



УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Дородовое излитие вод- предотвращение рисков

Научный руководитель - профессор, д.м.н. Обоскалова Т.А.
Аспирант кафедры Акушерства и гинекологии Максимяк О.В.

Определение и актуальность проблемы

- Преждевременным разрывом плодных оболочек до начала родовой деятельности называется спонтанный разрыв плодного пузыря в отсутствие родовых схваток
- Частота в доношенном сроке – 8,2 - 19,6%
- Повторение ПРПО – 20 – 32%
- Отсутствие официальной статистики в Росстате
- Различие подходов по ведению беременных с ПРПО
- Риск развития инфекционно-воспалительных осложнений

ACOG Practice Bulletin No. 172: Premature rupture of membranes

Obstet Gynecol. 2016 Number 172, October; 109(4):1007-19 ACOG

Причины ПРПО в доношенном сроке

- дефицит массы тела, низкий социальный статус
- воспалительные процессы половой и (или) мочевыделительной систем
- повышение давления в плодном пузыре из-за многоводия, многоплодия, неправильного положения плода
- отягощенный акушерский анамнез
- диагностические операции (амниоцентез, амниоредукция, амниоскопия)
- табакокурение, алкоголизм, наркомания

Егорова А.Т., Руппель Н.И., Маисеенко Д.А., Базина М.И. Течение беременности и родов при спонтанном многоплодии и одноплодной беременности // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2015. – Т. 30, № 10 (207). – С. 75-80.

ACOG Practice Bulletin No. 172: Premature rupture of membranes

Obstet Gynecol. 2016 Number 172, October; 109(4):1007-19 ACOG

Вероятность наступления самостоятельных родов

70% - вступают в роды через 24

90% - вступают в роды через 48 часов

2-5% - остаются беременными к 72 часам

Медицинский стандарт (приказ МЗ РФ № 572 от 12.01.2016)

1. **Выжидательная тактика** (по желанию женщины):

- Без влагалищного исследования
- Антибиотикопрофилактика с 18 часов безводного промежутка
- При признаках инфекции – родовозбуждение

2. **Активная тактика** (по желанию женщины):

- Индукция окситоцином
- Оперативное родоразрешение по акушерским показаниям
- Антибиотикопрофилактика при наличии признаков хориоамнионита.

Рекомендации ВОЗ

- **Индукция родов** рекомендуется женщинам с преждевременным разрывом плодных оболочек при доношенной беременности.
- Индукция проводится в течение **24 часов** после разрыва плодных оболочек
- **Окситоцин** – средство первого выбора для индукции

Индукция родов у женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек при доношенной беременности

- Доказательства, связанные с индукцией родов у женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек, основана на систематическом обзоре (13), включающем 16 рандомизированных контролируемых испытаний.
- В целом, индукция родов, показанная в связи с преждевременным разрывом плодных оболочек, не обуславливала повышенную вероятность кесарева сечения или других нежелательных исходов.
- Риск, связанный с перинатальной смертностью был схож в обеих группах, однако в общей сложности в данном отчете описано всего 10 летальных исходов, произошедших в рамках пяти испытаний (5870 участниц, ОР 0,46, 95% ДИ 0,13—1,66) (табл. EV 1.4.1).
- При индукции родов наблюдалось снижение частоты поступления новорожденных в отделение интенсивной терапии (5 испытаний, 5679 участниц, ОР 0,73, 95% ДИ 0,58—0,91). Этот эффект был более выражен, когда индукция родов проводилась с использованием окситоцина (3 испытания, 2883 участницы, ОР 0,58, 95% ДИ 0,39—0,85) а не простагландинов (3 испытания, 2796 участниц, ОР 0,87, 95% ДИ 0,73—1,03).

