

АО «Медицинский университет Астана»

Кафедра клинической фармакологии интернатуры

СРС

на тему:

Преждевременный разрыв плодных оболочек.

Выполнила: Дуйсенова А.

Проверила: Жаменкенова А.А.

Астана 2016 г

- Дородовый разрыв плодных оболочек(ДРПО)- спонтанный разрыв амниотических оболочек до начала регулярных сокращений матки в сроке 37 недель и более.
- Преждевременный дородовый разрыв плодных оболочек(ПРПО)- спонтанный разрыв амниотических оболочек до начала регулярных сокращений матки в сроке 22-37 недель.
- 3 основные причины неонатальной смертности связаны с ПДРПО: недоношенность, сепсис, гипоплазия легких. Риск для матери связан с хориоамнионитом.

● Лечение:

- Ведение при ПРПО в сроке от 22-х до 24-х недель беременности: при выборе выжидательной тактики беременная информируется о высркрм риске гнойно-септических осложнений, гипо-аплазией легочной ткани у плода и сомнительных исходах у новорожденного. При отказе беременной от активной тактики введения ей предлагается амниоинфузия.
- При выборе активной тактики: оценка состояния шейки матки. При незрелой шейке матки- показано использование простогландина E₁ (мизопропростол трансбуккально, перорально, интравагинально.
- Начальная доза 50 мкг, при отсутствии эффекта через 6 часов 50 мкг, при отсутвия эффекта последующая доза 100 мкг. Не превышать общую дозу 200 мкг.
- Инфузия окситоцина не ранее чем 6-8 часов после приема последней дозы мизопростола.
- При зрелой шейке матки-инфузия окситоцина.

Схема введения окситоцина:

- 5 ЕД окситоцина развести в 500 мл изотонического раствора;
- введение начать с 4 кап/мин, что соответствует примерно 2 мЕд/ мин.;
- увеличивать скорость инфузии каждые 30 мин. (доза увеличивается - см. таблицу № 1) до достижения: 3 схватки за 10 мин. продолжительностью 40 сек. и более;
- поддерживать дозу окситоцина той концентрации, которая оказалась достаточной и продолжить введение окситоцина до родоразрешения и первые 30 мин. после родов;
- обязательна периодическая запись КТГ (каждые 2 часа продолжительностью не менее 20 минут, исключая особые случаи – зеленые околоплодные воды, ЗВУР, непрогрессирующая преждевременная отслойка плаценты, рубец на матке, иммунная и неиммунная водянка плода, когда показано постоянное мониторирование КТГ, можно без постоянной записи).

В случае гиперстимуляции (любые схватки продолжительностью более 60 сек. частотой 5 и более за 10 мин.): остановить инфузию окситоцина и в/в медленно в течение 5-10 мин. провести токолиз гексапренолином в дозе 10 мкг, предварительно растворив в 10 мл 0.9% натрия хлорида;

- адекватные схватки чаще достигаются при скорости введения 12 мЕд/мин., что примерно соответствует 24 кап/мин.;
- максимально допустимая скорость введения окситоцина - 20 мЕд/мин. (40 кап/мин.);

Таблица № 3 Схема введения окситоцина 5 ЕД

Концентрация раствора окситоцина	Доза окситоцина м/ЕД/мин.	Капель в минуту	Объем инфузии в час (мл/час)
	2 мЕД	4	12 мл/час
	4 мЕД	8	24 мл/час
	8 мЕД	16	48 мл/час
	12 мЕД	24	72 мл/час
	16 мЕД	32	96 мл/час
	20 мЕД	40	120 мл/час
	24 мЕД	48	144мл/час
	28 мЕД	56	168мл/час
	32 мЕД	64	192мл/час

- Ведение при ДИВ в сроке 25- 34 недели беременности:
- Выжидательная тактика. Токолитики на период не более 48 часов для проведения курса кортикостероидов- профилактика РДС плода.
- Профилактический токолиз у женщин с ПИОВ без наличия активной маточной деятельности не рекомендуется. Препарат выбора-блокаторы кальциевых каналов: НИФЕДИПИН

Схема применения нифедипина:

10 мг перорально, если сокращения матки сохраняются – в течение первого часа каждые 15 минут по 10 мг. Затем по 10 мг каждые 3-8 часов в течение 48 часов до исчезновения схваток.

Максимальная доза – 160 мг.

Побочные эффекты:

- гипотензия, однако, это крайне редко проявляется у пациенток с нормальным уровнем артериального давления;
- вероятность гипотензии повышается при совместном использовании нифедипина и магния сульфата;
- другие побочные эффекты: тахикардия, приливы крови, головные боли, головокружение, тошнота.

- После купирования родовой деятельности дальнейший токолиз не рекомендуется из-за недоказанной эффективности и безопасности.
- Препарат выбора - atosiban.
- Антибиотикопрофилактика начинается сразу-перорально эритромицин 250 мг каждые 6 часов в течение 10 дней.

