

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

Руководителям учреждений
здравоохранения края
(по списку)

Красной Армии ул., д.3, г. Красноярск, 660017
Факс: (391) 211-01-36
Телефон: (391) 211-51-51, 211-48-97
E-mail: office@uz.krasmed.ru
http: www.kraszdrav.ru

02.07.2015 № 71/04-14/ 12683

На №

О направлении методического письма
«О применении в клинической практике
ультразвуковой эндовагинальной
цервикометрии»

Направляем методическое письмо «О применении в клинической практике ультразвуковой эндовагинальной цервикометрии» по вопросам критериев, кратности и сроках проведения данной методики при многоводии, переношенной беременности, индукции родов и выборе времени планового кесарева сечения.

Руководителям учреждений здравоохранения края:

организовать работу в соответствии с настоящим письмом;

обеспечить ультразвуковое исследование шейки матки (эндовагинальная цервикометрия) в соответствии с приложением № 1;

обеспечить ультразвуковое исследование шейки матки (эндовагинальная цервикометрия) во втором и третьем триместре беременности в соответствии с протоколом ультразвукового исследования в рамках пренатальной диагностики нарушений развития ребенка во II и III триместрах беременности согласно приложению № 2;

обеспечить обучение врачей ультразвуковой диагностики методике проведения ультразвуковой эндовагинальной цервикометрии;

назначить ответственного врача ультразвуковой диагностики по проведению ультразвуковой эндовагинальной цервикометрии;

довести настоящее методическое письмо до сведения врачей акушеро-гинекологов и врачей ультразвуковой диагностики;

осуществлять контроль за исполнением применения в клинической практике ультразвуковой эндовагинальной цервикометрии в соответствии с настоящим письмом.

Приложение № 1 и № 2: на 8 л в 1 экз.

Заместитель министра
здравоохранения Красноярского края



Д.В. Попов

Хоменко Наталья Владимировна 222-03-48
Шагеева Галина Александровна 226-13-53
Базина Марина Ивановна



О применении в клинической практике ультразвуковой эндовагинальной
цервикометрии

В клинической практике ультразвуковая эндовагинальная цервикометрия проводится:

1. Прогнозирование преждевременных родов в группах высокого риска и прогнозирование начала родовой деятельности в течении последующих семи дней у женщин с существующей угрозой преждевременных родов.

Ультразвуковой скрининг состояния шейки матки проводится во время ультразвукового скрининга пренатальной (дородовой) диагностики нарушения развития ребенка в сроки гестации:

всем беременным женщинам: в 18-20 недель, 28-32 недели.

в группе высокого риска по развитию преждевременных родов: в 16 недель, 18-20 недель, 22-24 недели, 28-32 недели и в индивидуально угрожаемые сроки.

2. При беременностях, сопровождающихся развитием многоводия во II и III триместрах, для принятия решения о проведении амниодренажа (в учреждении 3 группы).

3. У женщин с плановым кесаревым сечением в 37 недель для принятия решения о времени оперативного родоразрешения в 37-38 или 39-41 недель.

4. У женщин при планировании индукции родов для прогнозирования интервала между индукцией и непосредственным началом родовой деятельности, вероятности родов через естественные родовые пути в течении 24 часов и вероятности родоразрешения путем операции кесарева сечения;

5. При переносенной беременности в 41 неделю для прогнозирования вероятности спонтанного начала родов и родоразрешения через естественные родовые пути в течении последующих 7 дней.

Многоводие (КОД по МКБ-10 O40. Многоводие)

Многоводие возникает с частотой 0,13- 3 % от числа беременных.

Выделяют две клинические формы многоводия:

острое многоводие (чаще развивается в сроки 14-24 недели);

хроническое многоводие (возникает в различные сроки беременности).

В зависимости от выраженности многоводия различают три степени тяжести:

I степень – легкая (до 3 л амниотической жидкости);

II степень – средней тяжести (от 3 до 5 л амниотической жидкости);

III степень – тяжелая (более 5 л амниотической жидкости).

