

Руководство по ведению беременности от 41+0 до 42+0 недели (краткая версия)

Основой для создания данной версии служит: «Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks» SOGC Clinical practice guideline, No. 214, September 2008.

Список разработчиков руководства: Данное руководство подготовлено Комитетом по клинической практике акушерства и рассмотрено Комитетом по материнской и фетальной медицине, рассмотрен и одобрен Руководителем и Советом Общества Акушеров и Гинекологов Канады. Группа разработчиков: Martina Delaney, MD, St. John's NL Anne Roggensack, MD, Toronto, Dean C. Leduc, MD, Ottawa ON Charlotte Ballermann, MD, Edmonton AB Anne Biringer, MD, Toronto ON Martina Delaney, MD, St. John's NL Loraine Dontigny, MD, Lasalle QC Thomas P. Gleason, MD, Edmonton AB Lily Shek-Yn Lee, RN, Vancouver BC Marie-Jocelyne Martel, MD, Saskatoon SK Valerin Morin, MD, Cap-Rouge QC Joshua Nathan Polsky, MD, Windsor ON Carol Rowntree, MD, Sundre AB Debra-Jo Shepherd, MD, Regina SK Kathi Wilson, RM, Ilderton ON.

Цель клинического руководства:	предоставить руководство на доказательной основе по ведению беременности от 41+0 до 42+0 недели с целью уменьшения перинатальной смертности вследствие кесарева сечения на 41+0 до 42+0 неделях беременности
---------------------------------------	--

Список Рабочей группы по адаптации Клинического руководства:	<p>Ембергенова М.Х. – начальник управления охраны здоровья матери и ребенка МЗ РК;</p> <p>Искаков С.С. – к.м.н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2, Медицинский университет Астана;</p> <p>Ан З.Н. - Руководитель Национального координационного центра по обеспечению безопасности беременных, врач акушер-гинеколог;</p> <p>Темкин С.М. - заведующий отделением ГККП «Перинатальный центр» г. Астана, врач акушер-гинеколог;</p> <p>Рапильбекова Г.К. - д.м.н., заведующий отделением АО «ННЦМД»;</p> <p>Майшина М.Ш. – врач акушер-гинеколог АО «ННЦМД»;</p> <p>Раскалиева А.Х. - МВА, методолог по стандартизации, РГП на ПХВ «РЦРЗ»;</p> <p>Аканов А.Б. - к.м.н., методолог по стандартизации, РГП на ПХВ «РЦРЗ»;</p> <p>Раскалиева А.Х. - МВА, методолог по стандартизации, РГП на ПХВ «РЦРЗ».</p>
---	--

Рецензенты клинического руководства:	<p>Кудайбергенов Т.К. - д.м.н., главный внештатный акушер-гинеколог МЗ РК;</p> <p>Укыбасова Т.М. – д.м.н., профессор, руководитель отдела акушерства и гинекологии АО «ННЦМД».</p>
---	--

Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертного Совета МЗ РК (протокол № 25 от «31» октября 2011г.).

Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по ведению беременности от 41+0 до 42+0, но не реже чем 1 раз в 4 года.

Пользователи руководства:	врачи акушеры-гинекологи, руководители-менеджеры, средний медицинский персонал.
Категория	беременные женщины

