Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «27» декабря 2017 года
Протокол № 36

# КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

# ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

## 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

### 1.1 Код(ы) МКБ-10:

| МКБ-10 | |
|---|---|
| **Код** | **Название** |
| O48 | Переношенная беременность |

**1.2 Дата разработки/пересмотра протокола:** 2013 года (пересмотр 2017 г.)

**1.3 Сокращения, используемые в протоколе**:

| | |
|---|---|
| БПП | биофизический профиль плода |
| ПШП | подсчет шевелений плода |
| БПР | бипариетальный размер |
| ВРТ | вспомогательные репродуктивные технологии |
| ДПА | допплерометрия пупочной артерии |
| КТР | копчико-теменной размер |
| УЗИ | ультразвуковое исследование |

**1.4 Пользователи протокола**: акушеры-гинекологи и акушерки, ВОП.

**1.5 Категория пациентов:** беременные женщины.

**1.6 Шкала уровня доказательности**:

| | |
|---|---|
| A | Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию. |
| B | Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию |

| | |
|---|---|
| С | Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+).<br>Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию. |
| Д | Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов. |
| GPP | Наилучшая клиническая практика. |

**1.7 Определение:** Переношенная беременность – это беременность, которая продолжается 42 недели и более (294 дня). Частота переношенной беременности составляет приблизительно 3-12% [1].

**1.8 Классификация:** нет

## 2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

**Диагностические критерии**

**Жалобы и анамнез**

**Жалобы:** нет.

**Анамнез:** особенностей нет

NB! Этиология поздней беременности еще не была всесторонне исследована.

**Физикальное обследование**:

- Наиболее распространенные в клинической практике критерии определения срока беременности:
  - Формула Naegele: от первого дня последней менструации вычитается 3 месяца и прибавляется 7 дней = 40 недель. В случае ВРТ-дата внутриматочного введения спермы или имплантации эмбриона в матку.
  - Величина матки по данным по данным бимануального исследования в первом триместре беременности, при соответствии ее расчетному календарному сроку.
  - Возможность выслушивания тонов сердца плода с помощью акушерского стетоскопа (18-20 недель) или их регистрация допплеровским исследованием (10-12 нед)
  - Восприятие беременной шевелений плода (с 18-20 нед.-первородящие, 16-18 нед. повторнородящие)
  - Высота стояния дна матки (в 20 недель-20 см)
  - Ультрасонографические показатели: КТР плода в первом триместре беременности, БПР, окружность головки. Длина бедренной кости во втором триместре. КТР в первом триместре - точность ± 5 дней; фетометрия плода на 18-20 неделе - точность ± 7 дней.

**NB!** Если имеется разница между сроком беременности по менструации и по УЗИ в первом триместре, следует брать за основу данные УЗИ (УД IA)

- ИМТ> 35;
- наружное и внутреннее акушерское исследование.

