**Государственное бюджетное учреждение**

**«КУРГАНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»**

**ПРИКАЗ**

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **2014 г. №** \_\_\_\_\_\_

 г.Курган

**О порядке оказания неотложной медицинской помощи**

С целью улучшения качества оказания неотложной медицинской помощи населению, повышения уровня практических знаний специалистов

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

 1.Утвердить клинический протокол «Преждевременный разрыв плодных оболочек» (Преждевременное излитие вод) согласно приложению 1 к настоящему приказу.

 2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по акушерско-гинекологической помощи Горячок И.Г.

Главный врач Т.А. Осина

Гиршева А.М.

(3522) 43-73-41

 Приложение 1

 к приказу Государственного

 бюджетного учреждения «Курганский

 областной перинатальный центр»

 от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2014\_\_\_\_ года № \_\_\_\_

«О порядке оказания неотложной

 медицинской помощи»

Клинический протокол «Преждевременный разрыв плодных оболочек» (Преждевременное излитие вод)

**Определения**

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

 • 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.

• Латентный период - время между разрывом плодных оболочек и появлением схваток.

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

**Коды МКБ**

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

**Эпидемиология**

• Частота преждевременного разрыва плодных оболочек составляет 2-20% всех беременностей и сочетается с 18-20% перинатальной смертности.

• В 8-10% ПРПО наблюдается при доношенной беременности; в 2-4% при одноплодной и 7-20% многоплодной беременности. В целом на долю ПРПО при недоношенной беременности приходится 20-40%, что сочетается с 30-40% преждевременных родов.

**Факторы риска ПРПО (ACOG, 2007**)

**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

• Аномалии развития матки

• Хориоамнионит. Чем меньше срок беременности, тем выше риск.

• Многоплодная беременность (7-10% беременностей двойней)

Вероятность развития родовой деятельности при ПРПО находится в прямой зависимости от срока беременности.

В течение первых суток после ПРПО роды начинаются в 26% при массе плода 500-1000 г; в 51% при массе плода – 1000-2500 г, в 81% - при массе плода более 2500 г.

При доношенной беременности у большинства женщин после ПРПО самостоятельно развивается родовая деятельность:

• у 50% - в течение 12 часов

• у 70% – в течение 24 часов;

• у 90% – в течение 48 часов;

• у 2-5% роды не начинаются и в течение 72 часов;

Почти у такой же доли беременных роды не наступают и через 7 суток.

**Акушерская тактика при ПРПО с учетом срока беременности**

- **выжидательная** (консервативная)

- **активная** тактика ведения беременной.

**Выбор выжидательной или активной тактики**

При сроке беременности **от 22 до 36 недель 6 дней** рациональная **выжидательная тактика** позволяет достичь максимально возможной степени зрелости плода при минимально возможном риске восходящего инфицирования. При сроке беременности **36 недель 6 дней и более**, и **зрелом плоде** пролонгирование беременности **нецелесообразно.**

**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 34-36 недель, при массе от 2200 г до 2500 г – возможно родоразрешение на 2 уровне, но предпочтительней перевод беременной в стационар 3 уровня.

• Провести исследование для выявления инфекции.

• Определить состояние матери и плода.

• Провести профилактику инфицирования плода в родах стрептококком гр. В. у носительниц и необследованных женщин.

• 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 недели 6 дней

**Тактика при ПРПО и недоношенной беременности**

**Пролонгирование беременности до 22 недель нецелесообразно**

**22недели – 33недели и 6 дней**

При сроке беременности от 22 недель до 33 недель 6 дней показана выжидательная тактика. **Выбор** тактики ведения при ПРПО при недоношенной беременности должен быть оформлен в виде **информированного согласия пациентки.**

1)При поступлении беременной с ПРПО и отсутствием регулярной родовой деятельности влагалищное исследование не проводится, а диагноз подтверждается при осмотре в стерильных зеркалах. При сомнении – с использованием теста определения плацентарного альфа-микроглобулина. При осмотре в стерильных зеркалах необходимо взять бак.посев из цервикального канала на микробиологическое исследование (в первую очередь на бета-гемолитический стрептококк группы В), с определением чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам.

2)Наблюдение за пациенткой осуществляется в палате, оборудованной бактерицидными лампами и обрабатываемой по принципу текущей уборки трехкратно в сутки. Необходимо соблюдение постельного режима, смену подкладных осуществлять каждые 3 часа, смену белья – ежедневно.

3)Обязательно ведение специального листа наблюдений в истории родов, с фиксацией каждые 4 ч: температура тела, пульс, ЧСС плода, характер выделений из половых путей, тонус и сократительная активность матки

4)При отсутствии клинических признаков инфекции общий анализ крови берут 1 раз в 3 дня. Оценку уровня лейкоцитов периферической крови проводят **ежедневно.**

5) уровень С - реактивного белка определяют 1 раз в 3 дня.

6)Необходима адекватная комплексная оценка состояния плода - **КТГ ежедневно**, определение **амниотического индекса ежедневно**, УЗИ 1 раз в 7 дней, допплерометрия кровотока в фетоплацентарной системе 1раз в 3 дня.

