

Американський коледж акушерів і гінекологів: Оновлення рекомендацій щодо критеріїв підозри на інтраамніальну інфекцію*

Резюме

Цей документ містить оновлені рекомендації щодо діагностичних критеріїв підозри на наявність інтраамніальної інфекції для використання в клінічній практиці та оновлює висновок ACOG № 712 «Клінічна тактика за інтраамніальної інфекції під час пологів» (Obstet. Gynecol., 2017;130:e95–101).

Загальні дані

Інтраамніальна інфекція може бути причиною значних ризиків серйозної захворюваності та смертності матері й новонародженого. Для більшості вагітних діагноз встановлюється переважно за клінічними критеріями. Як підсумовано у Висновку ACOG № 712 [1], процес діагностики інтраамніальної інфекції передбачає розподіл пацієнток на три групи: 1) вагітні з лихоманкою, 2) вагітні з підозрою на інтраамніальну інфекцію та 3) жінки з підтвердженою інтраамніальною інфекцією [2]. При прийнятті рішень під час діагностики враховують стандартизовані температурні критерії, які використовуються для діагностики інтранатальної лихоманки. При цьому лихоманка у матері визначається за підвищення температури в ротовій порожнині до $\geq 39^\circ\text{C}$ при одноразовому вимірюванні, або за підвищення температура в ротовій порожнині до $38\text{--}38,9^\circ\text{C}$, яка зберігається при повторному вимірюванні через 30 хвилин. Підозра на інтраамніальну інфекцію ґрунтується на клінічних критеріях, які включають лихоманку під час пологів у матері та одночасну наявність одного або більше з наступних критеріїв: лейкоцитоз у матері, гнійні виділення із шийки матки або тахікардія плода. Підтвердження діагнозу інтраамніальної інфекції ґрунтується або на позитивному результаті аналізу амніотичної рідини, отриманому до або під час пологів (результати фарбування

за Грамом, рівня глюкози або посіву, що свідчать на користь інфекції), або частіше на результатах дослідження плаценти, які демонструють гістологічне підтвердження ознак інфекції чи запалення плаценти. Тож, у більшості випадків підтвердження діагнозу інтраамніальної інфекції відбувається лише через кілька днів після пологів. Таким чином, більшість вагітних потраплять до категорії підозрюваної інтраамніальної інфекції на основі клінічних критеріїв.

Клінічні рекомендації, як правило, включають лихоманку у матері як обов'язковий критерій для того, щоб запідозрити наявність інтраамніальної інфекції. Рекомендації Висновку ACOG № 712 [1] щодо підозри на інтраамніальну інфекцію наразі включають наступні тези:

- «...наявність інтраамніальної інфекції слід запідозрити у випадку, коли температура тіла матері сягає показників $\geq 39,0^\circ\text{C}$ або становить $38,0\text{--}38,9^\circ\text{C}$ разом з наявністю одного додаткового клінічного фактора ризику»;
- «...лихоманка у матері визначається як будь-яке підвищення температури тіла в межах від $38,0^\circ\text{C}$ до $38,9^\circ\text{C}$ без наявності додаткових факторів ризику з постійним підвищенням температури або без нього».

Однак пізня діагностика може мати місце серед пацієнток, у яких вияв-



Дата оприлюднення:
квітень 2024

Документ розроблено
ACOG у співпраці з Neil S. Silverman, MD; Richard H. Beigi, MD, MSc; Andrea D. Shields, MD, MS; Allison S. Bryant, MD, MPH; Mark A. Turrentine, MD; Christopher M. Zahn, MD

Схвалено: Товариством медицини матері та плода (SMFM)

Оновлює висновок ACOG № 712 (Клінічна тактика за інтраамніальної інфекції під час пологів, 2017)

ляють клінічні ознаки та симптоми інтраамніальної інфекції, такі як болючість дна матки, неприємний запах або гнійні виділення з піхви та лейкоцитоз за відсутності лихоманки у матері. Для цих пацієнток, особливо тих, у кого в першому чи другому триместрі відбувся допологовий розрив плодних оболонок, відсутність лихоманки може відстрочити або обмежити початок відповідних лікувальних заходів. Ці терапевтичні втручання можуть включати призначення анти-

* Опубліковано вперше в Obstet. Gynecol., 2024, DOI: 10.1097/AOG.0000000000005593



біотиків широкого спектру дії в усіх триместрах вагітності, а також заходи санації первинного джерела інфекції з використанням евакуації вмісту матки у випадку загибелі плода, або розродження у випадку життєздатності плода. Доведено, що рішення про незастосування активної лікувальної тактики за згаданих клінічних умов, пов'язані зі значно вищими ризиками для захворюваності матері, загрози життєздатності плода та розвитку патологічних станів у новонародженого [3]. Тобто подібна тактика може стати причиною потенційного загострення інфекції та збільшує ймовірність тяжкої захворюваності чи смертності [4].

Важливо визнати, що наразі немає остаточно підтвердження клінічних критеріїв для обґрунтованої підозри на наявність інтраамніальної інфекції. Як наслідок, діагностика інтраамніальної інфекції вимагає збалансування чутливості та особливостей наявності кількох клінічних проявів із врахуванням їх специфічного впливу на клінічну картину в окремої пацієнтки. Таким чином, неможливо виключити підозру на наявність інтраамніальної інфекції на підставі відсутності лихоманки у матері; так само як і лихоманка у матері не завжди пов'язана з інтраамніальною інфекцією або переконливо прогнозує її розвиток.

