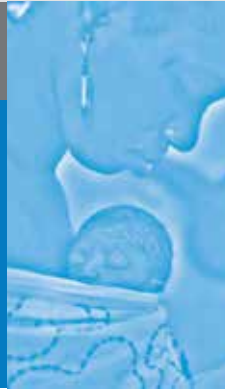




Улучшение исходов при преждевременных родах

КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ

*Рекомендации ВОЗ по
мерам вмешательства
для улучшения исходов при
преждевременных родах*



Введение

Недоношенные дети предрасположены к серьезным заболеваниям или смерти в неонатальный период. Без надлежащего лечения те дети, которые выживают, подвергаются более высокому риску пожизненной инвалидности и плохого качества жизни. Осложнения недоношенности являются отдельной самой крупной причиной смерти в неонатальном возрасте и второй ведущей причиной смерти детей младше 5 лет. Глобальные усилия по дальнейшему сокращению детской смертности требуют неотложных действий в отношении преждевременных родов.

Младенческая смертность и заболеваемость вследствие преждевременных родов могут быть сокращены с помощью мер вмешательства для матери до или во время беременности или для недоношенного ребенка после рождения. Такие меры могут быть ориентированы на всех женщин в качестве первичной профилактики и уменьшения риска преждевременных родов (например, программы по прекращению курения) или использоваться для сведения к минимуму риска у беременных женщин с известными факторами риска (например, применение антипрогестагенных средств, шов на шейке матки). Однако наиболее эффективная группа материнских мер вмешательства – это те меры, которые могут улучшить шансы на выживание и исходы здоровья недоношенных младенцев, если преждевременные роды являются неизбежными. Эти меры применяются к матерям вскоре после или во время процесса родов, с

тем чтобы преодолеть неотложные и будущие проблемы здоровья недоношенного ребенка, такие как недоразвитие легких, подверженность инфекциям и неврологические осложнения. Основная и дополнительная помощь недоношенному новорожденному для предотвращения или лечения возможных осложнений также является важной для выживания новорожденного без инвалидности.

Публикации ВОЗ *Ведение осложнений беременности и родов: руководство для акушерок и врачей* (выпущено в 2000 г.) и *Краткое руководство по больничной помощи для детей* (выпущено в 2013 г.) обеспечили, соответственно, руководство по мерам вмешательства для матерей и новорожденных, которые могут улучшить результаты преждевременных родов. В соответствии с процедурами ВОЗ в отношении разработки руководств эти документы необходимо было обновить, чтобы включить текущую основанную на фактической информации практику и ответить на запросы стран предоставить руководящие указания в отношении противоречивых областей практики. Настоящие руководящие положения сосредоточены на практических мерах, которые могут быть приняты во время беременности, родов и в неонатальный период с целью улучшить результаты здоровья для недоношенных детей. Рекомендации в отношении практических мер для предотвращения и уменьшения риска преждевременных родов или изменения риска у беременных женщин, подвергающихся риску, выходят за пределы охвата настоящего руководства.

Целевая аудитория

Основной аудиторией для настоящего руководства являются профессиональные работники здравоохранения, отвечающие за разработку общенациональных и местных протоколов и политики в области медико-санитарной помощи, а также менеджеры программ по охране здоровья матери и ребенка и политики всех уровней. Это руководство будет также полезным для тех, кто непосредственно оказывает помощь беременным женщинам и недоношенным младенцам, то есть для акушеров-гинекологов, педиатров, акушерок, медсестер и врачей общей практики. Информация в данном руководстве будет полезной при разработке рабочих инструкций и документов для дослужебной и внутрислужебной подготовки медработников в целях укрепления их навыков оказания помощи матерям и новорожденным в связи с преждевременными родами.