Рекомендация 1. Индукция родов рекомендуется женщинам с преждевременным разрывом плодных оболочек при доношенной беременности в течение 24 часов после разрыва плодных оболочек. . (Доказательства высокого качества. Сильная рекомендация.) Окситоцин следует рассматривать как средство первого выбора

- Организации-разработчики:
 - ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова
 - Министерства здравоохранения Российской Федерации
 - ФГБУ Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества
 - Министерства здравоохранения Российской Федерации
- ГБОУ ВПО Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.
- Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии БУ Ханты – Мансийского автономного округа – Югры.
 - Сургутский клинический перинатальный центр

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Преждевременный разрыв плодных оболочек (Преждевременное излитие вод)

Преждевременный разрыв плодных оболочек при доношенной беременности

- Выжидательная тактика при ПРПО в доношенном сроке беременности предполагает наблюдение за естественным развитием родов в течение 1–2 суток (4) [С].
- Активная тактика предполагает мероприятия по родовозбуждению с момента постановки диагноза ПРПО.

Выжидательно-активная тактика ведения беременной с ПРПО в сроке доношенной беременности

- Как показали результаты Кохрановского исследования, при сравнении активной и выжидательной тактики в доношенном сроке беременности нет различий в частоте кесарева сечения, влагалищных родов и операций; перинатальной смертности, состоянии детей при рождении и неонатальных инфекций.
- Однако активная тактика достоверно снижает вероятность хориоамнионита и эндометрита,
- Новорожденные реже требуют интенсивного лечения и в целом, удовлетворённость матери исходом родов выше (табл. 4) (15,18) [A].

Выжидательно-активная тактика ведения беременной с ПРПО в сроке доношенной беременности

- Необходимо уточнить диагноз с помощью осмотра в зеркалах.
- Провести клинико-лабораторное обследование: оценить состояние матери и плода (в том числе общий анализ крови), степень готовности к родам (зрелость шейки матки по шкале Бишоп при влагалищном исследовании),
- оценить характер околоплодных вод и приступить к мониторингу сердечной деятельности плода с помощью кардиотокографического исследования (не реже 1 раза каждые 8 часов).
- При наличии возможности желательно произвести ультразвуковое (положение пуповины, длина шейки матки) и доплерометрическое исследование кровотока в системе мать-плацента-плод.
- При готовности к родам (зрелость шейки матки по шкале Бишоп 8 баллов и более) проводить наблюдение за развитием регулярной родовой деятельности после излития околоплодных вод в течение 6 часов.
- Далее при отсутствии самостоятельного развития родовой деятельности приступить к родовозбуждению окситоцином.
- При неготовности к родам (зрелость шейки матки по шкале Бишоп 7 баллов и менее) – наблюдение и подготовка шейки матки к родам в течение 12–18 часов.

Выжидательно-активная тактика ведения беременной с ПРПО в сроке доношенной беременности

- При достижении биологической готовности к родам (оценка шейки матки по Бишоп 8 баллов и более) и отсутствии самостоятельного развития регулярной родовой деятельности – родовозбуждение окситоцином в течение 2–4 часов.
- При недостаточно зрелой шейке матки после подготовки мифепристоном (оценка по шкале Бишоп 6–7 баллов) и отсутствии родовой деятельности, после кардиотокографической оценки состояния плода возможно с целью продолжения подготовки и индукции родов использовать интравaginaльное введение 1 мг динопростона с последующей оценкой эффекта через 6 часов.
- При достижении биологической готовности к родам – родовозбуждение окситоцином.
- При нарушении состояния плода, появлении признаков восходящей инфекции, отсутствии эффекта от подготовки шейки матки мифепристоном и отсутствии родовой деятельности в течение 12–18 ч лечения – родоразрешение путем кесарева сечения.
- Выжидательно-активная тактика предусматривает, что в большинстве наблюдений родоразрешение произойдет при безводном промежутке не более 36 часов (в типичной ситуации – до 18–24 часов).

Выжидательная тактика ведения беременной с ПРПО в сроке доношенной беременности

- Необходимо уточнить диагноз с помощью осмотра в зеркалах.
- При сомнении – с помощью одноразовой тест системы определения разрыва плодных оболочек
- Взять материал из шейки матки для микробиологического исследования.
- Провести клинико-лабораторное обследование: оценить состояние матери и плода, характер околоплодных вод и приступить к мониторингу сердечной деятельности плода с помощью кардиотокографического исследования (не реже 1 раза каждые 8 часов).
- Произвести клинический анализ крови и на уровень С-реактивного белка.
- При наличии возможности желательно произвести ультразвуковое исследование с уточнением расположения пуповины и доплерометрическое исследование кровотока в системе мать-плацента-плод.

