды начинаются спонтанно в течение 12 часов и 24 часов соответственно, разумным является период выжидания 12-24 часов.

С	При ДРПО и наличии показаний к плановому КС рекомендуется родоразрешение путем КС в запланированном порядке (ближайшие 4-6 часов – III категория неотложности)
----------	--

В	Женщинам с ДРПО в сроке гестации от 37 ⁰ недель, в случае отсутствия родовой деятельности на момент поступления, а также отсутствия противопоказаний для индукции родов, может быть предложена активная тактика – индукция родов
----------	---

Активное ведение пациенток с ДРПО:	
<ul style="list-style-type: none"> • снижает частоту хориоамнионита/эндометрита • увеличивает удовлетворённость матерей • не увеличивает частоту КС или влагалищных оперативных родов • снижает число новорожденных, требующих госпитализацию в отделения интенсивной терапии • снижает число новорожденных, которым требуется проведение постнатальной антибиотикотерапии. 	

Мета-анализ 23 рандомизированных контролируемых исследований (8615 женщин) показал, что немедленная индукция родов сокращала время от разрыва плодных оболочек до родов, частоту хориоамнионита, эндометрита, госпитализации новорожденных в отделение интенсивной терапии без увеличения частоты КС или оперативных родов через естественные родовые пути. Крупнейшее из этих РКИ также показало, что женщины более позитивно относятся к индукции родов, чем к выжидательной тактике. Таким образом, данные мета-анализа показывают, что у пациенток с ДРПО активная тактика с немедленной индукцией родов приносит большую пользу по сравнению с выжидательной.

Таблица 1. Отсроченные последствия ДРПО (по данным РКИ TERMPROM).

Отсроченные риски ДРПО	Индукция родов окситоцином	Выжидательная тактика с возможностью последующей индукции окситоцином
Кесарево сечение	10,1% (127/1258)	9,7% (123/1263)
Неонатальная инфекция	2% (25/1258)	2,8% (36/1263)
Клинический хориоамнионит*	4% (50/1258)	8,6% (109/1263)
Лихорадочный синдром в родах*	3,7% (46/1258)	7,4% (93/1263)
Лихорадочный синдром в послеродовом периоде*	1,9% (24/1258)	3,6% (46/1263)
Использование антибиотиков до/во время родов*	7,5% (94/1258)	11,9% (150/1263)
Использование антибиотиков у новорожденных*	7,5% (94/1258)	13,7% (172/1263)
Госпитализация в палаты интенсивной помощи новорожденных*	6,6% (83/1258)	11,6% (146/1263)
Средняя продолжительность активной фазы родов	5 часов	17,3 часов

*показатели достигли уровня статистической значимости

Показано, что индукция родов вагинальными простагландинами столь же эффективна, как и окситоцин, но связана с более высокой частотой хориоамнионита и гиперстимуляции матки. В связи с возможным риском восходящей инфекции при ПРПО не рекомендуются механические методы индукции (катетер Фолея).

Индукция родов с использованием окситоцина является методом выбора в большинстве случаев ДРПО, за исключением ситуаций, когда шейка матки неблагоприятная (менее 7 баллов по модифицированной шкале Бишопа)

2.9 Хориоамнионит.

Определение, факторы риска, последствия для матери и плода.

Хориоамнионит (интраамниотическая инфекция) – клинически проявляющееся инфекционное воспаление плодных оболочек, амниотической жидкости, децидуальной ткани и плода, вызванное полимикробными ассоциациями.

ХА наиболее часто встречается при ПРПО, но может возникнуть при неповрежденных плодных оболочках. Непосредственными возбудителями хориоамнионита могут быть стрептококки группы В, пептострептококки, стафилококки, кишечные палочки, микоплазмы, уреоплазмы, энтерококки, хламидии, трихомонады, гонококки, гарднереллы, кандиды, бактериоиды, вирус простого герпеса, цитомегаловирус и др. Полимикробная инвазия амниотической полости присутствует примерно в 50% случаев.

ХА развивается в 1-6% всех беременностей, 1-13% самопроизвольных своевременных родов, 40-70% преждевременных родов с ПРПО.

Таблица 2. Факторы риска хориоамнионита.