Методы разработки руководства

Данное руководство было составлено с помощью стандартных операционных процедур в соответствии с процессом, описанным в *Пособии ВОЗ по разработке руководящих принципов*. Вкратце, они включают (i) определение приоритетных вопросов и важных результатов, (ii) поиск фактической информации, (iii) оценку и синтез фактических данных, (iv) формулирование рекомендаций, и (v) планирование распространения, применения, оценки воздействия и обновления руководства. Синтез научных данных, использованных при составлении рекомендаций, был осуществлен с помощью метода GRADE (градация оценки, разработки и экспертизы рекомендаций). Обновленные систематические обзоры использовались для подготовки профилей фактических данных по приоритетным вопросам. Затем ВОЗ создала в мае 2014 г. Техническую консультацию, на которой международная группа экспертов – Группа по разработке руководящих принципов (ГРПП) – сформулировала и одобрила рекомендации, основанные на профилях фактических данных. В ноябре 2014 г. была проведена онлайн-консультация ГРПП для рассмотрения и изменения рекомендаций с учетом результатов крупного практического испытания антенатальных кортикостероидов в странах с низким уровнем дохода.

Рекомендации

В результате Технической консультации ВОЗ были приняты 10 основных рекомендаций (и 17 дополнительных рекомендаций), охвативших антенатальные кортикостероиды, токолиз, сульфат магния, антибиотикопрофилактику, вид преждевременных родов (для матерей) и выхаживание детей методом «кенгуру», пластиковая упаковка, терапия положительным постоянным давлением, сурфактантная терапия и оксигенотерапия (для новорожденных). Для каждой рекомендации качество фактических данных было классифицировано как «очень низкое», «низкое», «среднее» или «высокое». ГРПП квалифицировала направление и силу каждой рекомендации посредством рассмотрения качества фактических данных и других факторов, включая соотношение между преимуществами и вредом, значения и предпочтения заинтересованных сторон и последствия практических мер для ресурсов. Для обеспечения правильного понимания и практического применения каждой рекомендации принимавшие участие эксперты в случае необходимости предоставили дополнительные замечания. Если у пользователей руководства возникают какие-либо сомнения относительно базы для любой рекомендации, им следует обращаться к этим замечаниям и краткому изложению фактических данных в полной версии руководства.

Рекомендации в отношении практических мер для матерей и новорожденных с целью улучшения исходов для недоношенных младенцев кратко излагаются в таблице ниже. В соответствии с процедурами разработки руководящих принципов ВОЗ эти рекомендации будут постоянно пересматриваться и обновляться после появления новых фактических данных, при этом по крайней мере один раз в пять лет будут осуществляться крупный пересмотр и обновление. ВОЗ приветствует предложения о включении дополнительных вопросов в будущие обновленные издания этого руководства.

Краткий перечень рекомендаций ВОЗ в отношении практических мер вмешательства для улучшения исходов преждевременных родов