**Лабораторные исследования**: нет;

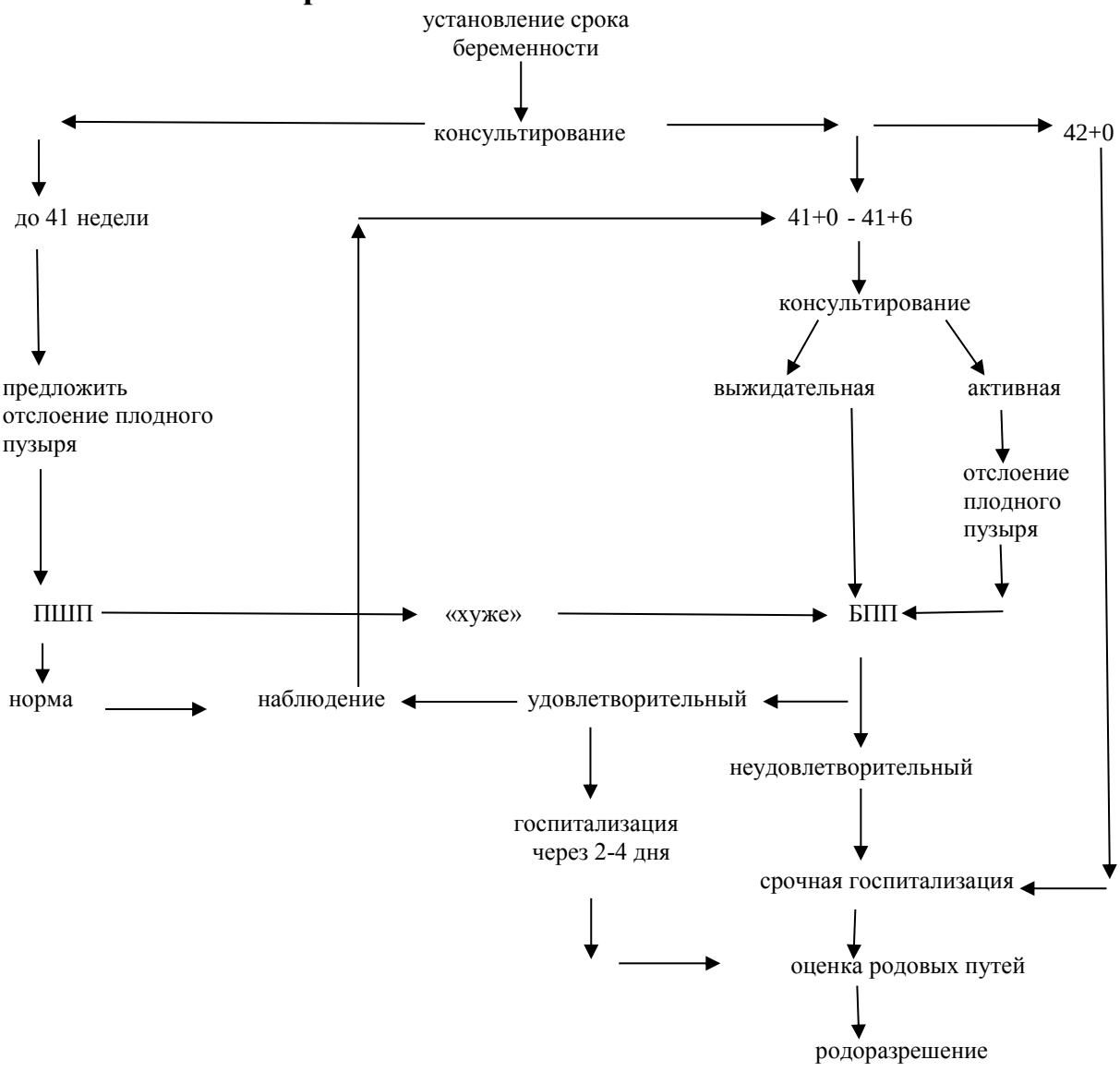
**Инструментальные исследования:**

- УЗИ для определения ИАЖ;
- БПП для мониторинга состояния плода;
- ДПА для мониторинга состояния плода.

NB! Доплеровские параметры гемодинамики не различаются до родов при переношенных беременностях с благоприятными и неблагоприятными результатами.

**Показания для консультации специалистов:** консультация профильных специалистов при наличии сопутствующих заболеваний.

## 2.1 Диагностический алгоритм:



**2.2 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:**
**NB!** Дифференциальный диагноз: проводится после родов с запоздалыми родами плодом без признаков перезрелости. Ребенок считается переношенным, если есть сочетание, хотя бы 2–3 признаков переношенности.

## 3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

**NB!** Точность диагностики перенашивания зависит от достоверности информации о гестационном сроке. Своевременная диагностика чрезвычайно важна для определения тактики ведения родов. Важно использовать все доступные клинические данные, помогающие уточнить срок беременности.
По достижении гестационного срока 40+0 недель:

- провести консультирование по вопросам переношенной беременности и материнским и перинатальным рискам.
- предложить влагалищное исследование для оценки шейки матки и отслойки нижнего полюса плодного пузыря, снижающей потребность в последующей индукции после предоставления информации и оформления информированного согласия(А-1а) [3, 9, 12]. Возможные осложнения отслойки нижнего полюса плодного пузыря: дискомфорт и болезненные ощущения, кровянистые выделения, нерегулярные схватки в течение 24 часов после манипуляции.

При достижении гестационного срока 41 нед+0:

- определить расширенный БПП;
- обсудить дальнейший план наблюдения, включая возможную индукцию родов в 41+ 0 – 42+0 недели.

### 3.1 Немедикаментозное лечение:

- **Диета:** стол №15;
- **Режим:** III.

### 3.2 Медикаментозное лечение: нет.

### 3.3 Хирургическое вмешательство: нет.

### 3.4 Дальнейшее ведение:

Женщине необходимо предложить индукцию родов в сроке 41+0 – 42+0 недели, поскольку существующие доказательства в настоящее время показывают снижение перинатальной смертности при родоразрешении в эти сроки. Риск рождения мертвого плода на 37 недели составляет 1 на 3000 родов, на 42 недели 3 на 3000, на 43 неделе - 6 на 3000.

При получении информированного согласия на проведение индукции (смотрите протокол «Индукция родов») выдать направление в стационар по выбору пациентки (II – III уровень).

При отказе от индукции дальнейшее наблюдение проводить по алгоритму усиленного наблюдения за состоянием плода.
1. Наблюдение возможно в условиях стационара или амбулаторно.
2. Предоставить контактную информацию родовспомогательных учреждений ближайших к месту жительства, лицензированных на оказание помощи при переношенной беременности.
3. Обучить пациентку качественной оценке шевеления плода («шевелится так же как вчера», «…хуже» и т.д.). Проконсультировать о тревожных признаках, при которых необходимо обратиться за медицинской помощью.
4. Оценка биофизического профиля плода два раза в неделю:
- в 41+0-4 дня при удовлетворительном БПП - направление на плановую госпитализацию;
- при неудовлетворительном БПП – срочная госпитализация в акушерский стационар.