7)Профилактика РДС плода с момента диагностики ПРПО.

**Дексаметазон в дозе 8 мг внутримышечно трехкратно с интервалом в 8 часов (курсовая доза 24 мг).** Если роды не произошли в течение 7 дней, то возможно проведение **еще одной повторной профилактики** респираторного дистресс синдрома в составе данного курса ведения беременной. Повторный курс глюкокортикоидов показан, когда риск РДС перевешивает неопределенность возможных отдаленных побочных эффектов (например, многоплодная беременность).

8)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 сутками)

**А. Эмпирическая** (проводится до получения результатов микробиологического исследования) – назначают цефазолин по 1,0 в/м, каждые 8 часов до момента родоразрешения; при аллергической реакции на цефалоспорины возможно применение эритромицина в таблетках по 0,5г каждые 8 часов до момента родоразрешения.

**Б. Целенаправленная** – по результатам микробиологического исследования. При подозрении или наличии СГВ назначают ампициллин по 1,0г в/в или в/м, каждые 6 часов до конца родов. При аллергии на ампициллин возможно назначение эритромицина в таблетках по схеме: 0.25 - 0,5 г, через каждые 4-6 часов, per os. Высшая разовая доза для взрослых - 0,5 г, суточная - 4 г.)

9)**Токолитическая терапия**. Токолиз показан на период не более 48 ч для перевода в перинатальный центр и проведения курса кортикостероидов.

Токолитики

- Селективные β2-адреномиметики: гексопреналина сульфат (гинипрал).

- Блокаторы медленных кальциевых каналов (нифедипин)

-Сульфат магния (нейропротектор)

Принципы токолиза

-Токолитические препараты назначают в режиме монотерапии. Комбинация препаратов используется в исключительных случаях, т.к. увеличивается риск побочных эффектов.

Основные противопоказания для токолиза:

-хориоамнионит;

-отслойка нормально или низко расположенной плаценты;

-опасность пролонгирования беременности для матери (тяжелая преэклампсия или экстрагенитальная патология).

-пороки развития плода, несовместимые с жизнью;

- антенатальная гибель плода;

- декомпенсированная плацентарная недостаточность

Гексопреналина сульфат – Гинипрал

- Внутривенный токолиз проводят в положении женщины на левом боку под кардиомониторным контролем

Токолиз начинают с болюсного введения 10 мкг (1 ампула по 2 мл) в 10 мл изотонического раствора в течение 5-10 мин, с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин. При проведении длительного токолиза рекомендуемая доза гинипрала – 0,075 мкг/мин. Максимальная суточная доза – 430 мкг/суток.

Расчет дозы 0,3 мкг/мин соответствует: 1 ампула (25 мкг) – 120 капель/мин, 2 ампулы (50 мкг) – 60 кап/мин.

При использовании инфузоматов: 75 мкг концентрата для инфузий (3 ампулы) разводят в 50 мл изотонического раствора натрия хлорида. Поддерживающая терапия (продолжение приема препарата per os) для профилактики преждевременных родов неэффективна.

Блокаторы медленных кальциевых каналов – нифедипин

NB в России нифедипин не зарегистрирован в качестве токолитического средства, в связи с этим необходимо предупредить пациентку о его применении и включить отдельным пунктом **в информированное согласие**.

Способ применения и дозы: 20 мг per os; далее – если сокращения матки сохраняются – через 30 мин 20 мг повторно, затем по 20 мг каждые 3–8 часов в течение 48 часов по показаниям. Максимальная доза 160 мг/сутки или 10 мг сублингвально, затем, при необходимости, каждые 20 мин по 10 мг (максимальная доза в течение первого часа 40 мг), затем каждые 4 часа по 20 мг до 48 часов.

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 ч, затем каждые 4 ч.

Магния сульфат

В большинстве стран магния сульфат не зарегистрирован в качестве токолитического средства, но допустим к применению у беременных при гипомагниемии, пре- и эклампсии; обладает нейропротекторным действием для матери и плода. Риск церебрального паралича у выживших новорожденных снижается при применении сульфата магния с целью нейропротекции при преждевременных родах до 32 недель беременности.

Способ применения и дозы:

4—6 г сульфата магния 20мл 25% растворяют в 100 мл физиологического раствора и вводят в/в в течение 30—45 мин, после чего переходят на непрерывное в/в введение со скоростью 2—4 г/ч (8-16мл/ч)до прекращения или значительного урежения схваток.

В сроке от 22 до 33 недель 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 недели (реже на больший срок).

**34 недели – 36недель и 6 дней**

Длительная (более 12-24 часов) выжидательная тактика не показана, т.к. повышает риск хориоамнионита и компрессии пуповины без улучшения исходов у плода.

* При необходимости (транспортировка в стационар соответствующего уровня) проводится токолиз бета-адреномиметиками.
* При поступлении влагалищное исследование не проводится, осмотр в зеркалах.
* Антибиотикопрофилактику проводят цефазолином по 1,0г в/в или в/м при безводном промежутке 12 ч и более.
* Антибактериальная терапия и профилактика РДС в данные сроки беременности не показана.

