|  |  |
| --- | --- |
| **СОГЛАСОВАНО**  **Главный внештатный специалист**  **по специальности «Акушерство и**  **гинекология» МЗ АР Крым**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Регушевский С.Е.**  **«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.** | **УТВЕРЖДАЮ**  **Директор**  **ГБУЗ РК « РКБ им. Н.А. Семашко »**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    **Соболева Е. В.**  **«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.** |

**Локальный протокол по оказанию акушерской помощи**

**в отделении патологии беременных**

**(экстрагенитальной патологии и невынашивания беременности)**

**«Ведение беременных с преждевременным излитием околоплодных вод»**

**Дата составления протокола: Февраль -март 2015 г.**

**Шифры МКБ-10**: О 42 - преждевременный разрыв плодных оболочек;

О42.0 - преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов в последующие 24 часа;

О42.2 - преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

О42.9 - преждевременный разрыв плодных оболочек, неуточненный.

O75.6 - задержка родов после самопроизвольного или неуточненного

разрыва плодных оболочек

**ОПРЕДЕЛЕНИЯ:**

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) - это спонтанный их разрыв до начала родовой деятельности в сроки беременности от 22 до 42 недель. ПРПО при недоношенной беременности осложняет течение беременности в 2-3 % случаев, но связано с 40% преждевременных родов и, как следствие, является причиной значительной части неонатальной заболеваемости и смертности.

**Раннее излитие околоплодных вод** — разрыв плодных оболочек и излитие околоплодных вод после начала родов, но до 4 см раскрытия шейки матки.

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

**Безводный промежуток** - время между разрывом плодных оболочек и рождением плода.

Преждевременные роды - роды, наступившие в сроке беременности от 22 до 37 недель (258 дней), начиная с первого дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 500 до 2500 гр.

**Нормативные документы, которые регламентируют оказание медицинской помощи по теме локального протокола:**

* Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Клиническое руководство «Преждевременный разрыв плодных оболочек» (Преждевременное излитие вод)
* Преждевременный разрыв плодных оболочек. Информационное письмо под редакцией В. Е. Радзинского, И. М. Ордиянц
* Локальный протокол КРУ КТМО ОСП «Перинатальный центр» от марта 2013 г.

**Дата запланированного пересмотра**: март 2020 г.

**Составители**:

-Зам. главного врача по мед. части ОСП Перинатальный центр

-Заведующая отделения патологии беременных

-Заведующий родового отделения

-Сотрудники кафедры ГУ «КГМУ им. С.И.Георгиевского»

-Врачи акушеры-гинекологи отделения патологии беременных

**Факторы риска ПРПО:**

**Материнские факторы**

* ПРПО - во время предшествующей беременности недоношенной до срока (риск 16-32%)
* Маточное кровотечение во время данной беременности
* Длительная терапия глюкокортикоидами
* Системные заболевания соединительной ткани

Маточно-плацентарные факторы

* Отслойка плаценты (10%-15% случаев ПРО-НБ)
* Аномалии развития матки
* Хориоамнионит, чем меньше срок беременности, тем выше риск
* Многоплодная беременность (7-10% беременностей двойней)

**Последствия ПРПО:**

* Преждевременные роды и недоношенность (респираторный дистресс синдром, внутриутробная инфекция, внутрижелудочковые, кровоизлияния, некротизируюший энтероколит, ретинопатия, персистирующий артериальный проток, неврологические нарушения)
* Сепсис (13-60%)
* Гипоплазия легких
* Мертворождение (выше в 8-13 раз)
* Перинатальная смертность (выше в 4 раза), неонатальная заболеваемость (выше в 3 раза)
* Преждевременная отслойка плаценты (4-12%)
* Увеличение частоты оперативного родоразрешения
* Увеличение частоты послеродовых кровотечений
* Увеличение частоты инфекционных послеродовых осложнений (30%)

**Диагностика ПРПО.**

При подозрении на ПРПО, беременная госпитализируется в стационар.

Диагноз спонтанного разрыва оболочек устанавливается при помощи анамнестических данных матери с последующим исследованием в зеркалах в стерильных условиях. В некоторых случаях дополнительное подтверждение диагноза достигается при помощи проведения УЗИ. При подозрении на ПРПО следует избегать влагалищного исследования.