Фактор риска	Относительный риск
Длительный безводный период (в том числе при ПРПО):	
• ≥ 12 часов	5,8
• > 18 часов	6,9
Продолжительность родов:	
• Второй период > 2 часа	3,7
• Активные роды > 12 часов	4,0
≥ 3 влажных исследований в родах при разрыве плодных оболочек	от 2 до 5
Колонизация стрептококка группы В	от 1,7 до 7,2
Бактериальный вагиноз	1,7
Употребление алкоголя и курение	7,9
Мекониальная амниотическая жидкость	1,4-2,3
Внутриматочный мониторинг плода	2,0
Цервикальная недостаточность	
Интраамниотическая инфекция в анамнезе	
Внутрицервикальный баллонный катетер для созревания шейки матки/индукции родов	
Наличие возбудителей половых путей (например, инфекции, передающиеся половым путем, СГВ, бактериальный вагиноз)	

Таблица 3. Влияние хориоамнионита на мать и новорожденного.

ХА увеличивает риск	
У матери:	У плода:
Дисфункционального течения родов	Неонатального сепсиса
Кесарева сечения	Бронхолегочной дисплазии
Послеродового кровотечения вследствие атонии матки	Перивентрикулярной лейкомаляции
Разрыва матки	Пневмонии
Эндометрита	Менингита
Перитонита	Церебрального паралича
Сепсиса	Неонатальной смерти
Материнской смерти (редко)	

Выявление инфекции при ПРПО.

Выявление инфекции у женщин с ПРПО необходимо для оказания наилучшей медицинской помощи.

Ранняя диагностика ХА позволяет рассмотреть терапевтические стратегии (включая антибиотики и/или индукцию родов).

С	Для диагностики хориоамнионита используйте комбинацию:
	<ul style="list-style-type: none"> • клинических симптомов – пульс (>100 уд/мин), температура матери ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$), болезненность матки, характер влагалищных выделений (гнойные, зловонные) • С-реактивного белка (>5 мг/л) • количества лейкоцитов (в крови $>15 \times 10^9$/л). • изменения частоты сердечных сокращений плода с помощью кардиотокографии (≥ 160 уд/мин., отсутствие акцелераций).
	Эти параметры не должны оцениваться изолированно.

При доступности в диагностике ХА, как любой другой инфекции, могут быть использованы интерлейкин-6 (IL-6), высокочувствительный С-реактивный белок (hs-CRP), прокальцитонин и лактат. IL-6, прокальцитонин, высокочувствительный С-реактивный белок (hs-CRP) определяют на иммунофлуоресцентном анализаторе Fineware™ FIA MeterPlus/FS 113 (Wonfo), лактат – на газоанализаторе “BGA -103” Wondfo (Rain Sen Da).

Таблица 4. Клинические признаки хориоамнионита.

Признак	Частота встречаемости
Лихорадка ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) – обязательный симптом ХА + любой из следующих признаков:	100%
– количество лейкоцитов у матери более 15 000 на мм^3 при отсутствии кортикостероидов	70-90%
– тахикардия матери (>100 уд/мин)	50-80%
– тахикардия плода (более 160 ударов в минуту в течение 10 минут или дольше)	40-70%
– болезненность матки	4-25%
– гнойные выделения из цервикального канала	

Ни один из симптомов не является специфичным и патогномичным для ХА. Диагноз выставляется при наличии фебрильной температуры и как минимум одного дополнительного симптома. Лихорадка является обязательным признаком при ХА. Если изменяется только один показатель, то продолжайте наблюдать за женщиной и рассмотрите возможность повторения тестов в динамике. Недостаточно данных относительно интерпретации и ведения изолированной материнской лихорадки. В клинической практике изолированная материнская лихорадка является распространенным симптомом при ПРПО, с которым сталкиваются акушеры-гинекологи. Изолированная материнская лихорадка, вызванная инфекцией или нет, связана с неблагоприятными краткосрочными и долгосрочными неонатальными исходами и требует проведения антибактериальной терапии и тщательной оценки состояния пациента в динамике.

Лабораторные признаки ХА:

- положительная окраска амниотической жидкости по Граму на наличие бактерий
- низкий уровень глюкозы в амниотической жидкости (≤ 14 мг/дл)
- высокое количество лейкоцитов в амниотической жидкости при отсутствии кровоизлияния (>30 клеток/ мм^3)
- положительный результат посева амниотической жидкости
- гистопатологические признаки инфекции или воспаления или того и другого в плаценте, плодных оболочках или сосудах пуповины

Лечение и акушерская тактика.