С началом родовой деятельности – стартовая доза бензилпенициллина – 2,4 г, затем каждые 4 часа по 1,2 г до рождения, при наличии аллергии на пенициллин назначают цефазолин, начальная доза 2 г в \v, затем по 1 г каждые 8 часов до рождения ребенка или клиндамицин 600 мг каждые 8 часов внутривенно до рождения.

Для профилактики РДС плода используют **кортикостероиды** (дексаметазон по 6 мг через 12 часов в/м 2 дня, курсовая доза 24 мг или бетаметазон по 12 мг через 24 часа в/м, курсовая доза 24 мг) [УД - А]. Кортикостероиды противопоказаны при наличии хориоамнионита ([ссылку](#)).

● Ведение при ДИВ в сроке с 34-37 недель беременности:

-Активная тактика;

-Выжидательная тактика.

Выжидательная тактика после 34-х недель не целесообразна, так как пролонгирование беременности связано с повышенным риском развития хориоамнионита.

Активная тактика: наблюдение в течение 24 часов без влагалищного исследования, контроль ЧСС плода, Т, пульса матери, сокращений матки каждые 4 часа с последующей индукцией родов.

Антибиотикофилактику начинать

С началом родовой деятельности – стартовая доза бензилпенициллина – 2,4 г, затем каждые 4 часа по 1,2 гр до рождения, при наличии аллергии на пенициллин назначают цефазолин, начальная доза 2 гр в \v, затем по 1 гр каждые 8 часов до рождения ребенка или клиндамицин 600 мг каждые 8 часов внутривенно до рождения.

- Ведение при ДИВ в сроке 37 недель и более:
- Тактика при отсутствии показаний к немедленной индукции:
наблюдение в течение 24-х часов без влагалищного исследования, с последующей индукцией родов.

Антибиотикопрофилактику начинать при ПРПО при безводном периоде более 18 часов, с началом родовой деятельности стартовая доза бензилпенициллина - 2,4 г, затем каждые 4 часа по 1,2 гр до рождения, при наличии аллергии на пенициллин назначают цефазолин, начальная доза 2 гр в \v, затем по 1 гр каждые 8 часов до рождения ребенка или клиндамицин 600 мг каждые 8 часов внутривенно до рождения.

- Применение антибиотиков при ПРПП.
- Неонатальная инфекция-одна из основных причин неонатальной смертности в развивающихся странах. Назначение антибиотиков при ПРПП преждедоношенной беременности не только существенно снижает кол-во случаев хориоамнионита, но и отсрочивает роды и снижает риск тяжелой неонатальной заболеваемости.
- Назначение антибиотиков женщинам с ПРО-НБ ассоциируется со статистически значимым снижением частоты хориоамнионита, наблюдалось также снижение кол-ва родов в 48-часовой период и 7 дней рандомизации.

- Снижена была также неонатальная заболеваемость: неонатальная инфекция, использование сурфактанта, общее кол-во детей, нуждающихся в оксигенотерапии и кол-во детей с патологией, диагностированной с помощью нейросонографии. Наблюдалось существенное увеличение кол-ва случаев некротизирующего энтероколита у новорожденных, получающих такие антибиотики как ко-амоксиклав и аугментин.
- **ВЫВОДЫ** обзора заключаются в том, что назначение антибиотиков по поводу ПРПО-НБ ассоциируется с отсроченным родоразрешением и снижение маркеров тяжелой неонатальной заболеваемости, за исключением некротизирующего энтероколита.

- При ПРПО часто развивается внутриутробная инфекция, которая поражает плод и является одной из основных причин неонатальной смертности.
- Изучались многие виды антибиотиков и пути их введения. Составители обзора склонялись к тому, чтобы рекомендовать 1 антибиотик(эритромицин) из тех, с которыми проводилось сравнения(ко-амоксиклав и аугментин) из-за побочных действий последних(некротизирующий энтероколит).
- В условиях недостатка необходимых условий для оказания помощи новорожденным антибиотиками, как доказывает данный обзор, продлевает беременность как минимум на 48 часов , а то и на 7 дней. Выбор антибиотиков делать исходя из наиболее распространенных м/о по результатам посева флоры из половых путей беременных. Если такой информации нет, следует применять безопасные для беременных антибиотики широкого спектра действия в/в до родоразрешения, а если женщина не родила в течение нескольких дней, прием антибиотиков следует продолжать минимум неделю. В случае дистресса плода или признаков инфекции у матери или/и у плода, необходимо оценить клиническую ситуацию на предмет срочного родоразрешения. Хотя антибиотики применять относительно легко, лучше делать это в условиях стационара, а не на дому, потому что у женщин с ПРПО –НБ сложно прогнозировать сроки родов.

