

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»
ГО «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»

ПЕРЕДЧАСНИЙ РОЗРИВ ПЛІДНИХ ОБОЛОНОК
КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ

2023

Зміст	
Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови	3
Скорочення	5
ПЕРЕДМОВА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РОБОЧОЇ ГРУПИ.	6
Актуальність для України.	6
Методологія створення клінічної настанови.	6
Анотація	8
Цільова група користувачів клінічної настанови	9
Стислий виклад рекомендацій	9
Вступ	122
Клінічне значення та сучасні підходи до визначення поняття «передчасного розриву плідних оболонок»	12
1. КЛІНІЧНА ОЦІНКА ТА ДІАГНОСТИКА/ОЦІНКА	144
1.1. Первинна оцінка:	144
1.2. Підтвердження діагнозу та обстеження	155
2. ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ТА КОНСУЛЬТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ	19
2.1. Прогноз для теперішньої вагітності.....	19
2.2. Очікувальна тактика в разі ДРПО до пологів.....	222
2.3. Активне ведення для мінімізації інфікування новонароджених	222
2.4. Госпіталізація проти догляду вдома	233
2.5. Вплив передлежання плода на неонатальний прогноз.....	25
2.6. Майбутня вагітність	25
3. ВЕДЕННЯ ВАГІТНОЇ З ДОПОЛОГОВИМ РОЗРИВОМ ПЛІДНИХ ОБОЛОНОК (ДРПО) ТА ЛІКУВАННЯ	27
3.1. На 37 тижні вагітності або пізніше	27
3.2. Між 34-36 6/7 тижнями вагітності	311
3.3. Допологовий розрив плідних оболонок (ДРПО) до 34 тижнів вагітності.....	333
3.4. Ранній допологовий розрив плідних оболонок (ПРПО)	38
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.	43

Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови

Жабченко Ірина Анатоліївна	завідувач відділення патології вагітності та пологів Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені акад. О.М.Лук'янової Національної академії медичних наук України», заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою);
Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;
Артьоменко Володимир Вікторович	професор кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету;
Дубоссарська Юліанна Олександрівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету;
Корнієць Нелля Григорівна	завідувач кафедри акушерства та гінекології державного закладу «Луганський державний медичний університет»;
Ліхачов Володимир Костянтинович	завідувач кафедри акушерства та гінекології №2 Полтавського державного медичного університету;
Олешко Віктор Федорович	асистент кафедри акушерства та гінекології №3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Хаджинова Наталія Афанасіївна	начальник відділу реалізації політик у сфері медичного забезпечення Директорату медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України.

Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України є
членом

Guidelines International Network

(Міжнародна мережа настанов)



Рецензенти

Булавенко Ольга Василівна доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького Національного медичного університету ім. М.І. Пирогова;

Бенюк Василь Олексійович доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 3 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

Перегляд клінічної настанови заплановано на 2028 рік

Скорочення

AP	амніотична рідина
AT	артеріальний тиск
BAI	внутрішньоамніальна інфекція
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПГ	вірус простого герпесу
ВР	відносний ризик
ВУІ	внутрішньоутробна інфекція
ВШ	відношення шансів
ДІ	довірчий інтервал
ДРПО	допологовий розрив плідних оболонок
ІАР	індекс амніотичної рідини
КН	клінічна настанова
МВК	максимальна вертикальна кишеня
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ПДРПО	передчасний допологовий розрив плідних оболонок
ПП	передчасні пологи
РДРПО	ранній допологовий розрив плідних оболонок (попередній ПРПО)
РДС	респіраторний дистрес синдром
РКД	рандомізоване контрольоване дослідження
СГВ	стрептококи групи В
ТВУЗД	трансвагінальне ультразвукове дослідження
ТДРПО	терміновий допологовий розрив плідних оболонок
УЗД	ультразвукове дослідження
IGFBP-1	інсуліноподібний фактор росту, що зв'язує білок-1
NICE	Національний інститут здоров'я і досконалості допомоги
РАМГ-1	плацентарний альфа- мікроглобулін-1

ПЕРЕДМОВА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РОБОЧОЇ ГРУПИ

Актуальність для України

Статистичні дані щодо ускладнень пологів передчасним розривом плідних оболонок в Україні відсутні. Можна вважати, що частота ПРПО в Україні у вагітних відповідає такій у світі і ускладнює від 2 до 20% усіх пологів [1], сягаючи при доношеній вагітності приблизно 8% випадків[2] і від 10 до 30% усіх передчасних пологів [3].