При наличии признаков ХА следует прекратить антибиотикофилактику и начать антибиотикотерапию.

А При ХА рекомендована антибактериальная терапия с целью снижения неонатальной заболеваемости и гнойно-септических осложнений у матери

Мета-анализ различных исследований не показал достоверной разницы в частоте акушерских осложнений между группами с применением антибиотиков и плацебо в послеродовом периоде.

С Для решения вопроса о назначении антибактериальной терапии рекомендуется использовать клиническую оценку, а не уровень прокальцитонина с клинической оценкой

А Рекомендована отмена антибактериальной терапии в послеродовом периоде при отсутствии клинических и лабораторных проявлений эндометрита в течение 24 часов

С Когда оптимальная продолжительность терапии неясна, мы предлагаем использовать прокальцитонин и клиническую оценку для принятия решения об отмене противомикробных препаратов, а не только клиническую оценку

Если уровень прокальцитонина менее 0,1 нг/мл, антибактериальную терапию можно отменять. В целом рекомендуется более короткая продолжительность антимикробной терапии.

Таблица 5. Режимы антибактериальной терапии при хориоамнионите.

Препараты выбора	
Рекомендуемые препараты	Дозы
Ампициллин или Цефазолин +	2 г в/в каждые 6 часов 2 г в/в каждые 8 часов
Гентамицин	1,5 мг/кг каждые 8 часов или 3-5 мг/кг в/в каждые 24 часа
При аллергии на пенициллины	
Клиндамицин или Ванкомицин*	900 мг в/в каждые 8 часов 1 г в/в каждые 12 часов
+	
Гентамицин	1,5 мг/кг каждые 8 часов или 3-5 мг/кг в/в каждые 24 часа
Альтернативные режимы (в режиме монотерапии)	
Ампициллин-сульбактам	3 г внутривенно каждые 6 часов
Пиперациллин-тазобактам	3,375 г в/в каждые 6 часов или 4,5 г в/в каждые 8 часов
Цефотетан	2 г в/в каждые 12 часов
Цефтриаксон	1-2 г в/в каждые 24 часа, в тяжелых случаях суточную дозу можно увеличить до 4 г
Цефокситин	2 г в/в каждые 8 часов
Эртапенем	1 г в/в каждые 24 часа
После операции КС: добавьте клиндамицин 900 мг в/в каждые 8 часов или метронидазол 500 мг перорально или в/в каждые 8 часов, поскольку анаэробы играют основную роль в осложнениях, связанных с эндометритом после КС.	
После вагинальных родов: клиндамицин и метронидазол не показаны.	
*Ванкомицин следует использовать, если женщина колонизирована стрептококками группы В, устойчивыми к клиндамицину, эритромицину и другим антибиотикам, или определение чувствительности к антибиотикам недоступно.	

В При наличии фебрильной лихорадки рекомендовано назначение парацетамола с целью ее купирования

Парацетамол является наиболее безопасным жаропонижающим средством во время беременности. Разовая пероральная доза парацетамола составляет 500 мг каждые 4-6 часов. Парацетамол можно вводить перорально, ректально или внутривенно. Общая суточная доза не должна превышать 4 г. При внутривенном введении парацетамола его максимальная концентрация достигается в крови в течении 15 минут, что повышает его биодоступность во всех тканях в кратчайшие сроки.

ХА – абсолютное показание к активной тактике ведения, т.е. к родоразрешению.

В При ХА рекомендовано рассмотреть вопрос о родоразрешении независимо от гестационного срока с целью снижения риска акушерских и перинатальных осложнений

Проведите вагинальный осмотр и оцените состояние шейки матки для решения вопроса о методе индукции (см. протокол «Индукция родов»).

Выбор способа родоразрешения с началом индукции родов или проведением КС (при наличии акушерских показаний) должен быть выполнен в течение 24 часов.

А Рекомендовано родоразрешение через естественные родовые пути при отсутствии акушерских показаний к кесареву сечению с целью снижения риска септических акушерских осложнений

Хориоамнионит не является ни показанием, ни противопоказанием к оперативному родоразрешению.

Оперативное родоразрешение проводится по акушерским показаниям по обычной методике вне зависимости от продолжительности безводного периода.

А Рекомендовано патолого-анатомическое исследование последа с целью верификации диагноза ХА

Признаком ХА является наличие признаков воспаления в оболочках и плаценте.

Профилактика хориоамнионита.