Выжидательная тактика ведения беременной с ПРПО в сроке доношенной беременности

- Проводить динамическое наблюдение за состоянием матери и плода до 18 часов безводного промежутка.
- Через 18 часов при отсутствии родовой деятельности, учитывая нарастающий риск инфекционных осложнений, приступить к антибактериальной профилактике и произвести влагалищное исследование для решения вопроса о дальнейшей тактике.
- При готовности к родам (зрелость шейки матки по шкале Бишоп 8 баллов и более) продолжить наблюдение за развитием регулярной родовой деятельности в течение 6 часов.
- Далее при отсутствии самостоятельного развития родовой деятельности приступить к родовозбуждению окситоцином.
- При неготовности к родам (зрелость шейки матки по шкале Бишоп до 5 баллов включительно) – наблюдение и подготовка шейки матки к родам в течение еще 6–12 часов.

Выжидательная тактика ведения беременной с ПРПО в сроке доношенной беременности

- При необходимости – разведение плодных оболочек
- Мифепристон 200 мг per os.
- Через 6 часов при достижении биологической готовности к родам (оценка шейки матки по Бишоп 8 баллов и более) и отсутствии самостоятельного развития регулярной родовой деятельности – родовозбуждение окситоцином в течение 2–4 часов.
- При недостаточно зрелой шейке матки (оценка по шкале Бишоп 6–7 баллов) через 6 часов после подготовки мифепристоном и отсутствии родовой деятельности, после кардиотокографической оценки состояния плода возможно с целью продолжения подготовки и индукции родов использовать интравaginaльное введение 1 мг динопростона с последующей оценкой эффекта через 6 ч.
- При достижении биологической готовности к родам – родовозбуждение окситоцином.

Выжидательная тактика ведения беременной с ПРПО в сроке доношенной беременности

- При нарушении состояния плода, появлении признаков восходящей инфекции, отсутствии эффекта от подготовки шейки матки и отсутствии родовой деятельности в течение 24–30 часов терапии – родоразрешение путем кесарева сечения.
- Таким образом, при отсутствии самостоятельного развития родовой деятельности при выжидании в течение 18 часов (при зрелой шейке матки – 24 часов) осуществляется переход на выжидательно-активную тактику, что позволит снизить риск инфекционновоспалительных осложнений, характерных для выжидательной тактики.
- Ведение беременной при ПРПО в доношенном сроке беременности с использованием выжидательной тактики на начальном этапе предусматривает, что в большинстве наблюдений родоразрешение произойдет при безводном промежутке не более 48 часов (в типичной ситуации до 36 часов).

Задачи исследования

- Оценить частоту преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) при доношенной беременности
- Дать клинико-анамнестическую характеристику рожениц с ПРПО
- Оценить исходы для матери и плода при ПРПО при доношенной беременности

Исследование проводилось в акушерском стационаре №1 МБУ ЕКПЦ (гл.врач С.В.Мартirosян) и родильном доме МАУ ГКБ№40 Екатеринбурга (гл.врач А.И.Прудков)

