

Рекомендації Товариства медицини матері і плода «Ведення вагітності за передчасного допологового розриву плідних оболонок у терміні до- та близько настання життєздатності плода» (Клінічна настанова ACOG, 2024)

Резюме

У випадку передчасного допологового розриву плідних оболонок у терміні до- та близько настання життєздатності плода, виникають складнощі при виборі клінічної тактики й існують ризики розвитку акушерських ускладнень із суттєвою небезпекою материнської захворюваності та смертності без гарантій для здоров'я плода. Нижче наведено **рекомендації Товариства медицини матері і плода** з ведення вагітності за передчасного допологового розриву плідних оболонок у терміні до- та близько настання життєздатності плода для випадків, коли медична команда вважає за доцільне застосувати неонатальну реанімацію та інтенсивну терапію (за наявної згоди пацієнтки):

- 1) вагітним з передчасним допологовим розривом плідних оболонок у терміні до- та близько настання життєздатності плода рекомендовано індивідуальне консультування з детальним інформуванням стосовно ризиків та переваг для матері й плода як за переривання вагітності, так і за вичікувальної тактики. Усім пацієнткам з передчасним допологовим розривом плідних оболонок у терміні до- та близько настання життєздатності плода слід рекомендувати переривання вагітності. Втім, за відсутності проти-показань, також може бути рекомендована вичікувальна тактика (GRADE 1C);
- 2) вагітним з передчасним допологовим розривом плідних оболонок на 24 0/7 тижні, які обрали вичікувальну тактику, рекомендовано призначати антибіотики (GRADE 1B);
- 3) застосування антибіотикотерапії доцільно розглядати при передчасному допологовому розриві плідних оболонок на 20 0/7–23 6/7 тижні вагітності (GRADE 2C);
- 4) антенатальне призначення кортикостероїдів та сульфату магнію рекомендується лише в тому разі, коли медична команда вважатиме за доцільне застосувати неонатальну реанімацію та інтенсивну терапію (за наявної згоди пацієнтки) (GRADE 1B);
- 5) серійні амніоінфузії та амніопатч вважаються експериментальними та повинні використовуватись лише в умовах клінічного дослідження; для рутинної тактики ведення пацієнток з передчасним допологовим розривом плідних оболонок їх застосування не рекомендується (GRADE 1B);
- 6) клінічна тактика за наявного шва на шийці матки при передчасному допологовому розриві плідних оболонок у терміні до- та близько настання життєздатності плода рівноцінна тактиці як і при розриві плідних оболонок у більш пізньому гестаційному віці; після обговорення ризиків і переваг та спільного прийняття рішень доцільно видалити шов або залишити його *in situ* (GRADE 2C);
- 7) за наявності в анамнезі передчасного допологового розриву плідних оболонок у терміні до- та близько настання терміну життєздатності плода, при наступних вагітностях рекомендовано дотримуватись настанов з ведення вагітних зі спонтанними передчасними пологами в анамнезі (GRADE 1C).

Ключові слова: аборт, антибіотики, серкляж, вичікувальна тактика, інфекція, материнська захворюваність, материнська смертність, неонатальна захворюваність, неонатальна смертність, передчасний допологовий розрив плідних оболонок, до- та близько настання життєздатності плода, профілактика.

Вступ

Передчасний допологовий розрив плідних оболонок (ПДРПО) визна-

чається, як розрив оболонок плода до початку пологової діяльності, що відбувається у терміні вагітності до



Товариство медицини матері і плода (SMFM)

Випуск № 71

Дата оприлюднення:
червень, 2024

Автори: Ashley N. Battarbee, MD, MSCR; Sarah S. Osmundson, MD, MS; Allison M. McCarthy, PhD та Judette M. Louis, MD, MPH

Схвалено Товариством планування сім'ї (червень 2024)

Затверджено

Американським коледжем акушерів та гінекологів (ACOG) у серпні 2024 як клінічна настанова ACOG

37 0/7 тижнів [1]. ПДРПО виникає з частотою < 1 % від усіх вагітностей [2–6] і асоціюється зі значною захворюваністю та смертністю матерів і новонароджених [7–14]. Пролонгація вагітності при ПДРПО у терміні до- та близько настання життєздатності плода несе суттєві ризики для матері без прямої вигоди для неї та без гарантій виживання для плода [15]. Вибір тактики ведення таких вагітних наразі обмежено через заборону ви-