За статистикою 90-92% передчасних пологів до 26 тижнів вагітності пов'язані з ПРПО, що асоціюється з високою перинатальною смертністю, яка коливається від 18 до 20% [3], коротко- та довгостроковими тяжкими неонатальними захворюваннями такими, як перивентрикулярна лейкомаляція, бронхолегенева дисплазія, некротичний ентероколіт, ретинопатія недоношених та несприятливі наслідки розвитку нервової системи[4].

Методологія створення клінічної настанови

Дана клінічна настанова (КН) є адаптованою для системи охорони здоров'я України версією настанови **Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline No. 01-O-19, 2020** (Практичні рекомендації для акушерства та гінекології Близького Сходу: Допологовий розрив плідних оболонок: Практична інструкція № 01-O-19), 2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7125938/><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7125938/pdf/jogh-10-010325.pdf>), що була обрана робочою групою, як приклад найкращої практики щодо надання медичної допомоги у нашій країні.

Адаптація КН передбачає внесення до незмінного тексту оригінальної настанови «Коментарів робочої групи», у яких відображено можливість виконання тих чи інших положень КН в реальних умовах вітчизняної системи охорони здоров'я, доступність діагностичних і медичних втручань, наявність реєстрації в Україні лікарських засобів та медичних виробів, що зазначені в КН, та відповідність нормативній базі щодо організації надання медичної допомоги.

Для синтезу КН застосовані наступні настанови:

- **National Institute for Health and Care Excellence, NICE guideline [NG25]). Preterm labour and birth, 2022.** Клінічне керівництво Національного інституту здоров'я і досконалості допомоги «Передчасні пологи і пологи», 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25/evidence/full-guideline-november-2015-pdf-2176838029>
- **Term prelabor rupture of membranes: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF), 2020.** Передчасний розрив плідних оболонок: рекомендації для клінічної практики

Французького коледжу гінекологів і акушерів, 2020.<https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1810230>.

- Guideline №. 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC); PreLabour Rupture of the Membranes (Preterm and Term), 2022. Рекомендація № 430: Діагностика та лікування передчасного допологового розриву плідних оболонок. Асоціація акушерів і гінекологів Канади, 2022. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216322006041>
- PreLabour Rupture of the Membranes (Preterm and Term), 2022. Допологовий розрив плідних оболонок (передчасний і терміновий), 2022. <http://www.library.leicestershospitals.nhs.uk/PAGL/Shared%20Documents/Pre%20Labour%20Rupture%20of%20the%20Membranes%20UHL%20Obstetric%20Guideline.pdf>.

Запропонована КН є рекомендаційним документом з найкращої медичної практики і не повинна розцінюватися як стандарт медичного лікування. Дотримання положень КН не гарантує успішного лікування у конкретному випадку, її не можна розглядати як посібник, що включає усі необхідні методи діагностики та лікування або виключає інші. Остаточне рішення стосовно вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнтки, можливостей для проведення діагностики та лікування у конкретному закладі охорони здоров'я.

КН «Передчасний розрив плідних оболонок» має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях, є інформаційною підтримкою для підвищення якості клінічної практики на основі доказів ефективності застосування певних медичних технологій, ліків та організаційних ресурсів медичної допомоги. Це рекомендаційний документ з найкращої медичної практики, призначений, в першу чергу, для практикуючих лікарів, які надають спеціалізовану медичну допомогу.

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020.

Анотація

Ціль. Метою даної КН є надання клініцистам інформації, розуміння факторів ризику і наслідків для матері та новонародженого передчасного розриву плідних оболонок, а також найкращі доступні докази щодо методів лікування і вибору тактики ведення вагітності в різні її терміни у жінок з цією патологією.

Опції. Питання клінічної практики, що розглядалися при формулюванні цих рекомендацій: визначення поняття «передчасний розрив плідних оболонок» в залежності від терміну вагітності, діагностична оцінка, тактика ведення вагітності (активна, очікувальна), медикаментозне лікування, терміни розродження, психологічна підтримка.

Результати. Впровадження цієї клінічної настанови має оптимізувати процес прийняття рішень жінками та медичними працівниками при подальшому обстеженні та лікуванні вагітних з передчасним розривом плідних оболонок, розглядаючи процес ускладнення вагітності та доступні варіанти лікування, а також зважуючи ризики та очікувані переваги для матері та новонародженого.