Применяются тесты для подтверждения разрыва оболочек. Плодный фибронектин и повышенный уровень связывающего белка 1, инсулиноподобного фактора роста, в цервико-вагинальных выделениях имеют чувствительность 94% и 75%, и специфичность 97%, соответственно.

**Акушерская тактика при ПРПО:**

* Выжидательная
* Активная

Ведение беременных с ПРПО.

Общий алгоритм мероприятий:

* Подтвердить диагноз ПРПО
* Уточнить срок беременности и предполагаемую массу плода: при сроке до 34 недель и риске рождения ребенка массой менее 2200 г показан перевод беременной в стационар 3 уровня; в сроке 34-36недель, при массе от 2200 г до 2500 г и выше - возможно родоразрешение на 2 уровне
* Провести исследование для выявления инфекции
* Определить состояние матери и плода
* Провести профилактику инфицирования плода в родах
* Оценить наличие противопоказаний для выжидательной тактики
* Выбрать тактику ведения и/или способ родоразрешения с учетом срока беременности, состояния матери и плода, его предлежания, готовности родовых путей.
* При родоразрешении через естественные родовые пути для обезболивания родов целесообразно более широко применять эпидуральную аналгезию из-за большей эффективности и меньшей токсичности.
* Приступить к профилактике РДС плода при недоношенной беременности в сроке 24 - 33 нед. 6 дней.

Необходимо решить вопрос о возможности выжидательной тактики. **Выжидательная тактика может быть избрана:**

1. У беременных с низкой степенью прогнозируемого перинатального и акушерского риска;

1. При удовлетворительном состоянии плода (аускультация ЧСС, КТГ);

3. При отсутствии клинико-лабораторных признаков хориоамнионита (повышение температуры тела более 38о С, тахикардия матери более 100 ударов в 1 мин, лейкоцитоз более 15х109/л появление неприятного запаха околоплодных вод, тахикардия плода более 170 уд/мин; наличие двух или более симптомов дает основание для установления диагноза хориоамнионит):

**Противопоказания к выжидательной тактике:**

* Хориоамнионит
* Осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения, например:
* Преэклампсия/эклампсия
* Отслойка плаценты
* Кровотечение при предлежании плаценты
* Декомпенсированные состояния матери
* Декомпенсированные состояния плода
* Выраженное маловодие (амниотический индекс менее 3 см) в течение 3 дней
* Развитие ***активной родовой деятельности: схватки с частотой не реже 1 раза в 10мин, продолжительностью 40 с и более, укорочение шейки матки на 80% от исходной длины, открытие 3 см и более***)
* Мекониальное окрашивание вод

**Клинические признаки хориоамнионита:**

* Лихорадка у матери (>380C)
* Тахикардия у матери (> 100/мин)
* Стойкая тахикардия у плода (> 160/мин)
* Выделения с гнилостным запахом из влагалища
* Повышение тонуса матки, активация сократительной активности, несмотря на токолитическую терапию
* Нарастание лейкоцитоза (более 15х109/л) в динамике, палочкоядерный сдвиг лейкоцитограммы

**Хориоамнионит** — показание к быстрому родоразрешению и не является противопоказанием к оперативному родоразрешению по обычной методике. При отсутствии активной родовой деятельности и шансов быстрого рождения ребенка метод выбора - кесарево сечение.

**При хориоамнионите нужно начинать антибактериальную терапию двумя препаратами**

* *(амоксициллин/сульбактам в дозе 1,5 х3р/с, в/в или в/м; при аллергии на пенициллины - цефтриаксон в дозе 1.0 г х 2р/с, в/в или в/м + метронидазол по 100 мл каждые 8 ч,в/в.*
* Показание для отмены антибактериальной терапии - нормальная температура тела в течение 2 суток