При отсутствии спонтанной родовой деятельности в течение суток после поступления проводится влагалищное исследование и разведение оболочек. При зрелой шейке матки проводится родоусиление окситоцином.

При незрелых родовых путях проводится подготовка шейки матки: в задний свод влагалища 2 дозы препидил-геля. В течение 12 часов ожидаем начало спонтанной родовой деятельности и повторно оцениваем степень зрелости шейки матки (при отсутствии созревания шейки матки решить вопрос об оперативном о родоразрешении).

* Роды вести с применением ДЭА!

Противопоказания к выжидательной тактике

-Хориоамнионит

-Осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения: •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 (>38 C)

• 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

• Повышение уровня С реактивного белка более 5 мг/л.

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: цефтриаксон в дозе 1.0 г х 1р/с, в/в или в/м + метронидазол по 100 мл каждые 8 ч, в/в. При аллергии на цефалоспорины возможно назначение макролидов (эритромицин по схеме: 0.25 - 0,5 г, через каждые 4-6 часов, per os., высшая разовая доза для взрослых - 0,5 г, суточная - 4 г.) Показание для отмены антибактериальной терапии – нормальная температура тела в течение 2 суток.

**Ведение ПРПО при доношенной беременности**

При доношенной беременности и ПРПО повышается частота аномалий родовой деятельности, острой гипоксии плода, оперативного родоразрешения; инфекционно-воспалительных осложнений.

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 лечение и в целом, удовлетворенность матери исходом родов выше.

Учитывая отсутствие различий для плода, но меньший риск инфекционных осложнений для матери, целесообразно рациональное сочетание выжидательной и активной тактики с учетом степени готовности организма к родам (выжидательно-активная тактика).

**Последовательность мероприятий при ПРПО в доношенном сроке беременности**:

 - Необходимо уточнить диагноз с помощью осмотра в зеркалах, при сомнении – мазок на околоплодные воды, проводится влагалищное исследование, разведение плодных оболочек, оценивается степень зрелости шейки матки по Бишопу.

- Необходимо оценить характер околоплодных вод и приступить к мониторингу сердечной деятельности плода с помощью кардиотокографического исследования.

- 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 часов. - Мифепристон 0,2 г дважды: непосредственно после излития вод и через 6 часов после первой таблетки. Перед второй дозой препарата и еще через 6 часов - оценка состояния шейки матки. Перед повторным назначением мифепристона необходимо контрольное КТГ исследование. При достижении биологической готовности к родам и отсутствии самостоятельного развития регулярной родовой деятельности – родовозбуждение окситоцином

При нарушении состояния плода, появлении признаков восходящей инфекции и/или отсутствии родовой деятельности и безводном промежутке 12 ч и отсутствии эффекта от подготовки шейки матки – родоразрешение путем кесарева сечения.

- Антибактериальная профилактика при безводном промежутке 12ч и более проводиться цефазолином 1,0 в/м до родоразрешения.

Методика родовозбуждения окситоцином

окситоцин вводится методом титрования, каждые 30 минут увеличивают дозу вдвое под **постоянным контролем КТГ плода по схеме**:

 •**2кап**/мин (6 мл/час) – **4кап**/мин (12 мл/ч) – **8кап**/мин (24мл/ч) - **16кап**/мин (48мл/ч) - **32кап**/мин(96мл/ч) - **40кап**/мин (120мл/ч).

•не прекращают введение окситоцина до родов.

•продолжают введение окситоцина в течение не менее 30 минут после рождения ребенка, 3 период родов при этом ведется по обычному протоколу.

•родовозбуждение считается неудачным, если при использовании максимальных доз окситоцина в течение 1 часа не удается достигнуть адекватной родовой деятельности (3-4 схватки за 10 минут продолжительностью не менее 40 сек) и отсутствии динамики в раскрытии шейки матки.

•Целесообразным является достижение частоты маточных сокращений – 4-5 в течение 10 мин. При достижении должной частоты схваток вводимая доза окситоцина не меняется.

**Тактика ведения при мекониальных водах**

 При излитии окрашенных меконием околоплодных вод, необходимо оценить:

1.выраженность окрашивания меконием околоплодных вод,

2.данные КТГ, допплерометрии

3.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.

|  |  |
| --- | --- |
| Параметры | Степень зрелости шейки матки, баллы0 1 2 3 |
| Открытие, смПроходимость канала для пальцев | <1 см Зев закрыт, кончик пальца | 1-2 см1 палец | 2-4 см2 пальца |  >4 смБольше 2 пальцев |
| Длина шейки, см | 4 | 2-4 | 1-2 | 1 |
| Положение головки | -3Над входом | -2Прижата ко входу | -1/0Малый сегмент | +1/+2Большой сегмент |
| Консистенция | Плотная | Умеренно-размягчена | Мягкая | Мягкая |
| Положение | Кзади | Кпереди/ по центру | - | - |

**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