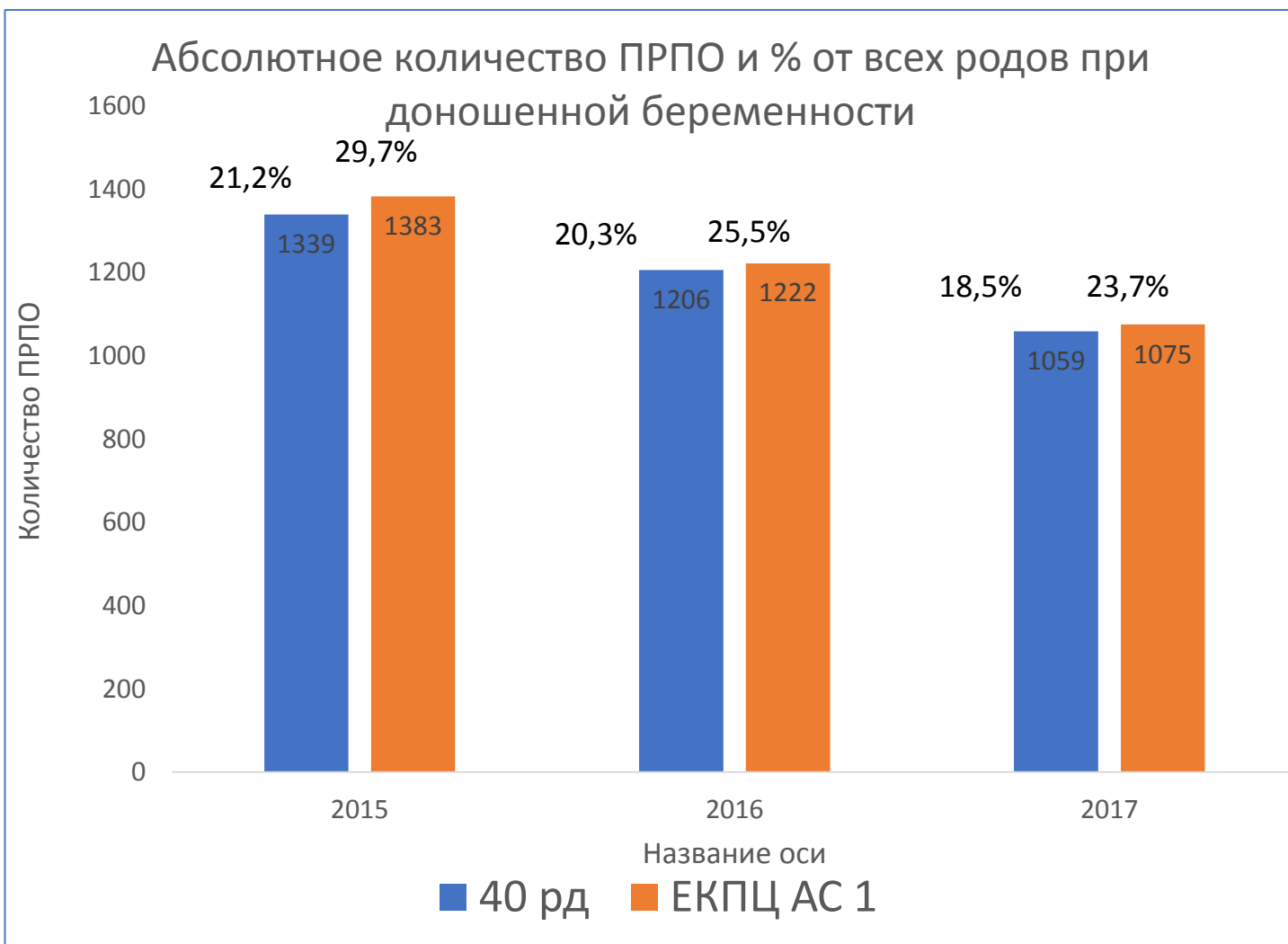
Материалы:

- данные конъюнктурных отчетов руководителей акушерской службы обоих ЛПУ
- Истории родов 38 пациенток, родивших МБУ ЕКПЦ в 2017г.

Различия в тактике в родовспомогательных учреждениях

- В роддоме ГКБ№40 принята активно-выжидательная тактика
- В роддоме №1 ЕКПЦ – активная и выжидательная тактика, согласно принятому МС