**Пролонгирование беременности до 22 недель не целесообразно.**

**Тактика ПРПО при недоношенной беременности 22 недели – 33 нед 6 дн:**

* При поступлении беременной с ПРПО и отсутствием регулярной родовой деятельности целесообразно отказаться от влагалищного исследования, а диагноз подтвердить при осмотре в стерильных зеркалах.
* При сомнении - с использованием наиболее информативных и чувствительных тестов определения околоплодных вод (тест определения плацентарного альфа- микроглобулина (ПАМГ) и протеин-1, связывающий инсулиноподобный фактор роста)
* При первом осмотре в стерильных зеркалах необходимо взять образец отделяемого из цервикального канала на микробиологическое исследование с определением чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам.
* Необходимо соблюдение постельного режима, смену подкладных осуществлять каждые 3 часа, смену белья - ежедневно
* Обязательно ведение специального листа наблюдений в истории родов:
* -температура тела,
* -пульс,
* -ЧСС плода,
* -характер выделений из половых путей,
* Оценку уровня лейкоцитов периферической крови проводят ежедневно по показаниям (при подозрении на появление воспалительных маркеров)
* При отсутствии клинических признаков инфекции общий анализ крови берут 1 раз в 3 дня
* Необходима адекватная комплексная оценка состояния плода –
* -КТГ ежедневно, с 26 недель
* -определение амниотического индекса
* -УЗИ 1 раз в 7 дней,
* -допплерометрия кровотока в фетоплацентарной системе
* Профилактика РДС плода с момента диагностики ПРПО (в сроке от 24 нед – 33,6 нед)
* Антибактериальная терапия должна начинаться сразу после постановки диагноза преждевременного излития околоплодных вод и продолжаться до рождения ребенка (в случае задержки родов может быть ограничена 7 – 10 сутками)
* А. Эмпирическая одним из препаратов (проводится до получения результатов микробиологического исследования) - назначают *амоксициллин/сульбактам по 1,5г в/в или в/м каждые 8 часов, ампициллин 1,0 в/м 4 р/сут каждые 6 часов, цефтриаксон 1,0 в/м или в/в 2 р/сут,* *эритромицин (макролиды) перорально 0,5 г 2 р/сут*; терапию возможно продолжать до момента родоразрешения

**При ПРПО нельзя использовать амоксиклав (препараты с клавулоновой кислотой) из-за повышения риска некротизирующего энтероколита.**

* Б. Целенаправленная - по результатам микробиологического исследования
* Токолитическая терапия ( необходима только на время проведения профилактики СДР плода – 2-ое суток, однако есть данные о том, что максимальный её эффект наступает спустя сутки после окончания)

**Токолиз**

* не влияет на частоту преждевременных родов и перинатальную смертность, но дает время для проведения профилактики РДС у плода и перевода беременной в перинатальный центр.
* Токолиз показан на период ***не более 48 ч для перевода в перинатальный центр и проведения курса кортикостероидов.***

**Токолитики**

* Селективные бета2-адреномиметики: гексопреналина сульфат (гинипрал), фенотерол (партусистен).
* Блокатор окситоциновых рецепторов - атозибан (трактоцил).
* Блокаторы медленных кальциевых каналов (нифедипин)
* Сульфат магния (нейропротектор)

**Принципы токолиза**

* Токолитические препараты назначают в режиме монотерапии
* Комбинация препаратовиспользуется **в** исключительных случаях, т.к. увеличивается риск побочных эффектов
* Внутривенный токолиз проводят в положении женщины на левом боку под кардиомониторным контролем

Из-за отсутствия ясных доказательств пользы токолиза с целью улучшения неонатального исхода, его использование является нецелесообразным. Возможно, что токолиз имеет неблагоприятные эффекты, например пролонгирование нахождения плода в инфицированной среде, так как существует связь между внутриматочной инфекцией, простагландинами, высвобождением цитокинов и родами. Несмотря на это, в отдельных клинических ситуациях после аккуратной оценки соотношения риска и пользы, токолиз может быть целесообразным.

Для профилактики РДС плода используют кортикостероиды, осуществляется на сроке беременности 24-33нед 6 дней по одной из 2-х альтернативных схем:

* **Бетаметазон в дозе 12 мг** внутримышечно дважды с интервалом в 24 часа (курсовая доза 24 мг)
* **Дексаметазон в дозе 6 мг** внутримышечно четырехкратно с интервалом в 12 часов (курсовая доза 24 мг)

**Назначение кортикостероидов противопоказано при манифестирующих признаках инфекции.**

**Продолжительность выжидательной тактики ( 22нед – 33,6 нед):**

* Продолжительность выжидательной тактики при ПРПО в недоношенном сроке беременности определяется сроком беременности, состоянием матери плода, количеством и динамикой объема околоплодных вод, наличием клинико-лабораторных признаков хориоамнионита.
* В сроке от 22 нед до 33 нед 6 дней при удовлетворительном состоянии беременной и плода, сохранении нормального уровня околоплодных вод и отсутствии данных о продолжающемся подтекании вод, беременность может быть пролонгирована до доношенного срока.
* При *продолжающемся подтекании вод, но сохранении постоянного уровня околоплодных вод и индекса амниотической жидкости более 3-4см, при удовлетворительном состоянии плода и матери, отсутствии воспалительного процесса и активации родовой деятельности*, можно пролонгировать беременность на 1 -3 нед (реже на больший срок).