Материнские вмешательства	Рекомендации	Сила рекомендации и качество фактических данных ^a
Аntenатальные кортикостероиды для улучшения исходов у новорожденных	1.0. Antenatalная кортикостероидная терапия рекомендуется для женщин, подвергающихся риску преждевременных родов с 24 по 34 неделю беременности, если удовлетворяются следующие условия: <ul style="list-style-type: none"> • может быть точно установлен срок беременности; • преждевременные роды неизбежны; • отсутствуют клинические проявления инфекции у матери; • имеется адекватный уход за новорожденным (включая способность распознать преждевременные роды и оказать безопасным образом помощь); • недоношенный новорожденный в случае необходимости может получить адекватную помощь (включая реанимацию, тепловую защиту, дополнительное питание, лечение инфекций и безопасное использование кислорода). 	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных среднего качества об исходах у новорожденных и фактических данных низкого качества о материнских исходах
	1.1. Для подходящих женщин antenatalный кортикостероид следует назначать, если преждевременные роды считаются неизбежными в пределах 7 дней от начала лечения, в том числе в первые 24 часа.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных низкого качества
	1.2. Antenatalная кортикостероидная терапия рекомендуется для женщин, подвергающихся риску преждевременных родов независимо от того, ожидаются ли одноплодные или многоплодные роды.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных низкого качества
	1.3. Antenatalная кортикостероидная терапия рекомендуется для женщин с преждевременным разрывом околоплодных оболочек и отсутствием клинических признаков инфекции.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных среднего качества для исходов у новорожденных и среднего качества для материнских исходов
	1.4. Antenatalная кортикостероидная терапия не рекомендуется для женщин с хориоамнионитом и вероятностью преждевременных родов.	Условная рекомендация, основанная на фактических данных очень низкого качества
	1.5. Antenatalная кортикостероидная терапия не рекомендуется для женщин с запланированным кесаревым сечением на поздней стадии недоношенности (34–36+6 недели).	Условная рекомендация, основанная на фактических данных очень низкого качества
	1.6. Antenatalная кортикостероидная терапия рекомендуется для женщин с гипертензивными нарушениями во время беременности, которые подвергаются риску неизбежных преждевременных родов	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных среднего качества для исходов у новорожденных и низкого качества для материнских исходов
	1.7. Antenatalная кортикостероидная терапия рекомендуется для женщин, подвергающихся риску неизбежных преждевременных родов плода с ограниченным внутриутробным ростом.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных очень низкого качества
	1.8. Antenatalная кортикостероидная терапия рекомендуется для женщин с догестационным и гестационным диабетом, подвергающихся риску неизбежных преждевременных родов, и должна сопровождаться вмешательствами для оптимизации контроля сахара в крови матери.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных очень низкого качества
	1.9. В качестве наилучшей antenatalной кортикостероидной терапии рекомендуется либо внутримышечно (ВМ) дексаметазон, либо ВМ бетаметазон (в общей сложности 24 мг отдельными дозами), если преждевременные роды являются неизбежными.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных низкого качества
1.10. Отдельный повторяющийся курс antenatalного кортикостероида рекомендуется, если преждевременные роды не происходят в течение 7 дней после первоначальной дозы и последующая клиническая оценка демонстрирует наличие высокого риска преждевременных родов в течение следующих 7 дней.	Условная рекомендация, основанная на фактических данных среднего качества для исходов у новорожденных и очень низкого качества для материнских исходов	

^a Для рекомендаций, касающихся материнских вмешательств, показатель качества фактических данных применяется как к материнским исходам, так и к исходам для новорожденных, если качество фактических данных не показано для каждого из них отдельно.

Материнские вмешательства	Рекомендации	Сила рекомендации и качество фактических данных ^a
Токोलитические препараты для ингибирования преждевременных родов	2.0. Лечение токолитическими препаратами (неотложное и поддерживающее) не рекомендуется для женщин, подвергающихся риску неизбежных преждевременных родов, для улучшения исходов у новорожденных.	Условная рекомендация, основанная на фактических данных очень низкого качества
Сульфат магния для защиты плода от неврологических осложнений	3.0. Использование сульфата магния рекомендуется для женщин, подвергающихся риску неизбежных преждевременных родов до 32 недели беременности, для предупреждения церебрального паралича в младенческом или более старшем возрасте.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных среднего качества
Антибиотики для преждевременных родов	4.0. Рутинное назначение антибиотиков не рекомендуется во время преждевременных родов для женщин с неповрежденными околоплодными оболочками и отсутствием клинических признаков инфекции.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных среднего качества
	5.0. Назначение антибиотиков рекомендуется для женщин с разрывом оболочек при преждевременных родах.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных среднего качества
	5.1. Эритромицин рекомендуется в качестве наилучшего антибиотика для профилактики у женщин с разрывом оболочек при преждевременных родах.	Условная рекомендация, основанная на фактических данных среднего качества
	5.2. Использование комбинации амоксициллина и клавулановой кислоты (коамоксиклава) не рекомендуется для женщин с преждевременным разрывом околоплодных оболочек.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных среднего качества
Оптимальный способ родоразрешения	6.0. Роды путем кесарева сечения для улучшения исходов у недоношенных детей не рекомендуются, несмотря на головное или ягодичное предлежание.	Условная рекомендация, основанная на фактических данных очень низкого качества
Тепловая защита для недоношенных новорожденных	7.0. Метод кенгуру рекомендуется для регулярного ухода за новорожденными с массой тела при рождении 2000 г или менее, и его применение следует начинать в медицинском учреждении как только клиническое состояние новорожденных стабилизируется.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных среднего качества
	7.1. К новорожденным с массой тела при рождении 2000 г или менее должен применяться постоянный метод кенгуру.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных среднего качества
	7.2. Периодический метод кенгуру, скорее чем обычный уход за новорожденным, рекомендуется для новорожденных с массой тела при рождении 2000 г или менее, если невозможен постоянный метод кенгуру.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных среднего качества
	7.3. Нестабильные новорожденные с массой тела при рождении 2000 г или менее или стабильные новорожденные с массой тела при рождении менее 2000 г, которым не может быть обеспечен уход методом кенгуру, должны быть помещены в термонеutralную среду под инфракрасный обогреватель или в инкубаторы.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных очень низкого качества
	7.4. Отсутствуют достаточные фактические данные об эффективности пластиковых пакетов/обертываний для тепловой защиты недоношенных новорожденных сразу же после рождения. Однако во время стабилизации и перемещения недоношенных новорожденных в специализированные палаты неонатального ухода обертывание в пластиковую пленку или пакеты может использоваться в качестве альтернативы для предотвращения гипотермии.	Условная рекомендация, основанная на фактических данных низкого качества