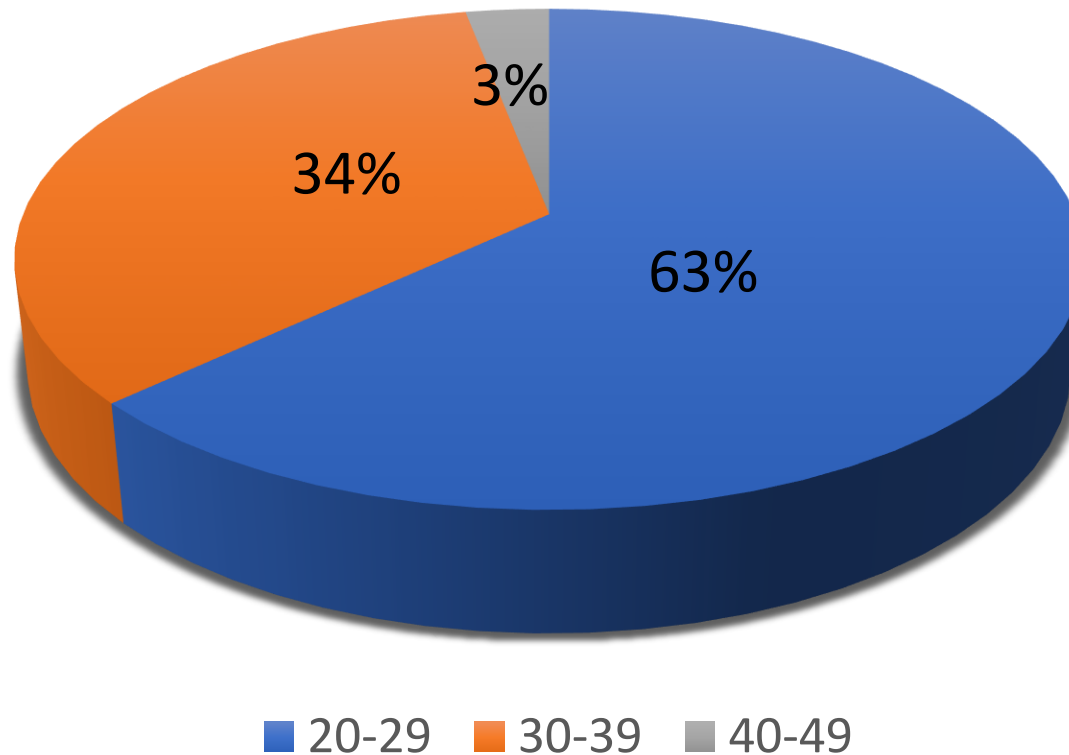
ПРПО – данные ЦГКБ 40 и ЕКПЦ (АС1)



Абсолютное число и процентное отношение рожениц с ПРПО в роддоме ЕКПЦ и ГКБ№40 не отличалось.

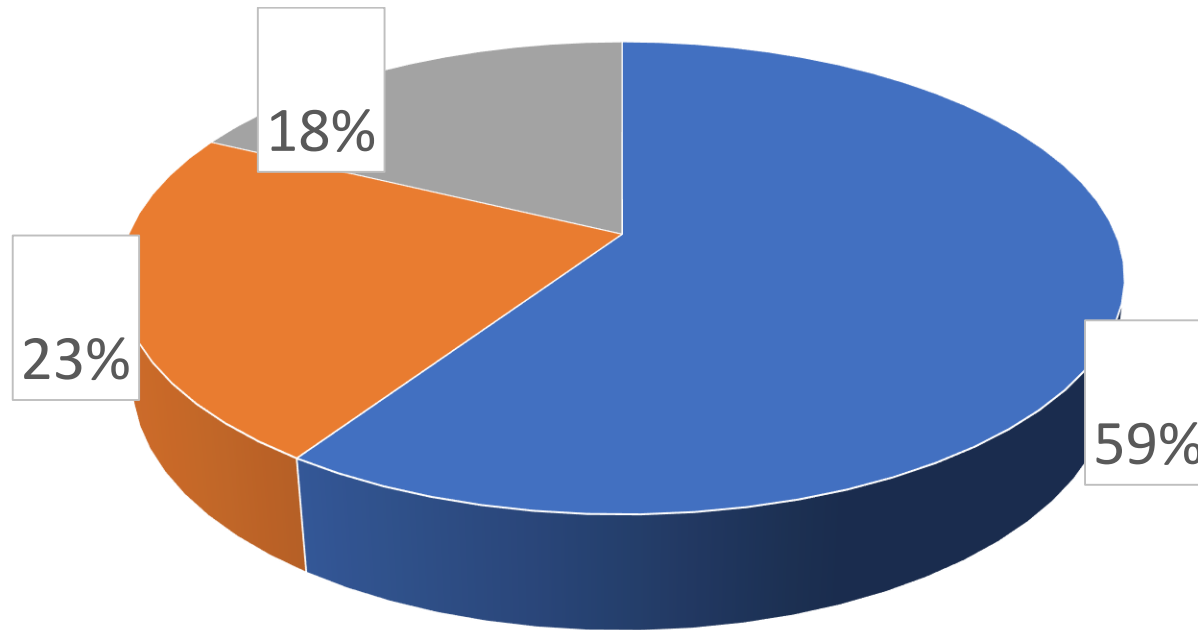
Возраст рожениц с ПРПО (n=38)