Докази. Проведений огляд літератури, отриманої за допомогою пошуку у PubMed, CINAHL та Cochrane Systematic Reviews у лютому 2023 року, охоплював період 2010-2022 роки і обмежувався переважно статтями, опублікованими англійською мовою. Пріоритет надавався статтям, які повідомляли про результати оригінальних досліджень. Водночас оглядові статі та коментарі також використовувались. Ключові слова пошуку: anhydrous interval, b-hemolytic streptococcus B-group, antibiotic prophylaxis, permissible duration of anhydrous interval, checklist for premature rupture of membranes, expectant management, active management, preinduction and induction of labor (безводний проміжок, β-гемолітичний стрептокок групи В, антибіотикопрофілактика, припустима тривалість безводного періоду, чек-лист для передчасного розриву плідних оболонок, очікувальна тактика, активне ведення, преіндукція та індукція пологової діяльності). Отримані статті вивчали, сортували, оцінювали експерти. Подальші посилання були використані з обраних статей.

При створенні рекомендацій також брали до уваги настанови і керівництва, опубліковані такими організаціями чи установами, як Американський коледж акушерів і гінекологів (ACOG), Національний інститут здоров'я та досконалості допомоги (NICE), Асоціація акушерів і гінекологів Канади (SOGC), Французький коледж гінекологів і акушерів.

Значення: Рівень доказовості визначається згідно з Оксфордським центром доказової медицини – Рівні доказів, які стратифікують дослідження залежно від їх дизайну на рівень 1 (A–C), рівень 2 (A–C), рівень 3 (A та B),

рівень 4 і рівень 5 (Додаток 1 у Он-лайн додатковий документ)*. Для представлення цієї теми буде використано підхід KAST: Знання, оцінка, рішення про обмін та лікування (Таблиця 1).

Таблиця 1.
Термін «допологовий розрив плідних оболонок» є більш універсальним, ніж «передчасний розрив плідних оболонок»
Термін «Передчасний допологовий розрив плідних оболонок» відповідає допологовому розриву плідних оболонок до 37 тижнів вагітності
Гестаційний вік, до якого встановлено діагноз «Попередній допологовий розрив плідних оболонок», є суперечливим. Вік життєздатності визначається неонатальними наслідками для кожного закладу окремо

*Ключі до класифікації рекомендацій, оцінки, розробки та оцінки якості доказів відповідно до рамок, визначених Французьким управлінням охорони здоров'я, Асоціацією акушерів і гінекологів Канади, Національного інституту здоров'я і досконалості допомоги відповідно в додатках 1, 2, 3.

Цільова група користувачів клінічної настанови

- Медичні працівники, які забезпечують медичний супровід вагітних з допологовим передчасним розривом плідних оболонок.
- Уповноважені особи та надавачі послуг з охорони материнства і дитинства

Стислий виклад рекомендацій

Таблиця 2.
<i>Терміновий допологовий розрив плідних оболонок (ТДРПО):</i> розрив плідних оболонок на 37 тижні вагітності або пізніше до моменту початку пологової діяльності
<i>Передчасний допологовий розрив плідних оболонок (ПДРПО):</i> розрив плідних оболонок до 37 тижнів вагітності та до початку пологової діяльності
<i>Ранній допологовий розрив плідних оболонок (РДРПО) (попередній ПРПО):</i> за визначенням АСОГ, розрив оболонок, який відбувся до моменту настання гестаційного віку життєздатності
Факторами ризику передчасного розриву плідних оболонок є розрив плідних оболонок до пологів в анамнезі, безплідність, скорочення матки, що потребують лікування, і вагінальна кровотеча в першому триместрі
Збір анамнезу є важливою частиною діагностики ДРПО. Однак для підтвердження діагнозу необхідно фізикальне обстеження
Початкова оцінка повинна включати: оцінку життєво важливих показників матері, моніторинг частоти серцевих скорочень плода, зовнішнє акушерське дослідження та огляд за допомогою дзеркал
Якщо не вимагається негайне обстеження, воно може бути відкладено на невеликий термін, ураховуючи скупчення рідини в піхві
Для встановлення діагнозу достатньо вагінального «скупчення»