пациентов:	
Ключевые слова:	роды, индукция, переношенная беременность, запоздалая беременность
Уровень доказательности	Описание
I	Доказательства получены, по крайней мере, с одного соответствующего рандомизированного контролируемого исследования.
II-1	Доказательства получены из контролируемых испытаний без рандомизации, которые были хорошо спроектированы.
II-2	Доказательства из хорошо продуманных когортных исследований (потенциальных или ретроспективных) или исследований случай-контроль, полученных из одного и более центров или исследовательской группы.
II-3	Доказательства, полученные из сравнения между временем или местом, с вмешательством или без вмешательства. Впечатляющие результаты в неконтролируемых экспериментах (например, результаты лечения пенициллином в 40-х годах) может быть также включены в эту категорию.
III	Мнения авторитетных лиц, основанные на клиническом опыте, описательные исследования или доклады экспертных комитетов.
Степень рекомендаций	Описание
A	Имеются хорошие доказательства, чтобы рекомендовать клиническое превентивное действие
B	Имеются обоснованные доказательства, чтобы рекомендовать клиническое превентивное действие
C	Имеющиеся доказательства противоречивы, и не позволяют сделать рекомендации за или против использования клинического превентивного действия, однако другие факторы могут влиять на принятие решений
D	Имеются обоснованные доказательства, чтобы рекомендовать - не использовать клинические превентивные действия
E	Имеются хорошие доказательства, чтобы рекомендовать - не использовать клинические превентивные действия
L	Имеется недостаточно доказательств (в количестве или качестве), чтобы сделать рекомендации, однако, другие факторы могут влиять на принятие решений
Рекомендации	
Установление точного срока беременности	
1.УЗИ первого триместра всем беременным следует проводить в сроке 10-14 недель, поскольку это - более точная оценка гестационного срока, чем ПМЦ с меньшим количеством пролонгированных беременностей, сроком более 41+0 недель	I-A
2.Если разница срока гестации между ПМЦ и УЗИ первого триместра составляет более 5 дней, то предполагаемая дата родов должна быть вычислена согласно УЗИ первого триместра	I-A
3.Если разница срока гестации между ПМЦ и УЗИ второго триместра составляет более 10 дней, предполагаемая дата родов должна быть вычислена согласно УЗИ второго триместра	I-A

4.Если проводилось УЗИ первого и второго триместра, гестационный срок должен определяться по самому раннему УЗИ	I-A
Отделение плодных оболочек	
5.С 38 до 41 недели беременным должны предложить вариант отделения плодных оболочек, после обсуждения рисков и преимуществ	I-A
Индукция родов в сравнении с выжидательной тактикой на 41 неделе беременности	
6. Женщинам необходимо предлагать индукцию родов в сроке 41+0 - 42+0 недели, поскольку существующие доказательства в настоящее время показывают снижение перинатальной смертности без повышенного риска кесарева сечения	I-A
Наблюдение за плодом в сроке 41- 42 недели беременности	
7. Антенатальное исследование, применяемое при мониторинге беременности на 41- до 42-недель должно включать, по крайней мере, нестрессовый тест и оценку объёма околоплодной жидкости.	I-A
8. Каждое акушерское отделение должно иметь руководства исходя из оснащённости и кадровой обеспеченности для осуществления планирования индукции родов	I-A
Предостережения <i>отсутствуют</i>	
Индикаторы мониторинга/ аудита	Ссылки на определенные рекомендации
1. Формула: (кол-во беременных, прошедших УЗИ-обследование в сроке 10-14 недель) / (общее кол-во беременных прошедших УЗИ) X 100% Источник данных: индивидуальная карта беременных и родильниц Частота определения: раз в год Показатель должен стремиться к 100 %	Рекомендация 1
2. Формула: (кол-во женщин в сроке 41+0 до 42+0 недели, которым проведена индукция родов) / (кол-во женщин со сроком беременности 41+0 до 42+0) X 100% Источник данных: История родов Частота определения: раз в год Показатель должен стремиться к 100 %	Рекомендация 6
3. Формула: (кол-во женщин на 41 неделе беременности и выше, прошедшие нестрессовый тест) / (общее кол-во наблюдаемых женщин на 41 неделе беременности и выше) X 100% Источник данных: История родов Частота определения: раз в год Показатель должен стремиться к 100%	Рекомендация 8
Методология	
Производился поиск статей на английском языке, опубликованных в промежутке с 1966 года по март 2007 года в базах данных Medline, библиотеки Кохран, Американского колледжа акушерства и гинекологии и Королевского колледжа акушерства и гинекологии, с использованием следующих ключевых слов: переносная беременность, запоздалая беременность. Проведена оценка качества доказательств и сделаны рекомендации в соответствии с правилами, разработанными канадской рабочей группой по профилактике здоровья.	

В Республике Казахстан данная тема руководства была приоритизирована и утверждена на заседании Экспертного Совета МЗ РК.

При помощи консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано данное клиническое руководство для адаптации рабочей группой в Казахстане. Данное руководство было адаптировано на базовых тренинг-курсах по разработке и внедрению клинических руководств, организованных ЦСиОМТ РЦРЗ МЗ РК и CSIH (Канада). В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.

Ссылки

www.rcrz.kz

<http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui214CPG0809.pdf>