## 4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановой госпитализации:

- срок беременности 41+ 0-4 недель при информированном согласии женщины;
- срок беременности 42 нед.

Показания для экстренной госпитализации:

- начало родовой деятельности;
- неудовлетвотриетльный биофизический профиль плода.

## 5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

- при получении информированного согласия на проведение индукции в 41+0-4 дня при удовлетворительном БПП решить вопрос об индукции родов (смотрите клинический протокол «Индукция родов»).

**NB!** Вопросы родостимуляции при мекониальных водах решать консилиумом; неонатолога следует заранее предупредить о предполагаемом рождении переношенного ребенка.

- при неудовлетворительном БПП решить вопрос и отсутствии условий для быстрого родоразрешения тактику решать консилиумом.

### 5.1 Хирургическое вмешательство:

- родоразрешения (смотрите клинический протокол «Индукция родов»);
- кесарево сечение (смотрите клинический протокол «Кесарево сечение»).

**Плановое кесарево сечение:**

- неудовлетворительное состояния внутриутробного плода при «незрелых» родовых путях;

**Экстренное кесарево сечение:**

- угрожающие состояния плода;
- отсутствии условий условий для быстрого родоразрешения.

**5.2 Немедикаментозное лечение:**
Диета: Стол№ 15;
Режим: III

**5.3 Медикаментозное лечение:** смотрите клинический протокол «Индукция родов».

**5.4 Дальнейшее ведение:** смотрите клинический протокол «Ведение родов».

## 6. Индикаторы эффективности лечения:

- удельный вес антенатальных потерь в сроке 42 недель и более в структуре перинатальной смертности;
- удельный вес переношенных новорожденных в структуре неонатальной смертности.

## 7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

**7.1 Список разработчиков протокола с указание квалификационных данных:**

1) Шиканова Светлана Юрьевна – врач акушер-гинеколог высшей категории, кандидат медицинских наук, доцент, руководитель кафедры акушерства и гинекологии №1 РГП на ПХВ «Западно – Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова».
2) Сармулдаева Шолпан Куанышбековна – заведующая кафедрой акушерства и гинекологии с курсом неонатологии РГП на ПХВ «Казахский медицинский университет непрерывного образования».
3) Танышева Гульяш Алтынгазиновна – заведующая кафедрой акушерства и гинекологии РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет города Семей».
4) Майшина Мадина Шарипбековна – врач акушер-гинеколог высшей категории, заведующая отделением АО «Национальный научный центр материнства и детства».
5) Калиева Шолпан Сабатаевна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой клинической фармакологии и доказательной медицины РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет».

**7.1 Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет.

**7.2 Рецензенты:** Есенаманова Светлана Мендигалиевна – заместитель руководителя по родовспоможению и детству ГУ «Управление здравоохранения Актюбинской области», кандидат медицинских наук.

**7.3 Указание условий пересмотра протокола:** Пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

**7.4 Список использованной литературы**:

1) World Health Organization. WHO recommendations for induction of labour. [Internet]. 2011 [cited 2016 October 20]. Available from: http://www.who.int.
2) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Induction of labour at term in older mothers. Scientific impact paper no. 34 2013.
3) Bakketeig L., Bergsjø P. Post-term pregnancy: magnitude of the problem. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press, 2000;765-775.
4) Goeree R. et al. Cost-effectiveness of induction of labour versus serial antenatal monitoring in the Canadian Multicentre Postterm Pregnancy Trial. Canadian Medical Association Journal, Vol 152, Issue 9 1445-1450.
5) Cleary-Goldman Jane et al. Postterm Pregnancy: Practice Patterns of Contemporary Obstetricians and Gynecologists, American Journal of Perinatology, Volume 23, Number 1, 2006.
6) Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. Cochrane Library;Issue 2, 2000.
7) Gülmezoglu A. M., Crowther C. A., Middleton P.Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub2.
8) Heimstad et al. Induction of labour for post-term pregnancy and risk estimates for intrauterine and perinatal death, Acta Obstetricia etGynecologica Scandinavica, 87:2, 247–249.
9) Heimstad Runa et al. Induction of Labor or Serial Antenatal Fetal Monitoring in Postterm Pregnancy. A Randomized Controlled Trial, Obstetrics & Gynecology Vol. 109, No. 3, March 2007.
10) Katsoulis L. C., Veale D. J. H., Hofmeyr G.J. South African traditional remedies used during pregnancy. Southern African ethnobotany 2000; 1:13-16.
11) Post-Term Pregnancy, Sogc, Clinical Practice Guidelines No. 15, 2001.
12) ACOG Practice Bulletin No.55, 2004, www.acog.com 13 Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks, SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, J Obstet Gynaecol Can 2008;30(9):800–810