**При выборе выжидательной тактики у беременных с ПРПО в сроке гестации от 34 до 36,6 нед:**

-при ПРПО в сроке 34 нед и более длительная выжидательная тактика (более 24 - 48 часов) не показана, так как повышается риск внутриматочной инфекции и компрессии пуповины без улучшения исходов для плода. Решение об активной тактике следует принимать на основании комплексной клинической оценки ситуации после получения информированного согласия пациентки; .

-при удовлетворительном состоянии матери и плода, отсутствиии показаний к оперативному родоразрешению, предпочтение отдается выжидательной тактики, без проведения внутреннего акушерского исследования в стационаре 2-3 уровня;

* антибактериальная терапия начинается после 12 часов безводного периода;
* при отсутствии развития спонтанной родовой деятельности через 24 часа проводят внутреннее акушерское исследование:

1. При зрелой шейке матки индукция родовой деятельности начинается утром (не раньше 6 часов) окситоцином или простагландинами;

1. При незрелой шейке матки проводится дородовая подготовка мефипристоном 200 мг через 24 часа, возможно до 2-х таблеток, с контролем эффективности дородовой подготовки – P.V. осмотр, интравагинальным простагландином Е2;
2. При наличии показаний проводится родоразрешение путем операции кесарево сечение.

**Ведение ПРПО при доношенной беременности:**

* При доношенной беременности и ПРПО повышается частота аномалий родовой деятельности, острой гипоксии плода, оперативного родоразрешения; инфекционно-воспалительных осложнений
* При ПРПО около 70% женщин вступают в роды в течение 24 часов и около 90% - в течение 48 часов.
* Выжидательная тактика при ПРПО в доношенном сроке беременности предполагает наблюдение за естественным развитием родов в течение 1 -3 суток .
* Активная тактика предполагает мероприятия по подготовке шейки матки к родам и родовозбуждению.

При **выборе выжидательной тактики у беременных с ПРПО в сроке гестации от 37 до 42 нед:**

* антибактериальная терапия начинается после 12 часов безводного периода;
* при отсутствии развития спонтанной родовой деятельности через 24 часа проводят внутреннее акушерское исследование:

1. При зрелой шейке матки индукция родовой деятельности начинается утром (не раньше 6 часов) окситоцином или простагландинами;
2. При незрелой шейке матки проводится дородовая подготовка мефипристоном (схему смотри выше), интравагинальным простагландином Е2;
3. При наличии показаний проводится родоразрешение путем операции кесарево сечение.

Внутриматочная инфекция, которая определяется как позитивная культура околоплодных вод, осложняет 36 % ПРПО при беременности. В большинстве случаев инфекция развивается субклинически.

Хориоамнионит- абсолютное показание к быстрому родоразрешению и не является противопоказанием к оперативному родоразрешению по обычной методике.

Мекониальные воды:

При излитии окрашенных меконием околоплодных вод, необходимо оценить:

* выраженность окрашивания меконием околоплодных вод,
* данные КТГ, допплерометрии
* повторно оценить клиническую ситуацию в целом.

Выбор дальнейшей тактики ведения:

* А. При наличии густо мекониальных околоплодных вод и/или признаков гипоксии плода по данным кардиотокографии, предполагаемых крупных размеров плода, возраста первородящей 35 лет и более, отягощенного акушерского анамнеза и других факторов, осложняющих ситуацию, рекомендуется родоразрешить беременную путем кесарева сечения.
* Б. При незначительном окрашивании околоплодных вод меконием, удовлетворительных данных КТГ и отсутствии вышеперечисленных факторов риска возможно дальнейшее ведение родов через естественные родовые пути под постоянным кардиотокографическим контролем.

В случае появления признаков гипоксии плода, своевременно изменить тактику на оперативное родоразрешение.