Причины многоводия:

связанные с заболеваниями матери (сахарный диабет, изоиммунизация – Rh-конфликт, инфекционные и воспалительные заболевания);

связанные с нарушениями развития плода (фето-фетальный трансфузионный синдром, пороки развития центральной нервной системы, желудочно-кишечного

тракта, мочеполовой системы, лица, лёгких, сердца, скелетные дисплазии, хромосомные аномалии и наследственные болезни (синдром Беквита-Видемана), неопластические процессы, гематологические нарушения, внутриутробные инфекции, гемолитическая болезнь плода, неиммунная водянка плода);

связанные с плацентарными нарушениями (хорионангиома, плацента, окружённая валиком (*placenta circumvallata*));

идиопатическое (неуточненное) многоводие (более чем в 60% случаев причины многоводия остаются невыясненными).

При ведении беременности с многоводием:

1. Проводится диагностика: определение индекса амниотической жидкости при ультразвуковом исследовании, динамическая оценка возможного прогрессирования многоводия

2. Контроль уровня глюкозы в крови матери при инсулинзависимом и гестационном сахарном диабете и лечение направленное на компенсацию метаболических нарушений.

В учреждении III уровня проводится:

торакоамниотическое шунтирование при кистозной мальформации лёгких плода или плевральном выпоте, внутриутробное переливание крови при анемии плода, лазерная окклюзия плацентарных анастомозов при фето-фетальном трансфузионном синдроме или лазерная окклюзия сосудов, питающих плодovou или плацентарную опухоль;

с целью уменьшения риска преждевременных родов амниоцентез и дренаж амниотической жидкости при длине цервикального канала менее 15 мм (процедура может вызвать наступление преждевременных родов, поэтому ее используют в случаях когда серия еженедельных ультразвуковых исследованиях демонстрирует укорочение шейки матки до 25 мм и менее).

Альтернативным и эффективным методом лечения является назначение матери ингибитора биосинтеза простагландинов (индометацин), хотя, этот препарат может вызвать констрикцию венозного протока и требует мониторинга состояния плода с использованием серии эхокардиографических исследований при необходимости.

Тактика ведения беременности и родов при многоводии зависит от срока гестации, степени тяжести и особенностей течения многоводия, состояния плода, наличия осложнений, времени возникновения и степени выраженности и эффективности проводимой терапии:

Прерывание беременности по медицинским показаниям при многоводии проводят: при остром многоводии, развившемся до 22 недель беременности в сочетании с врожденным пороком развития плода.

В случае развития острого или хронического многоводия на сроке беременности более 22 недель показана профилактика РДС плода, при нарастании клинических симптомов многоводия (III степень) досрочное родоразрешение.

При хроническом многоводии, развившемся в III триместре, беременность пролонгируют до физиологического завершения на фоне динамического наблюдения и соответствующего лечения.

Выбор времени планового кесарева сечения

Плановое кесарево сечение выполняется в 38 недель, планирование оперативного вмешательства после 38 недель сопряжено с возможным развитием спонтанной родовой деятельности, плановое кесарево сечение становится экстренным и может сопровождаться увеличением риска развития осложнений и летальных исходов как для матери, так и для плода.

Необходимость искусственной вентиляции легких для лечения заболеваний, вызванных дефицитом сурфактанта у новорождённых, обратно пропорциональна сроку беременности при рождении. Риск развития заболеваний лёгких уменьшается наполовину с каждой полной от 37 до 41 недели беременности.

Для прогнозирования наступления спонтанных родов в срок проводится **измерение длины цервикального канала в 37 недель гестации** и индивидуальное определение срока проведения планового кесарева сечения:

у женщин с длиной шейки матки 20 мм и менее в 95% случаев существует вероятность спонтанного наступления родов до 40 недель, таким пациенткам лучше проводить плановое кесарево сечение в 37-38 недель, чтобы избежать увеличение риска материнской заболеваемости и смертности, сопровождающее оперативное вмешательство по экстренным показаниям по сравнению с плановой операцией;

у женщин с длиной шейки матки 30 мм и более в 95% случаев существует вероятность, что роды не наступят спонтанно до 40 недель, у таких пациенток плановое кесарево сечение может быть отсрочено до 40 недель, чтобы снизить неонатальную заболеваемость.