амніотичної рідини (АР) та позитивного результату мікроскопічного дослідження на наявність симптому «папороті»
Тест «Нітразин», набори для визначення АР, інстиляція барвника індигокарміну менш рекомендовані для оцінки ПДРПО
Зовнішнє акушерське обстеження не слід використовувати окремо для визначення передлежання плода
Для діагностики олігогідрамніону рекомендується оцінка максимальної вертикальної кишені замість ІАР
Оцінка довжини шийки матки не показана жінкам із ПДРПО
Ретельне консультування є важливим після постановки діагнозу ДРПО. Консультування має охоплювати ризики та обґрунтовувати план подальшого ведення вагітності
Госпіталізація залишається стандартом лікування жінок із ПДРПО та ДРПО. Домашній догляд не слід пропонувати як альтернативу через обмежені докази
Медичний персонал, що спостерігає вагітну, повинен знати про ризики, критерії вибору догляду вдома та загрожуючі сигнали, які слід повідомити жінкам, що відмовляються від госпіталізації
Хоча неголовне передлежання може збільшити ризик несприятливих неонатальних наслідків, докази щодо цього обмежені
Після пологів пацієнтку необхідно проконсультувати щодо спостереження за наступною вагітністю. Наполегливо рекомендується ведення точної документації та навчання пацієнтів, щоб уникнути неоптимального догляду через проблеми з передачею медичних записів
<i>Надання медичної допомоги в залежності від терміну допологового передчасного розриву плідних оболонок</i>
На 37 тижні вагітності або пізніше:
<ul style="list-style-type: none"> • Слід надавати перевагу скорішому розродженню
<ul style="list-style-type: none"> • Антибіотики можуть бути призначені для лікування СГВ, якщо є позитивний результат або клінічна підозра на ВУІ. Піхвового дослідження необхідно уникати. Призначення профілактичних антибіотиків є суперечливим; можна розглядати, якщо латентний період перевищує 12 годин
<ul style="list-style-type: none"> • Індукція пологів за допомогою внутрішньовенного введення окситоцину є кращою за інші варіанти
<ul style="list-style-type: none"> • Якщо показаний кесарів розтин, рекомендується промивання піхви повідон-йодом 1% для зниження ризику ендометриту та ранових ускладнень.
34 0/7 до 36 6/7 тижнів вагітності:
<ul style="list-style-type: none"> • Гестаційний вік при пологах слід визначати за місцевими неонатальними даними. Очікувальна тактика може бути запланована до 37 тижнів вагітності, якщо очікуються істотно несприятливі неонатальні результати з передчасними пологами
<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендується антенатальний прийом стероїдів, якщо вони не

призначалися на ранніх термінах вагітності
<ul style="list-style-type: none"> • Антибіотики можна призначати для лікування СГВ, якщо він позитивний або невідомий. Латентні антибіотики також доцільні, якщо застосовується очікувальна тактика
Термін вагітності менше 34 тижнів:
<ul style="list-style-type: none"> • Госпіталізація є стандартом лікування. Домашній догляд не слід пропонувати як альтернативу
<ul style="list-style-type: none"> • Необхідно взяти мазок СГВ для посіву
<ul style="list-style-type: none"> • Під час перебування в лікарні слід розглянути можливість моніторингу частоти серцевих скорочень плода, скорочень матки, клінічних ознак ВУІ та відшарування плаценти
<ul style="list-style-type: none"> • Для підвищення зрілості легенів слід провести один курс кортикостероїдів
<ul style="list-style-type: none"> • Сульфат магнію вводять для зниження ризику церебрального паралічу, якщо пологи очікуються до 32 тижнів вагітності
<ul style="list-style-type: none"> • Антибіотики можна призначати для профілактики СГВ, якщо пологи очікуються, а статус СГВ позитивний або невідомий
<ul style="list-style-type: none"> • Щоб продовжити вагітність і знизити ризик неонатальної захворюваності, слід застосовувати антибіотики в латентному періоді
<ul style="list-style-type: none"> • Очікувальна тактика доцільна до 34 тижнів вагітності. Подальше очікувальне лікування має бути обґрунтовано консенсусом між акушерською та неонатологічною групою на основі їхніх локальних даних
<ul style="list-style-type: none"> • Ургентне розродження показано за наявності незадовільного стану плода, клінічних ознак інфекції або значного відшарування плаценти
РДРПО (ПРПО)
<ul style="list-style-type: none"> • Очікувальна тактика не є стандартом лікування. Госпіталізація не є необхідною з медичної точки зору
<ul style="list-style-type: none"> • Необхідно провести обговорення з пацієнткою, щоб прийняти спільне рішення на основі реалістичних очікувань
<ul style="list-style-type: none"> • Якщо вимагається очікувальне лікування, можна розглянути можливість призначення антибіотиків у латентній фазі
<ul style="list-style-type: none"> • Введення сульфату магнію або антенатальних стероїдів не показано
<ul style="list-style-type: none"> • Госпіталізація розглядається, якщо вагітність досягає терміну життєздатності