Важливо відзначити, що нещодавне дослідження материнської смертності внаслідок сепсису підтвердило концепцію про те, що лихоманка у матері може бути присутньою далеко не в усіх випадках інтраамніальної інфекції [5]. У цьому дослідженні у 18 % випадків загибелі жінок патологоанатомічне дослідження підтвердило внутрішньоматкову інфекцію. Однак, у 73 % цих пацієнток під час звернення за медичною допомогою не було виявлено лихоманки, у 25 % не було жодного епізоду підвищення температури під час госпіталізації, а у 9 % мала місце гіпотермія. Хоча не всі пацієнтки із сепсисом мали інтраамніальну інфекцію, це дослідження підтверджує концепцію того, що лихоманка не завжди може бути присутньою при інтраамніальній інфекції, тож на неї не можна покладатися як на єдиний діагностичний критерій тяжкої інфекції матері.

Крім того, дослідження показує, що пізня діагностика та затримка здійснення таких втручань як евакуація вмісту порожнини матки або розродження були обумовлені відсутністю лихоманки у жінок, в яких пізніше виявили інтраамніальну інфекцію, це призводило до значного погіршення клінічного стану пацієнтки. Короткострокові та довгострокові ризики для здоров'я вагітної за таких умов необхідно своєчасно оцінювати відразу після того, як підозра щодо розвитку інтраамніальної інфекції стане очевидною, при цьому варто дотримуватися принципу спільного прийняття рішень. Акушери-гінекологи та інші медичні працівники, що надають допомогу вагітним, повинні враховувати можливі побічні ефекти емпіричної антибіотикотерапії і ризики її надмірного використання та зважати на найкращі клінічні практики при обґрунтуванні плану лікування.

Варто підкреслити, що антибіотикотерапія є лише одним із критичних компонентів комплексного плану лікування пацієнтки з первинною внутрішньоутробною інфекцією. При наданні допомоги вагітним акушери-гінекологи та інші медичні працівники повинні використовувати найкращі практики та цільову (цільову) антибіотикотерапію в поєднанні з евакуацією вмісту порожнини матки, що є повною та оптимальною лікувальною тактикою. При життєздатній вагітності застосування антибіотиків важливе як для лікування інфекції, так і при розродженні. Як і в будь-якій ситуації, коли показане лікування серйозної інфекції під час вагітності, увага до ролі раціонального вибору антибіотикотерапії дозволить акушерам-гінекологам та іншим медичним працівникам, що надають допомогу вагітним, обрати антимікробні препарати для оптимізації допомоги та отримати належні результати при мінімізації побічних ефектів. При виборі клінічної тактики необхідно враховувати загальний результат вагітності, включаючи можливість перегляду результатів, що залежать від гестаційного віку і ступінь, до якого різні запропоновані плани клінічної тактики можуть бути корисними чи шкідливими як для наслідків матері, так і плода [6].

Клінічні рекомендації

Отже, хоча до клінічних критеріїв за підозри на інтраамніальну інфекцію часто включають лихоманку матері, існують випадки, коли лихоманка у пацієнток із інтраамніальною інфекцією відсутня. Важливо, що планування клінічної тактики має бути індивідуалізованим з урахуванням скарг, клінічних проявів та результатів огляду, що дозволить здійснювати лікувальні втручання для мінімізації ризиків тяжкої захворюваності та смертності жінок.

Виходячи з цих міркувань, Американський коледж акушерів і гінекологів оновив рекомендації наступним чином: **запідозрити наявність інтраамніальної інфекції необхідно у випадку, коли температура тіла матері перевищує або дорівнює 39,0°C або сягає 38,0–38,9°C з одночасною наявністю одного додаткового клінічного фактора ризику. Також наявність інтраамніальної інфекції необхідно запідозрити за відсутності лихоманки у матері, коли наявні інші супутні клінічні ознаки та симптоми.**

Література

1. Intrapartum Management of Intraamniotic Infection. Committee Opinion No. 712. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130:e95–101. doi: 10.1097/AOG.0000000000002236.
2. Higgins RD, Saade G, Polin RA, Grobman WA, Buhimschi IA, Watterberg K, et al. Evaluation and management of women and newborns with a maternal diagnosis of chorioamnionitis: summary of a workshop. *Obstet Gynecol* 2016;127:426–36. doi: 10.1097/AOG.0000000000001246.
3. Wu YW, Escobar GJ, Grether JK, Croen LA, Greene JD, Newman TB. Chorioamnionitis and cerebral palsy in term and near-term infants. *JAMA* 2003;290:2677–84. doi: 10.1001/jama.290.20.2677.
4. Dotters-Katz SK, Panzer A, Grace MR, Smid MC, Keku JA, Vladutiu CJ, et al. Maternal morbidity after prelabial prelabor rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 2017;129:101–6. doi: 10.1097/AOG.0000000000001803.
5. Bauer ME, Lorenz RP, Bauer ST, Rao K, Anderson FW. Maternal deaths due to sepsis in the state of Michigan, 1999–2006. *Obstet Gynecol* 2015;126:747–52. doi: 10.1097/AOG.0000000000001028.
6. Periviable birth. *Obstetric Care Consensus No. 6*. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130:e187–99. doi: 10.1097/AOG.0000000000002352.

Переклад з англійської А. Б. Фуцич

Медична редакція Л. В. Мартиненко