Переношенная беременность

Беременность, продолжающаяся более 294 дня (42 полных недели) является переношенной и встречается у 0,8-10% женщин, частота истинного перенашивания составляет 1-3%. При переношенной беременности повышен риск родовой травмы и асфиксии новорожденного, мертворождаемости и ранней неонатальной смертности. При перенашивании чаще наблюдают синдром аспирации мекония, в 2-5 раз чаще встречаются выраженные поражения ЦНС. Частота рождения крупных плодов при перенашивании составляет 30%, что повышает вероятность возникновения осложнений в родах.

«Золотой стандарт» диагностики — определение гестационного срока с помощью ультразвукового исследования. При несовпадении гестационного срока, рассчитанного по дате последней менструации и по копчико-теменному размеру плода (КТР), измеренному при УЗИ в I триместре, срок должен выставляться исключительно по КТР. Рутинный ультразвуковой осмотр в I триместре беременности (измерение КТР эмбриона) позволяет вычислить срок беременности (с погрешностью $\pm 3-5$ дней) и во II триместре беременности позволяет снизить частоту регистрируемого перенашивания. Чем раньше произведено УЗИ, тем точнее определяется срок беременности.

Цель фетометрии в III триместре — не уточнение срока, а выявление задержки роста плода (ЗРП) и макросомии, что является определяющим для срока и метода родоразрешения. Важным критерием в оценке внутриутробного состояния плода являются результаты амниоскопии (характер околоплодных вод).

Ведение переносимой беременности: при достижении гестационного срока 40 недель и отсутствии предшествующих показаний к дородовой госпитализации в амбулаторных условиях следует провести комплексную оценку состояния плода:

кардиотокография плода (КТГ);
ультразвуковое исследование с элементами биофизического профиля+доплерометрия.

Госпитализация в учреждения второй и третьей группы.

После плановой госпитализации в 41 неделю возможны три варианта действий:

программированные роды в день поступления – при зрелой шейке;
интенсивное наблюдение за состоянием плода (ежедневное КТГ плода, доплерометрия 1 раз в 3 дня) и ожидание спонтанного начала родовой деятельности;

слежение за состоянием плода (ежедневное КТГ плода, доплерометрия 1 раз в 3 дня) в сочетании с преиндукцией для последующей амниотомии.

Второй и третий вариант действий следует завершить до достижения срока 42 недели.

Рекомендуемые методы преиндукции в стационаре:

отслаивание нижнего полюса плодного пузыря;

ламинарии;

синтетические гидрофильные дилататоры;

антипрогестины (мифепристон или др.);

катетер Фолея, специальный двойной баллон;

простагландины;

амниотомия (при Бишопе >6 баллов).

При перенашивании целесообразно проводить программированные роды — искусственно вызванные роды по соответствующим показаниям.

Выжидательное ведение родов при перенашивании в большинстве случаев начинают с родовозбуждения, которое производят путём амниотомии (хирургический метод родовозбуждения) при зрелой шейке матки. При отсутствии самостоятельной родовой деятельности в течение 4 ч после амниотомии следует прибегнуть к родовозбуждению путём внутривенного капельного введения окситоцина или ПГ (медикаментозный метод родовозбуждения). При безуспешности роды заканчивают операцией кесарева сечения.

Индукция родов

У женщин с планируемой индукцией родов ультразвуковое измерение длины шейки матки в дополнение к другим данным (паритет, срок беременности, возраст матери, индекс массы тела беременной женщины) приводит к прогнозированию интервала между индукцией и непосредственно родами, вероятности родов через естественные родовые пути в течении ближайших 24 часов и вероятности кесарева сечения.

У повторнородящих женщин частота кесарева сечения из-за отсутствия родовой деятельности после индукции родов или дистресса плода увеличивается с

2% при «преиндукционной» длине шейки матки 1-10 мм до 20 % при её длине более 30 мм.

У не рожавших женщин частота кесарева сечения из-за отсутствия родовой деятельности после индукции родов или дистресса плода увеличивается с 10% при «преиндукционной» длине шейки матки 1-10 мм до 70% при её длине более 30 мм.