А При поступлении беременной с ПРПО при отсутствии регулярной родовой деятельности и показаний к активной тактике целесообразно отказаться от влагалищного исследования, а диагноз подтвердить при осмотре в стерильных зеркалах.

А Рекомендуется направлять беременную на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно на выявление бессимптомной бактериурии при 1-м визите

Бессимптомная бактериурия – это наличие колоний бактерий $\geq 10^5$ в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов. Раннее выявление бактериурии и проведение терапии снижает риск развития пиелонефрита, преждевременных родов, задержки роста плода, инфекционных осложнений в родах и в послеродовом периоде. См. протоколы «Нормальная беременность», «Инфекции мочевыводящих путей во время беременности».

А Всем женщинам с ПРПО с целью снижения материнских и неонатальных инфекций, вызванных СГВ и пролонгирования беременности рекомендуется назначение антибиотиков.

Организация медицинской помощи.

Пациентки с ПРПО и ХА должны быть госпитализированы в медицинскую организацию акушерского профиля 1-го, 2-го или 3-го уровня в зависимости от срока беременности.

Критерии оценки качества медицинской помощи.

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Определен срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования плода	Да/Нет

2	Проведен осмотр в зеркалах	Да/Нет
3	Измерение температуры тела проводится каждые 4 часа	Да/Нет
4	Пульс матери и ЧСС плода определяются каждые 4 часа	Да/Нет
5	Лейкоцитоз оценивается ежедневно	Да/Нет
6	Произведен микробиологический (культуральный) анализ ректо-вагинального отделяемого на носительство СГВ	Да/Нет
7	Назначена антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома плода в сроках беременности 24 ⁰ – 34 ⁶ недели	Да/Нет
8	При ПРПО назначена антибиотикопрофилактика в соответствии со сроком гестации	Да/Нет
9	Токолитическая терапия проводится до 34 ⁶ недель беременности и по показаниям	Да/Нет
10	Пациентам с ПРПО, у которых началась активная родовая деятельность или планируется КС в ближайшие 24 часа, проводится нейропротекция плода сульфатом магния	Да/Нет
11	При отсутствии показаний к немедленному родоразрешению, пациентам с ПРПО предлагается выжидательная тактика вплоть до 37 ⁰ недель беременности	Да/Нет
12	Продолжительность выжидательной тактики при ДРПО не превышает 24 часа	Да/Нет
13	При подозрении на ХА определяется уровень СРБ	Да/Нет
14	Антибактериальная терапия ХА проводится согласно рекомендованным схемам	Да/Нет
15	При ХА рекомендуется активная тактика	Да/Нет
16	При ХА выполняется гистологическое исследование последа	Да/Нет

Методология разработки протокола.

Национальный клинический протокол разработан в соответствии с требованиями Постановления Министерства здравоохранения республики Узбекистан и Национальной палаты инновационного здравоохранения республики Узбекистан № 59 от 23 декабря 2019 г., приказа Министерства здравоохранения республики Узбекистан №317 от 2 декабря 2022 г., письма-указания Министерства здравоохранения республики Узбекистан №03-34/25816 от 3 ноября 2023 г.

В разработке протокола принимали участие специалисты акушеры-гинекологи ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка» и его региональных филиалов, Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, Республиканского перинатального центра.

Создание данного протокола продиктовано медицинской значимостью проблемы, различиями в подходах в медицинской практике, существованием большого количества современных источников доказательств эффективности вмешательств.

Конфликт интересов: перед началом работы по созданию данного протокола все члены рабочей группы заполнили письменное Уведомление о конфликте интересов. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для применения в клинической практике по теме данного протокола.

Вовлечение заинтересованных сторон: при разработке руководящих принципов протокола и рекомендаций запрошены и учтены мнения целевой группы населения (пациентов и членов их семей), включая медицинские (польза для здоровья, побочные эффекты и риски вмешательств), этические, культурные, религиозные аспекты. Запрос мнений осуществлялся путем неформального интервью женщин в профильных отделениях ГУ РСНПМЦЗМиР.

Сбор, обобщение и критическая оценка доказательств.