Вступ

Клінічне значення та сучасні підходи до визначення поняття «передчасного розриву плідних оболонок»

Допологовий розрив плідних оболонок (ДРПО) належить до розриву оболонок до початку пологів. ДРПО є поширеним акушерським ускладненням, яке може бути пов'язане зі значними наслідками у вагітної, плода та новонародженого.

Guideline № 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2022.

Причина розриву плідних оболонок невідома, але нещодавно нові теорії визнали, що допологовий їх розрив може бути результатом складних і багатогранних змін, що сприяють ослабленню морфології оболонок через зміну мережі колагену та/або активацію матриксних металопротеїназ, викликаних бактеріальними продуктами або прозапальними цитокінами.

ДРПО ускладнює приблизно 3% вагітностей і викликає приблизно одну третину всіх спонтанних передчасних пологів (високий).

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

Діагностика та тактика ведення ДРПО детально висвітлені в літературних джерелах. Тим не менш багато питань залишаються дискусійними. Надання допомоги в установах з низькими ресурсним забезпеченням виявляє низку проблем, включаючи недостатність забезпечення, навичок та обізнаності.

Хоча класичний термін «передчасний розрив плідних оболонок» нещодавно змінено на «допологовий розрив плідних оболонок», абревіатура (ДРПО), а також визначення стану не були зміненими та залишаються широковживаними в усьому світі. Новий термін «допологовий розрив плідних оболонок» був прийнятий Американським коледжем акушерів і гінекологів (ACOG) у 2018 році, а ще раніше – Національним інститутом здоров'я і досконалості допомоги (NICE) [1, 2]. Ми вважаємо, що новий термін є більш точним і має використовуватися замість старого. В старому визначенні термін «передчасний» може бути неправильно витлумачено як «недоношеність плода», а використання обох термінів, як «передчасний», так і «недоношений» для визначення стану вводить в оману. Тому ми наполегливо рекомендуємо використовувати новий термін замість старого. Допологовий розрив плідних оболонок класифікується відповідно до терміну вагітності, на якому він стався; терміновий, передчасний та ранній:

- **Терміновий допологовий розрив плідних оболонок (ТДРПО):** розрив плідних оболонок на 37тижні вагітності або пізніше до моменту початку пологової діяльності. Це визначення узгоджується з практичними бюлетенями ACOG та рекомендаціями Королівського

коледжу акушерів і гінекологів Австралії та Нової Зеландії (RANZCOG) [1, 3].

- **Передчасний допологовий розрив плідних оболонок (ПДРПО):** розрив плідних оболонок до 37 тижнів вагітності та до початку пологової діяльності. Не належить до розриву оболонок під час передчасних пологів. Визначення аналогічно визначенню ACOG, NICE, RANZCOG та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [1-4].
- **Ранній допологовий розрив плідних оболонок (РДРПО) (попередній ПРПО):** за визначенням ACOG, розрив плідних оболонок, який відбувся до моменту настання гестаційного віку життєздатності [1]. Цю категорію слід відокремити від ПДРПО, оскільки тактика ведення має суттєві відмінності. Незважаючи на те, що визначення попереднього ПРПО є універсально прийнятним, визначення життєздатності змінюється з часом, і воно значно відрізняється між країнами з низькими та високими ресурсами.

Відповідно до енциклопедичного словника Websters Unabridged Dictionary, слово «життєздатність» належить до стадії внутрішньоутробного розвитку, на якій плід здатний жити поза маткою [5]. Клінічно вік життєздатності визначається як термін вагітності, при якому плід має 50% шансів вижити після пологів [6]. Біомедична зрілість і технологічний прогрес є визначальними факторами життєздатності плода [7]. Тому гестаційний вік життєздатності на Близькому Сході, в Африці та інших країнах з низьким рівнем ресурсного забезпечення, як правило, вищий, ніж у розвинених країнах [5]. У Сполучених Штатах межа життєздатності становить 24 тижні вагітності через можливості передової неонатальної допомоги. Крім того, деякі інститути встановлюють термін вагітності 23 тижні на основі своїх внутрішніх даних [8]. У Португалії межа життєздатності коливається між 25 і 26 тижнями вагітності [9]. В Індії неонатальна смертність становить 55% при пологах на 26-27 тижнях вагітності [10]. Африканські країни, такі, як Нігерія, зазвичай встановлюють обмеження життєздатності до 28 тижнів вагітності [11]. Хоча даних недостатньо, 28 тижнів гестації є найбільш прийнятною межею серед акушерів на Близькому Сході.