Материнские вмешательства	Рекомендации	Сила рекомендации и качество фактических данных ^a
Положительное постоянное давление в дыхательных путях для новорожденных с респираторным дистресс-синдромом	8.0. Терапия с помощью положительного постоянного давления в дыхательных путях рекомендуется для лечения недоношенных новорожденных с респираторным дистресс-синдромом.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных низкого качества
	8.1. Терапия с помощью положительного постоянного давления в дыхательных путях должна начинаться сразу же после постановки диагноза..	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных очень низкого качества
Назначение сурфактанта для новорожденных с респираторным дистресс-синдромом	9.0. Заместительная терапия сурфактантом рекомендуется для новорожденных с интубацией и вентиляцией легких, имеющих респираторный дистресс-синдром.	Условная рекомендация (только в медицинских учреждениях, где имеются возможности для интубации, искусственной вентиляции легких, газового анализа крови, медсестринского ухода и мониторинга), основанная на фактических данных среднего качества
	9.1. Сурфактанты либо животного происхождения, либо протеинсодержащие синтетические могут использоваться для сурфактант-заместительной терапии у недоношенных новорожденных с респираторным дистресс-синдромом и искусственной вентиляцией легких.	Условная рекомендация (только в медицинских учреждениях, где имеются возможности для интубации, искусственной вентиляции легких, газового анализа крови, медсестринского ухода и мониторинга), основанная на фактических данных среднего качества
	9.2. Назначение сурфактанта до наступления респираторного дистресс-синдрома (профилактическое назначение) у недоношенных новорожденных не рекомендуется.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных низкого качества
	9.3: Интубированным недоношенным новорожденным с респираторным дистресс-синдромом сурфактант должен назначаться рано (в течение первых двух часов после рождения); не следует ожидать ухудшения симптомов, прежде чем применять спасающую терапию.	Условная рекомендация (только в медицинских учреждениях, где имеются возможности для интубации, искусственной вентиляции легких, газового анализа крови, медсестринского ухода и мониторинга), основанная на фактических данных низкого качества
Оксигенотерапия и концентрация кислорода для недоношенных новорожденных	10.0. Во время вентиляции легких недоношенных новорожденных, родившихся на 32 неделе беременности или до этого срока, рекомендуется начинать оксигенотерапию скорее с 30% кислорода или воздуха (если кислород в смеси отсутствует), чем со 100% кислорода.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных очень низкого качества
	10.1. Использование постепенно более высоких концентраций кислорода следует применять только для новорожденных, проходящих оксигенотерапию, если частота их сердечных сокращений составляет менее 60 ударов в минуту через 30 секунд адекватной вентиляции с 30% кислорода или воздуха.	Сильная рекомендация, основанная на фактических данных очень низкого качества



Всемирная организация
здравоохранения



For more information, please contact:

Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland
E-mail: reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth

Department of Maternal, Newborn, Child & Adolescent Health
World Health Organization
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland
E-mail: mncah@who.int

www.who.int/maternal_child_adolescent

Photo: UNICEF/Asselin

WHO/RHR/15.22 © Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ (www.who.int) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.