Распределение по возрасту (%)



Преобладали женщины в возрасте 20-29 лет, что соответствует доле этой возрастной группы в популяции

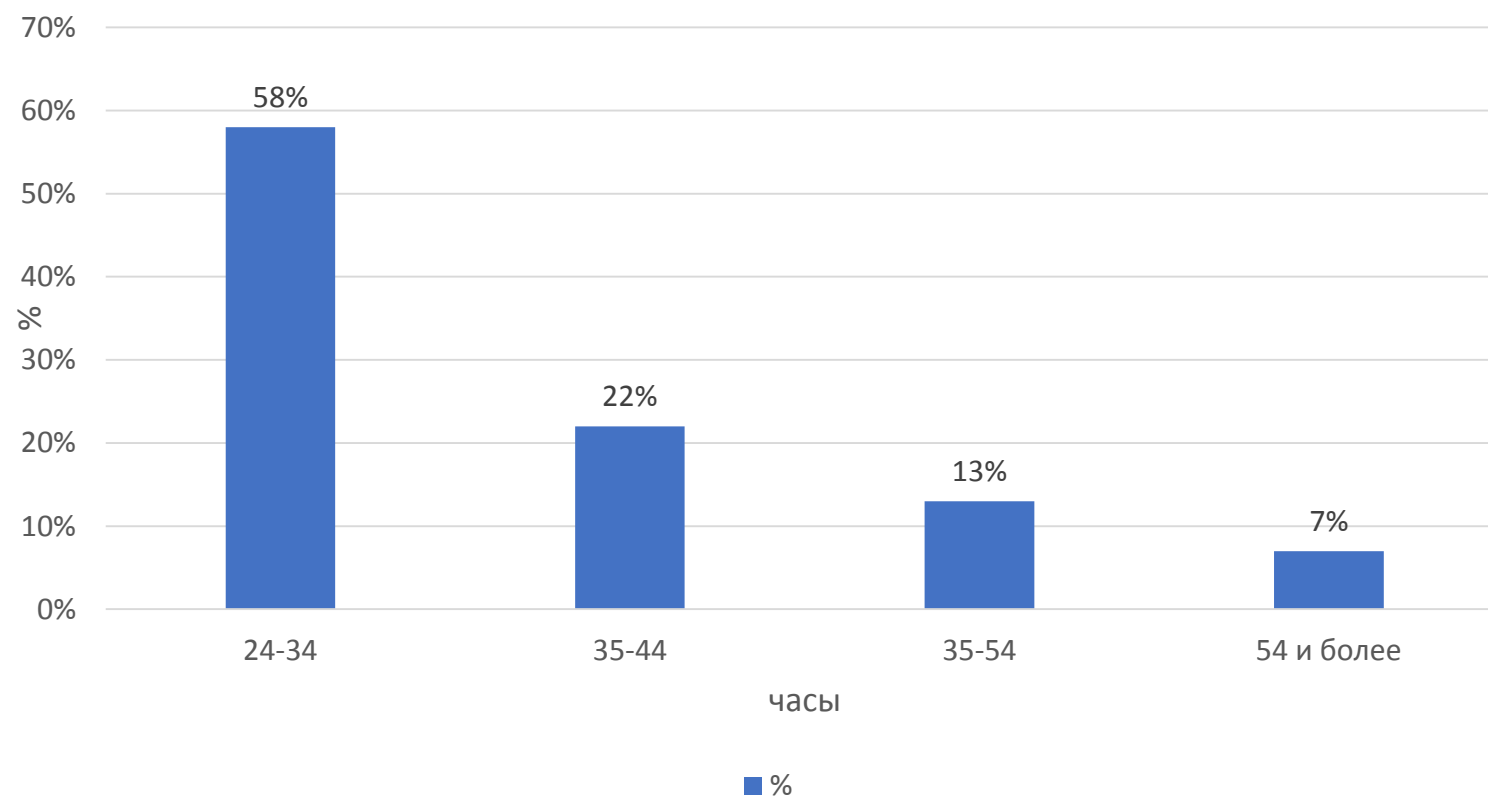
Паритет беременности и родов при ПРПО (n=38)