Методы, использованные для сбора доказательств: поиск в электронных базах данных, библиотечные ресурсы. В качестве основных источников информации использовались клинические руководства медицинских сообществ и других профильных организаций разных стран на английском и русском языках за период 2013-2023 гг, приоритетными при разработке протокола явились данные последних 5 лет (с 2018 г.). В процессе разработки протокола не использовались учебники и монографии как источники с низким качеством доказательств или отсутствием таковых. Систематический поиск основных источников данных включал следующие базы данных:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - Guidelines@health.qld.gov.au

- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

В качестве исходного документа для заимствования и адаптации рекомендаций использовались несколько клинических руководств из разных стран.

В случаях, когда в найденных и оцененных клинических руководствах отсутствовали требуемые рекомендации или они были описаны недостаточно/неполно, не подкреплялись доказательствами, противоречили друг другу, были неприменимы в местных условиях или устарели проводился дополнительный поиск рандомизированных контролируемых испытаний, систематических обзоров, мета-анализов, когортных исследований в базах данных: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> и др.

Проведена критическая оценка качества найденных источников с учетом современности клинических руководств, методологии их разработки, ранжирования рекомендаций по уровням достоверности доказательств и убедительности/силы, применимости к местным условиям оказания медицинской помощи.

Описание методов для формулирования рекомендаций. Окончательные рекомендации протокола формулировались путем заимствования части рекомендаций из нескольких клинических руководств в изначальной редакции без изменений, адаптации части рекомендаций клинических руководств к местным условиям, разработки рекомендаций на основе дополнительного поиска литературы. Рекомендации с низким качеством доказательств и не применимые в местных условиях исключались. Заимствованные из клинических руководств рекомендации принимались с тем уровнем доказательности, с каким они были опубликованы изначально. В случае, если авторами зарубежных клинических руководств использовались другие шкалы уровней доказательности, то они (если это возможно) переводились в систему GRADE. В случаях, когда встречались одинаковые рекомендации в разных клинических руководствах, но с разным уровнем доказательности, рабочая группа включала в протокол ту рекомендацию, которая была сформулирована на основе более убедительных научных данных.

Протокол документально рецензирован внутренними и внешними экспертами. В случае, если доказательная база рекомендаций была более весома, чем мнение рецензента/эксперта, или более приемлема для применения в условиях целевого звена здравоохранения, члены рабочей группы, оставляли за собой право отклонить предложения рецензентов.

При формировании окончательной редакции протокола проект протокола был представлен для обсуждения широкому кругу специалистов из числа профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директора региональных филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместители), врачей региональных учреждений системы родовспоможения. Проект протокола для обсуждения был доступен на официальном сайте ГУ РСНПМЦЗМиР (<https://www.onabolamarkazi>) и телеграмм-канале. Отзывы принимались по электронной почте с заполнением стандартного Листа отзывов. Заключительное обсуждение проекта протокола и формирование окончательной его редакции проводилось в онлайн формате с участием рабочей группы, рецензентов, эксперта ВОЗ и широкого круга заинтересованных специалистов путем достижения неформального консенсуса.

Финансовая поддержка при разработке данного протокола оказана Представительством ВОЗ в Узбекистане и Представительством Фонда ООН в области народонаселения в

Узбекистане (ЮНФПА/UNFPA). Внешнее финансирование включало методологическую поддержку в виде обеспечения внешней оценки документа экспертами ВОЗ на всех этапах его разработки и техническую поддержку в виде перевода протокола на узбекский язык и его тиражирования. Мнения и интересы финансирующих органов не повлияли на окончательные рекомендации протокола.

В рекомендациях данного клинического протокола все сведения ранжированы по уровню убедительности рекомендаций (УУР) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств):

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Риски и преимущества антенатальных кортикостероидов для обсуждения с женщиной (и членами ее семьи или опекунами, если это необходимо).