- Кроме назначения антибиотиков следует также давать стероиды для улучшения созревания легких плода.
- Кокрановский обзор свидетельствует о том, что кортикостероиды оказывают благотворное воздействие независимо от того, произошел ПРПО или нет.

- Планирование ранних родов по сравнению с выжидательной тактикой при ДРПО в сроке родов 37 недель и больше).
- Данный обзор сравнивал влияние на состояние плода, новорожденного и матери запланированных родов по сравнению с выжидательной тактикой при ДРПО в срок родов. Запланированная тактика в большинстве случаев включала индукцию родов с применением простагландинов или окситоцина, в одном испытании, с помощью каулофилии. В обзор вошло 12 испытаний среди женщин с ДРПО в сроке 37 недель и больше без определенных показаний к какой-либо стратегии введения.
- При применении тактики запланированных родов наблюдалось снижение риска развития хориоамнионита, при этом показатель NNT(кол-во, которое необходимо пролечить) составил 50, что значило, что можно избежать одного случая хориоамнионита , если применять тактику планирования родов в 50 случаях.



.

- Наблюдалось также снижение риска эндометрита и кол-во детей, госпитализируемых в реанимацию новорожденных или требующих специального ухода. Больше женщин были довольны той помощью, которую они получали, сократился период от РПО до родов(ср.- 9,53 часов) на фоне планового вмешательства на ранних этапах. Как и ожидалось в группе запланированных родов частота применения индукции родов была выше.
- Обзор не обнаружил статистической значимой разницы в риске КС, оперативных вагинальных родов, применения эпидуральной анестезии, послеродовой лихорадки, выпадения пуповины, разрыва матки, неонатальной инфекции, гибели плода и т.д.
- Выводы:
- Тактика запланированных родов при ДРПО в сроке родов снижает риск материнской заболеваемости, связанной с инфекцией, без увеличения частоты КС и оперативных вагинальных родов.
- Также, новорожденные реже нуждаются в пребывании в отделении интенсивной терапии, несмотря на то, что частота неонатальной инфекции остается без изменений

● Применение вмешательства:

- Потенциальным препятствием к применению запланированных родов при ДРПО является недостаток знаний акушерок и врачей-акушерок о преимуществах данного метода. Другие потенциальные препятствия вкл: отсутствие клинических протоколов тактики при ДРПО в сроке родов, а также недостаток знаний беременных женщин о преимуществах и недостатках вариантов, которыми располагает женщина.

- Антибиотикотерапия при хориоамнионите.
- Хориоамнионит- тяжелое осложнение беременности. Она может привести к послеродовому эндометриту, а также к системной инфекции.
- Антибиотикотерапия показана только при наличии клинических признаков хориоамнионита.
- Хориоамнионит- абсолютное показание к быстрому родоразрешению и не является противопоказанием к КС.
- До завершения родов назначить комбинацию антибиотиков:

цефазолин, начальная доза 2 гр в
\в, затем по 1 гр каждые 8 часов
Гентамицин 5 мг на кг веса в\в
каждые 24 часа

- Ведение послеродового периода:
- Если женщина рождает сомостоятельно, прекратить ведение антибиотиков в послеродовом периоде.
- Если произведено КС, продолжить применение антибиотиков в сочетании метронидазолом 500 мг в/в каждые 8 часов, пока у женщины не будет отсутствовать высокая температура в течение 48 часов.

Перечень основных медикаментозных препаратов:

- бетаметазон
- дексаметазон
- эритромицин
- бензилпенициллин
- гентамицин
- цефазолин
- клиндамицин
- метронидазол
- нифедипин
- натрия хлорид
- мизопростол
- окситоцин
- магния сульфат
- прокаин
- индометацин

- нифедипин
- натрия хлорид
- мизопростол
- окситоцин
- магния сульфат
- прокаин
- индометацин

[Наверх](#)

Перечень дополнительных медикаментозных препаратов:

- атосибан
- мифепристон

G Мочеполовая система и половые гормоны:

G01 Антисептики и противомикробные препараты для лечения гинекологических заболеваний

G01A Антисептики и противомикробные препараты для лечения гинекологических заболеваний:

- G01AA Антибиотики:

- G01AA01 Нистатин

- G01AF Производные имидазола:

- G01AF01 Метронидазол;

- G01AF02 Клотримазол;

- G01AF04 Миконазол.

- G01AX Прочие антисептики и противомикробные препараты:

- G01AX11 Повидон-Йод

- G02 Прочие гинекологические препараты:
- G02A Препараты, повышающие тонус миометрия:
- G02AD Простагландины:
- G02AD02 Динопростон;
- G02AD06 Мизопростол;
- G02C Прочие препараты для лечения гинекологических заболеваний:
- G02CB Ингибиторы секреции пролактина:
 - G02CB01 Бромокриптин
 - G02CB03 Каберголин;
 - Другие препараты для применения в гинекологии:
 - G02CX01 Атосибан