***Коментар робочої групи:** В Україні терміном «життєздатності» плода є повних 22 тижні вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу), за якого новонароджений має масу 500 грам і більше [5].*

Термін «допологовий розрив плідних оболонок» є більш універсальним, ніж «передчасний розрив плідних оболонок».

1. Термін «Передчасний допологовий розрив плідних оболонок» відповідає допологовому розриву плідних оболонок до 37 тижнів вагітності.
2. Гестаційний вік, до якого встановлено діагноз «Попередній допологовий розрив плідних оболонок», є суперечливим. Вік

життєздатності визначається неонатальними наслідками для кожного закладу окремо.

3. Міжнародно визнані акушерські комітети діагностують та ведуть ДРПО відносно послідовно, практика в умовах обмеженого ресурсного забезпечення зазвичай ускладнюється декількома проблемами:
 - термін вагітності при життєздатності є визначальним фактором менеджменту і значно відрізняється від меж життєздатності в розвинутих країнах: завдяки вдосконаленню неонатального догляду, результати для новонароджених є більш сприятливими, якщо вони надаються в країнах із високим рівнем ресурсного забезпечення, порівняно з обмеженими;
 - низький рівень ресурсного забезпечення не здатний забезпечити цілу низку тестів через їх вартість;
 - з наявністю і близькістю третинної медичної допомоги у країнах з низьким рівнем ресурсного забезпечення - у багатьох областях третинна медична допомога матерям або інтенсивна терапія новонароджених можуть бути розташовані на відстані понад 150 миль від житлових районів.

Term prelabor rupture of membranes: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF), 2020.

Передчасний розрив плідних оболонок при доношеній вагітності вважається фізіологічним процесом, поки не минуло 12 годин після їх розриву. 12-годинний інтервал без початку спонтанних пологів був обраний, щоб відрізнити фізіологічний стан від потенційно небезпечної ситуації, яка виправдовує антибіотикопрофілактику.

Коментар робочої групи: Фактори ризику ПДРПО загалом подібні до факторів спонтанних передчасних пологів із непошкодженими плідними оболонками, хоча мікробна інвазія амніотичної порожнини визначається, як правило, на субклінічній стадії інфекції, приблизно в половині всіх випадків ПДРПО [6, 7].

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

1. КЛІНІЧНА ОЦІНКА ТА ДІАГНОСТИКА/ОЦІНКА

1.1. Первинна оцінка:

- 1.1.1. Клінічна оцінка спрямована на підтвердження діагнозу та мінімізацію занесення інфекції.
- 1.1.2. Збір анамнезу має включати: час початку витікання рідини, опис кількості та кольору рідини, початок маткових скорочень (за наявності) відносно витоку рідини, наявність болю в животі або вагінальної кровотечі.