Сроки беременности	Преимущества	Вред
22 ⁰ – 34 ⁶ недель	<p>Значимое снижение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - перинатальной и неонатальной смертности - респираторного дистресс-синдрома <p>Вероятное снижение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - внутрижелудочковых кровоизлияний - отставания развития в детстве <p><i>Уменьшение вышеперечисленных состояний, скорее всего, будет иметь место, если роды произошли через 24-48 часов после начала лечения.</i></p> <p><i>Снижение респираторной заболеваемости (но не смертности), вероятно, будет иметь место, если рождение произойдет в пределах 7 дней от начала лечения.</i></p>	<p>Вероятно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нарушение толерантности к глюкозе у матери на срок до 5 дней после введения (с более высоким риском у женщин с диабетом). - снижения веса при рождении, если роды произошли более чем через 7 дней после приема стероидов - увеличение числа психиатрических и поведенческих диагнозов, если дети рождаются в срок
35 ⁰ – 36 ⁶ недель	<p>Вероятно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - снижение потребности в респираторной поддержке 	<p>Вероятно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - увеличение неонатальной гипогликемии - увеличение психиатрических и поведенческих диагнозов, если дети рождены в срок.
Перед плановым кесаревым сечением в сроке 37-39 недель	<p>Вероятно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - снижение частоты госпитализаций в неонатальные отделения по причине респираторной заболеваемости 	<p>Вероятно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - снижение успеваемости в школьном возрасте
Повторный спасательный курс стероидов	<p>Вероятно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - снижение потребности в респираторной поддержке 	<p>Вероятно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - снижение веса при рождении (в среднем на 80 г), длины тела и окружности головы, артериального давления у новорожденного

Алгоритм нейропротекции плода и режим дозирования.

«Неминуемые» преждевременные роды в сроке от 26⁰-31⁶ недель
(когда рождение недоношенного ребенка ожидается в ближайшие 24 часа):

- Спонтанная или индуцированная активная родовая деятельность (4 схватки за 20 минут) и раскрытие шейки матки ≥ 4 см независимо от целостности плодных оболочек;
- Женщины, которым планируется кесарево сечение по тем или иным показаниям.

ДА

НАЧНИТЕ:

1. Нейропротекцию магнием:
 - нагрузочная доза – 4 г в/в в течение 15-30 минут
 - поддерживающая доза – 1 г/час
2. Токолиз при активной родовой деятельности
3. Профилактику РДС плода кортикостероидами

МОНИТОРИРУЙТЕ:

1. Материнский пульс
 2. Артериальное давление
 3. Частоту дыхания
 4. Коленные рефлексы
 5. Сатурацию кислорода (пульсоксиметрия)
 6. Почасовой диурез
 7. Непрерывный мониторинг сердцебиения плода или аускультация каждые 15 минут (начиная с 26 недель 0 дней)
- на 10-й минуте введения нагрузочной дозы магния, после завершения введения нагрузочной дозы, далее – каждые 4 часа

Побочных эффектов и осложнений магния нет:

- Продолжайте инфузию магния.
- Прекратите, если:
1. женщина родила, ИЛИ
 2. прошло 24 часа от начала инфузии, ИЛИ
 3. прекратилась активная родовая деятельность и роды не ожидаются в ближайшие 24 часа

Есть побочные эффекты магния:

1. Угнетение или отсутствие коленных рефлексов, ИЛИ
 2. Частота дыхания менее 12 в минуту, ИЛИ
 3. Падение диастолического АД на 15 мм.рт.ст. от исходного (кроме гипертензивных нарушений).
- Тактика: прекратить инфузию магния

Есть осложнения магния:

1. Гиповентиляция (угнетение или остановка дыхания);
 2. Выраженная артериальная гипотония;
 3. Аритмия.
- Тактика:
- Прекратить инфузию магния
 - Увлажненный кислород 8-12 л/мин;
 - Оценка жизненно важных функций
 - Ввести глюконат кальция в/в медленно (10% - 10 мл);
 - ЭКГ
 - Кровь на электролиты, концентрацию магния и креатинин.

Режим дозирования магнeзии сульфата.

В условиях стационара (внутривенная инфузия)	
<ul style="list-style-type: none">• Нагрузочная доза	<ul style="list-style-type: none">• 4 г магнeзии в/в медленно:<ul style="list-style-type: none">- 16 мл 25% раствора сульфата магния + 14-20 мл физ. раствора в/в медленно в течение 15-30 минутили- 16 мл 25% сульфата магния в/в медленно в течение 15-30 минут по инфузому с скоростью 32-64 мл/час;
<ul style="list-style-type: none">• Поддерживающая доза	<ul style="list-style-type: none">• 25% магнeзия с скоростью 1 г/час:<ul style="list-style-type: none">- При использовании системы для внутривенных вливаний: 100 мл 25% магнeзии (25 г) + 400 мл физ. раствора в/в с скоростью 7 капель в минуту;- При использовании инфузому: 100 мл 25% магнeзии в/в с скоростью 4 мл/час.

Алгоритм ведения ПРПО в зависимости от срока беременности.