Отсрочка индукции родов до 42 недель

Традиционным методом ведения беременности является индукция родов на 41 неделе. Другой подход заключается в ультразвуковой оценке состояния плода на 41 неделе, которая позволяет идентифицировать раннее не диагностированные состояния и осложнения (маловодие, задержка роста плода), для которых будет необходима скорейшая индукция родов с интранатальным мониторингом

Ключевые моменты при переношенной беременности:

точное определение срока (КТР и гендерная фетометрия);

в 40 недель – комплексная оценка состояния плода (амбулаторно) (ежедневное КТГ плода, доплерометрия 1 раз в 3 дня) + учет двигательной активности плода в течение 7 дней;

заранее обсудить сроки и цели предстоящей госпитализации;

госпитализация в 41 неделю (после 40 нед 6 дней);

в стационаре в течение 1 недели с 40 нед и 7 дней до 41 нед 6 дней – слежение за плодом (ежедневное КТГ плода, доплерометрия 1 раз в 3 дня) и преиндукция;

в 42 недель и более – кесарево сечение или программированные роды. При недостаточно зрелой шейке матки родоразрешение операцией кесарева сечения.

Заместитель министра
здравоохранения Красноярского края



Д.В. Попов

Протокол ультразвукового исследования в рамках пренатальной диагностики
нарушений развития ребенка во II-III триместрах беременности
(18-21 недель, 28-32 недель беременности)

Учреждение здравоохранения, адрес, телефон, факс: _____

УЗ сканер:

Дата исследования:

Ф.И.О:

возраст:

Первый день последней менструации:

срок беременности

Предполагаемый срок родов по дате последней менструации

В матке определяется: *1 (2) живой плод в продольном положении, головном / тазовом предлежании* (указать количество плодов, их положение, предлежание, наличие/отсутствие сердечной деятельности) ЧСС плода уд/мин _____

ФЕТОМЕТРИЯ:

Бипариетальный размер головы: мм Окружность головы: мм

Лобно-затылочный размер: мм Цефалический индекс %

Межполушарный размер мозжечка (МРМ) мм Окружность живота: мм

Длина бедренной кости: левой мм, правой мм

Длина костей голени: левой мм правой мм

Длина плечевой кости: левой мм правой мм

Длина костей предплечья: левого мм правого мм

Размеры плода: пропорциональны/непропорциональны и соответствуют/не соответствуют сроку беременности

Предполагаемая масса плода

АНАТОМИЯ ПЛОДА:

Боковые желудочки мозга (ширина тел боковых желудочков): мм

Позвоночник:

Сосудистые сплетения боковых желудочков мозга

Легкие:

Большая цистерна:

Кишечник:

Мозжечок:

Желудок:

Полость прозрачной перегородки:

Лицевые структуры: профиль

Длина носовых костей (НК) мм

Печень:

Носогубный треугольник:

Желчный пузырь:

Глазницы

Почки:

Хрусталики

Мочевой пузырь:

Верхние конечности

Нижние конечности

4-камерный срез сердца:

Место прикрепления пуповины к

Срез через 3 сосуда и трахею:

передней брюшной стенке

ПЛАЦЕНТА, ПУПОВИНА, ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ:

Плацента расположена: по передней, задней стенке матки, больше справа, слева, в дне Нижний край плаценты на..... мм выше внутреннего зева, в области внутреннего зева Толщина плаценты: мм

Структура плаценты: Степень зрелости:

Место прикрепления пуповины к плаценте

Количество околоплодных вод:

нормальное,

маловодие (указать индекс амниотической жидкости).....мм;

многоводие (указать индекс амниотической жидкости).....мм.

Пуповина имеет сосуда.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ: *данных не обнаружено.*

Обнаружены: описать пороки развития плода

Стенки матки:

не изменены;

изменены (описать видимые изменения):

при наличии рубца на матке описать толщину, равномерность и структуру миометрия в области рубца _____

наличие/отсутствие васкуляризации рубца на матке

область придатков:

не изменена;

изменена (описать видимые изменения):

Эндовагинальная цервикометрия:

Особенности строения шейки (обнаружены/не обнаружены): при наличии описать изменения _____

длина сомкнутой части шейки матки мм,

внутренний зев(сомкнут, расширен домм)-описать видимые изменения

Допплерометрия:

Индекс резистентности (ИР) в артерии пуповины - (указать);

Индекс резистентности (ИР) в маточных артериях:

справа — (указать);

слева — (указать)

дополнительные измерения:

Визуализация: удовлетворительная, затруднена, крайне затруднена

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Беременность недель.

Рекомендации

ФИО врача, подпись