Оценка степени зрелости шейки матки. Модифицированная шкала Bishop



Интерпретация балльной оценки:

Незрелая - 0-5 баллов

Недостаточно зрелая - 6-7 баллов

Зрелая - 8- 13 баллов

При определении готовности к родам балльная оценка по шкале Bishop может быть скорректирована с учетом следующих факторов\*\*\*:

«+» 1 балл:

-преэклампсия

-самопроизвольные роды в анамнезе -длина шейки матки менее 25 мм

«-» 1 балл:

-переношенная беременность

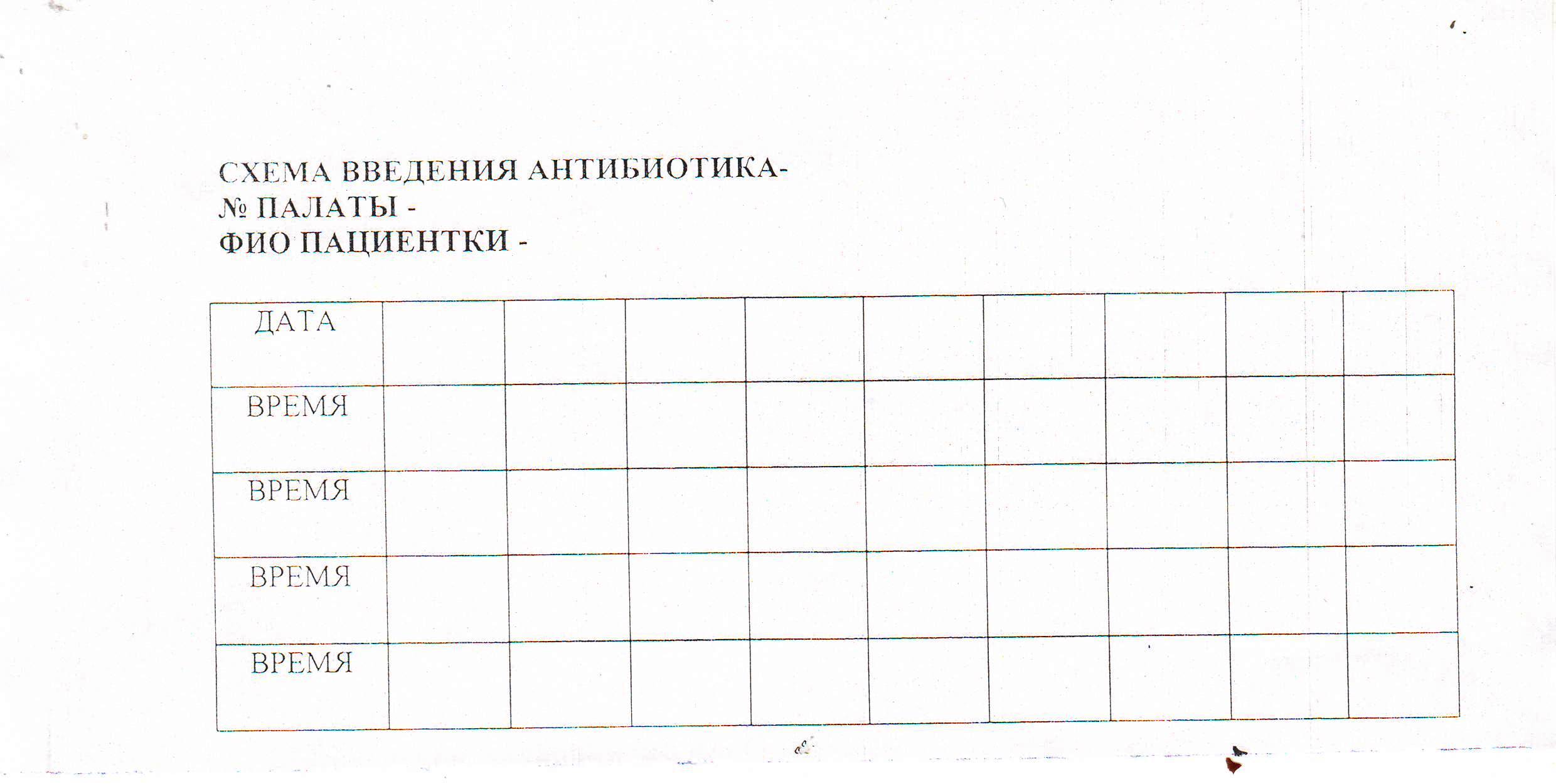
-первые предстоящие роды

-ПРПО и длительный безводный промежуток

-длина шейки матки более 25 мм

**Заведующий ОП « Перинатальный центр» Шлапак И.М.**

Приложение 1



Приложение 2