<p>Доношенный срок беременности (37⁰ недель беременности и более)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Антибиотикопрофилактика инфекции, вызванной СГВ, при положительном результате микробиологического исследования или всем при недоступности диагностики через 18 часов безводного периода. Прекратить антибиотикопрофилактику по завершении родов. • Планировать родоразрешение: <ul style="list-style-type: none"> - через 12-24 часа выжидательной тактики, или - немедленная индукция (активная тактика), или - неотложное КС при наличии показаний • Лечение интраамниотической инфекции и родоразрешение, если она присутствует
<p>Поздний преждевременный срок беременности (34⁰- 36⁶ недель)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выжидательная тактика или родоразрешение (индукция родов или кесарево сечение при наличии показаний) • Однократный курс введения глюкокортикоидов до 34⁶ недель, если они ранее вводились • Токолитики – только при наличии маточной активности и для завершения курса профилактики РДС или перевода в учреждение 2-го, 3-го уровня в течение 3-7 дней до 34⁶ недель • Антибиотикопрофилактика инфекции, вызванной СГВ, при положительном результате микробиологического исследования или всем при недоступности диагностики сразу после постановки диагноза, на срок 7-10 дней или до тех пор, пока у женщины не начнутся роды (в зависимости от того, что наступит раньше). Прекратить антибиотикопрофилактику по завершении родов. • Лечение интраамниотической инфекции и родоразрешение, если она присутствует
<p>Преждевременный срок беременности (24⁰- 33⁶ недель)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выжидательная тактика. Активная тактика – только при наличии показаний • Антибиотикопрофилактика инфекции, вызванной СГВ, при положительном результате микробиологического исследования или всем при недоступности диагностики сразу после постановки диагноза, на срок 7-10 дней или до тех пор, пока у женщины не начнутся роды (в зависимости от того, что наступит раньше). Прекратить антибиотикопрофилактику по завершении родов. • Однократный курс введения глюкокортикоидов, если они ранее вводились • Токолитики – только при наличии маточной активности и для завершения курса профилактики РДС или перевода в учреждение 2-го, 3-го уровня в течение 3-7 дней • Внутривенное введение магнезии сульфата с целью нейропротекции в сроках 26⁰-31⁶ недель, если женщина вступила в роды или ей планируется КС в течение ближайших 24 часов • Лечение внутриамниотической инфекции при её наличии и планирование родов
<p>Перивитальный (перижизнеспособный) срок беременности (22⁰-24⁰ недель)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Консультирование пациента • Выжидательная тактика или индукция родов

- Назначение антибиотиков необходимо рассматривать с 20⁰ недель беременности, если планируется выжидательная тактика
- Назначение кортикостероидов не рекомендуется, но может быть рассмотрено, если планируется выжидательная тактика
- Токолитики не рекомендуются до жизнеспособности плода
- Введение магния сульфата с целью нейропротекции не рекомендуется до жизнеспособности плода
- Лечение внутриамниотической инфекции при её наличии и планирование родов

Информация для пациентов

Что такое преждевременный разрыв плодных оболочек?

Это утечка амниотической жидкости до начала родовой деятельности.

Чем опасно преждевременное излитие вод?

Наибольшую опасность представляют преждевременные роды и рождение недоношенного ребенка. У таких детей повышена частота осложнений, связанных с недоношенностью, а также сепсиса и гипоплазии легочной ткани.

Что делать, если воды излились преждевременно?

Нужно помнить, что подозрение на подтекание околоплодных вод – это повод не для паники, а для скорейшего обращения в родильный стационар. Беременность в большинстве случаев удастся продлить до нужного срока, а также сохранить здоровье и жизнь малыша.

Как лечится преждевременный разрыв плодных оболочек?

При преждевременном излитии вод предлагается выжидательная тактика, т.е. наблюдение до доношенного срока, если не появятся показания к немедленному родоразрешению, например, инфекция, кровотечение или страдание плода.

Как помочь малышу при преждевременном разрыве плодного пузыря?

Для снижения риска незрелости легких предлагается 2-х-дневный курс кортикостероидов, для профилактики инфекции – антибиотикопрофилактика. А если Вы вступили в роды, то для предупреждения детского церебрального паралича необходима инфузия сульфата магния.

Что такое хориоамнионит?

Хориоамнионит представляет собой инфекцию, в результате которой возникает воспаление плодных оболочек, околоплодных вод, плаценты, децидуальной ткани и плода.

Каковы причины развития хориоамнионита?