- первобеременные
- повторнобеременные первородящие
- повторнородящие

Более половины
составили пациентки,
имевшие первую
беременность

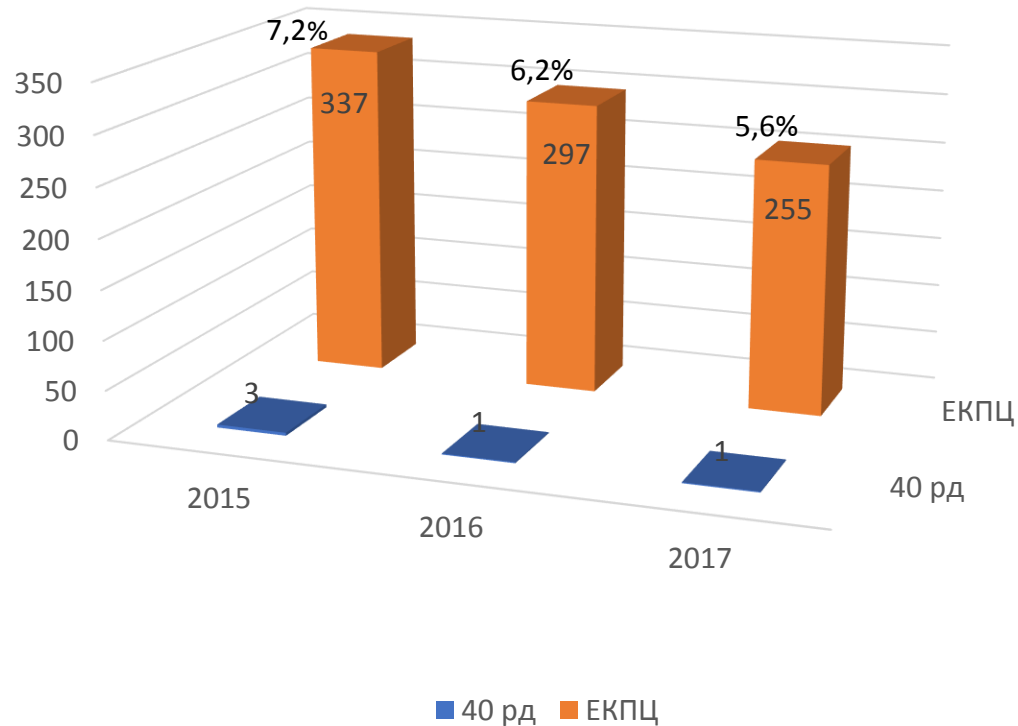
Длительность безводного промежутка в часах в ЕКПЦ (n=38)



У всех пациенток роды произошли позднее 24-х часов, преимущественно в начале 2-х суток (24-34 часа)

ПРПО – данные ЦГКБ 40 и ЕКПЦ (АС1)

Безводный промежуток более 24 часов



В ГКБ№40 единичные женщины рожали с безводным промежутком более 24 часов.

В ЕКПЦ доля этих пациенток стала снижаться в связи с более широким использованием активной тактики

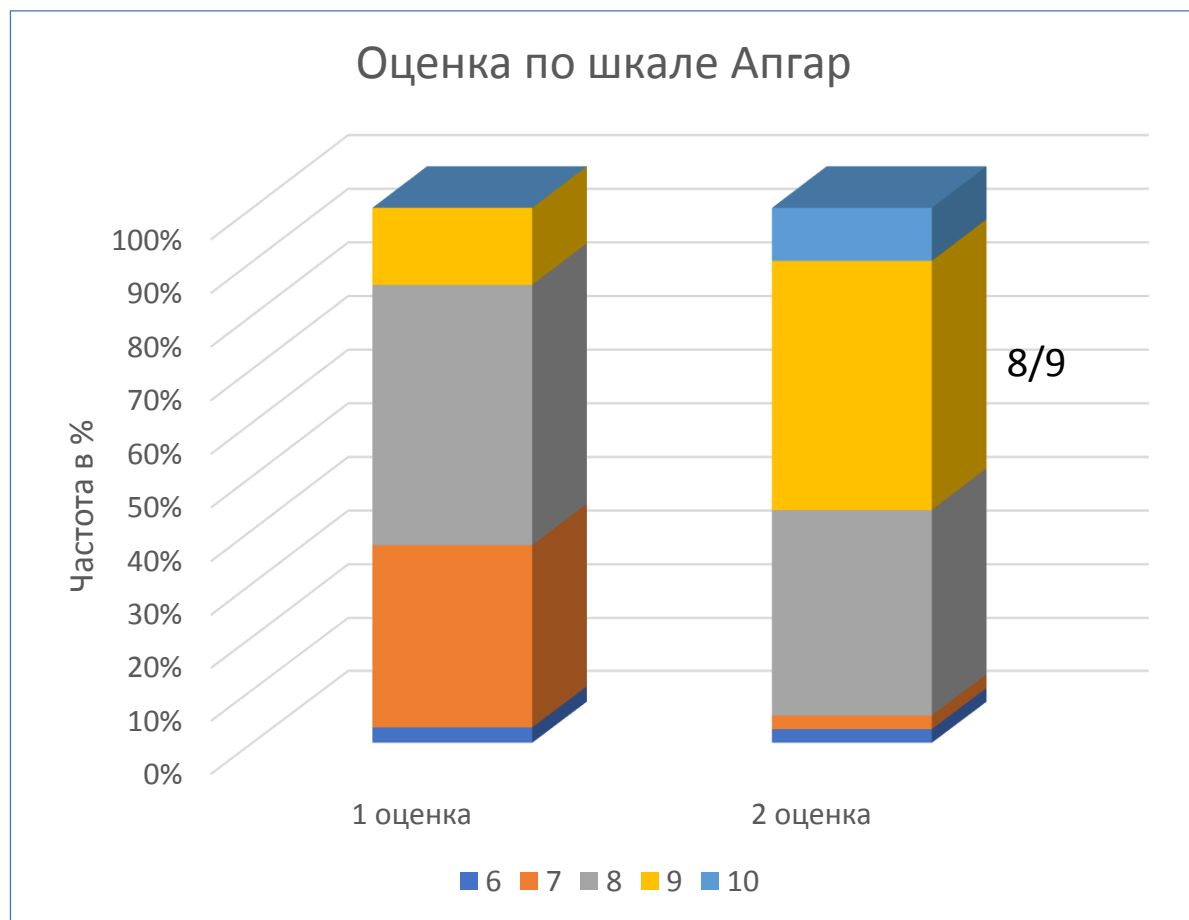
Исходы родов для матери при ПРПО (n=38)

	Абсолютное количество	%
Слабость родовой деятельности	5	13
Слабость потуг	1	2,6
Дистресс плода	6	15,7
Кровотечение послеродовое	1 (объем кровопотери 1100 мл)	2,6
КС	14	36
Послеродовый эндометрит	1	2,6

Отклонения в течение родового акта со стороны матери и плода явились показанием для абдоминального родоразрешения в 36% случаев.

Воспалительные осложнения не превышали популяционную частоту

Исходы родов для новорождённых при ПРПО (n=38)



Все новорождённые родились с оценкой не менее 6-7 баллов и хорошо адаптировались через минут.

В реанимации не нуждался ни один пациент.

Кратковременное пребывание в палате интенсивной терапии потребовалось 4 детям (10,5%) 89,5% новорождённых сразу переведены в палаты «мать-дитя»)

Выводы:

- ПРПО встречается у каждой 5-й роженицы
- Факторы риска ПРПО реализуются в значительном проценте у первобеременных женщин
- Выжидательная акушерская тактика имеет право применяться, при этом исходы значимо не отличаются от среднестатистических.

Благодарю за внимание...