Хориоамнионит развивается вследствие проникновения микробов восходящим путем (из влагалища) или гематогенным путем (из хронических очагов инфекции).

Какие клинические проявления хориоамнионита?

Хориоамнионит проявляется в виде повышения температуры тела, болью в области матки, гнойными или сукровичными выделениями из влагалища.

Каковы осложнения при хориоамнионите?

При хориоамнионите могут возникнуть акушерские осложнения в виде дисфункции родовой деятельности, послеродового гипотонического кровотечения, эндометрита, перитонита, септических осложнений у матери и новорожденного.

Как лечится хориоамнионит?

Основным методом лечения является назначение антибактериальной терапии и родоразрешение.

Что делать в случае выявления признаков хориоамнионита?

Немедленно позвоните своему врачу, если у Вас появились какие-либо из следующих признаков: повышение температуры тела более 38⁰С, учащение пульса, изменение характера выделений из влагалища, болезненность матки, нарушение двигательной активности плода.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

1. Я, _____ (Ф.И.О. пациента)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу

_____, даю

(адрес места жительства (пребывания) пациента либо его законного представителя)

информированное согласие на предстоящее медицинское вмешательство в _____

(наименование медицинского учреждения)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены возможные методы и варианты предстоящих медицинских вмешательств, их последствия, необходимость, цель и ожидаемые результаты предстоящего обследования, диагностики и/или лечения, в том числе вероятность развития осложнений, а также последствия отказа от медицинского вмешательства.

3. Я проинформирован, что точно предсказать результат и исход медицинского вмешательства невозможно. Я понимаю, что любое лечение или операция сопряжены с риском для жизни и могут привести к временной или постоянной, частичной или полной нетрудоспособности. Никакие гарантии относительно результатов медицинского вмешательства не предоставляются.

4. Я понимаю, что в процессе диагностических, лечебных и иных вариантов медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных операций или процедур). В таких ситуациях ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

5. Я знаю, что в целях максимальной эффективности предстоящего медицинского вмешательства я обязан поставить врача в известность о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, употреблении алкоголя, наркотических или токсических препаратов.

6. Я понимаю, что при проведении хирургического вмешательства возможна потеря крови и может возникнуть необходимость в переливании донорской крови или ее компонентов, на что я даю добровольное согласие. Я получил разъяснения от лечащего врача о цели переливания крови или ее компонентов, необходимости переливания, характере и особенностях процедуры, возможных последствиях, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от переливания крови и ее компонентов.

7. Я согласен на запись моего лечебно-диагностического процесса на любые информационные носители, с использованием любых технических средств, а также на взятие у меня в диагностических и лечебных целях образцов биологических материалов, в том числе клеток, тканей, биологических жидкостей.

8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа.

9. Я разрешаю предоставлять информацию о моей болезни, прогнозе и лечении только:

(доверенные лица)

11. Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, о чем свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись

Дата «__» _____ г.

Список литературы.

1. Приказ Министерства здравоохранения республики Узбекистан №151 от 28.06.2021 г. «О целевой маршрутизации перинатальной помощи в Республике Узбекистан».
2. ACOG. Intrapartum Management of Intraamniotic Infection. Committee on Obstetric Practice Number 712. August 2017.
3. Conde-Agudelo A., Romero R., Jung E.J., Garcia Sánchez Á.J. Management of clinical chorioamnionitis: an evidence-based approach. Vol. 223, American Journal of Obstetrics and Gynecology. Elsevier Inc.; 2020. 848–869 p.
4. Intraamniotic Infection (Chorioamnionitis) By Antonette T. Dulay , MD, Main Line Health System Last review/revision Oct 2022.
5. NICE. Preterm labour and birth overview. Natl Inst Heal Care Excell. 2019; (August):1–12.
6. RCOG. Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality. Green-top Guideline No. 74 July 2022.
7. RCOG. Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 240 Weeks of Gestation. Green-top Guideline No. 73 June 2019.
8. Venkatesh K.K., Jackson W., Hughes B.L., Laughon M.M., Thorp J.M., Stamilio D.M. Association of chorioamnionitis and its duration with neonatal morbidity and mortality. J Perinatol. 2019; 39(5):673–82.
9. WHO recommendation on Tocolytic therapy for improving preterm birth outcomes. © World Health Organization 2022.
10. WHO recommendations on Antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes. © World Health Organization 2022.