- 1.1.3. Огляд необхідно починати з оцінки життєво важливих показників: температура тіла (ризик внутрішньоутробної інфекції (ВІІ)).
- 1.1.4. Зовнішнє акушерське дослідження проводиться для визначення маткових скорочень, болісності живота, яка може свідчити про хоріоамніоніт або відшарування плаценти, та оцінки передлежання плода.
- 1.1.5. Огляд за допомогою дзеркал застосовується для візуалізації шийки матки (можна провести одразу після госпіталізації, якщо є суб'єктивні чи об'єктивні ознаки триваючого витоку АР, або якщо є будь-яка клінічна ситуація, що вимагає негайної оцінки; в іншому випадку пацієнту можна дати 30-хвилинний період у напівположенні Фаулера, щоб дозволити АР витікати в піхву). Діагностичні ознаки ДРПО під час огляду за допомогою дзеркал - пряме витікання АР з шийки матки та «скупчення» рідини в задньому склепінні. За неможливості оцінити наявність витоку АР - виконати пробу Вальсальви. Розміщення стерильного тампона від 30 хвилин до 1 години також може допомогти визначити колір і запах рідини, що витікає (диференціювання АР від сечі [4]). Огляд за допомогою дзеркал також може виявити випадіння пуповини, розкриття шийки матки або вагінальну кровотечу. При підозрі на інфекцію слід взяти вагінальний мазок для посіву.
- 1.1.6. Пальцьове обстеження не є кращим за огляд за допомогою дзеркал, тому його слід уникати, щоб зменшити ризик інфікування [14]. Воно може бути виправданим, якщо у пацієнтки наявні регулярні перейми. Однак, якщо планується індукція пологів і перейми відсутні, початок індукції пологів після піхвового дослідження може бути виправданим. Як правило, слід уникати піхвового обстеження, якщо це не може змінити клінічне рішення. Цей клінічний підхід підтримується АСОГ, NICE та RANZCOG і підходить для умов з низькими ресурсним забезпеченням [1-3].
- 1.1.7. Окрім використання стерильного дзеркала, слід звернути увагу на миття рук і використання рукавичок. З іншого боку, профілактика інфекції має поширюватися на лікарів, які повинні поводитися з будь-якими вагінальними виділеннями, включаючи кров, з обережністю [4]. Універсальні заходи для запобігання передачі інфекції рекомендовані та є стандартом лікування.

1.2. Підтвердження діагнозу та обстеження

- 1.2.1. У більшості випадків діагноз ставиться після збору анамнезу та фізикального огляду [6]. Візуалізація рідини в задньому склепінні піхви є основою діагностики.
- 1.2.2. Для підтвердження факту наявності АР при ДРПО є кілька тестів: симптом «папороті» (дослідження висохлої вагінальної рідини під мікроскопом), визначення рН вагінальної рідини (нітразинова проба) і застосування смужки для виявлення АР, якщо рідина не візуалізується.

Як мікроскопічне дослідження, так і вагінальний рН-тест вимагають певної міри накопичення рідини, щоб забезпечити належне тестування та інтерпретацію. Мікроскопічне дослідження виконується шляхом збору вагінальної рідини та нанесення її на чистому предметному склі мікроскопа, зразок залишають висохнути на повітрі, не накриваючи. Тривале ДРПО з відсутністю безпосереднього витoku AP може призвести до хибнонегативних результатів для обох з тестів. При мікроскопічному дослідженні ще однією причиною хибнонегативних результатів є значне забруднення кров'ю або виділеннями з піхви. Відбитки пальців на предметному склі можуть призвести до хибнопозитивних результатів. Загалом чутливість і специфічність мікроскопічного дослідження становлять 98% і 88,2% у роділлей, 51,3% і 70,5% у вагітних відповідно [15]. З іншого боку, основний вагінальний рН не є специфічним; наявність крові, сперми або бактеріального вагінозу може призвести до хибнопозитивних результатів [16]. Тому тест на нітразин не рекомендований NICE [2].

- 1.2.3. Для виявлення AP, можна використовувати визначення специфічних для AP білків у вагінальній рідині, зокрема тесту на зв'язування фактора росту протеїну-1 (AmnioQuick Duo+, Biosynthex, Страсбург, Франція) і плацентарний тест на альфа-мікроглобулін-1 (Amnisure®, Quiagen NV, Венло, Нідерланди). Нещодавнє багатоцентрове проспективне когортне дослідження за участю 99 жінок дійшло висновку, що обидва тести є співставними щодо діагностичної точності [16]. Ці тести мають високу прогностичну цінність для виключення ДРПО. Тим не менше, вони також дають високу кількість хибнопозитивних результатів серед жінок (31% і 19% відповідно) з доношеною і недоношеною вагітністю [17, 18]. Інший тест під назвою ROM Plus® (Clinical Innovations, Солт-Лейк-Сіті, Юта, США) призначений для виявлення плацентарного білка 12 і альфа-фетопротеїну як індикаторів AP. Порівняно з Amnisure, проспективне дослідження за участю 111 жінок показало співставність діагностичної точності [19]. Схоже, що ці тести відіграють обмежену підтверджуючу роль і не тільки дороговартісні, але й недоступні в багатьох умовах із низьким ресурсним забезпеченням. Таким чином, їх впровадження є прийнятним, але не обов'язковим з огляду на їх потенційну економічну неефективність. І ризик хибнопозитивних результатів буде особливо ризикованим у регіонах з меншим ресурсним забезпеченням, якщо пологи рекомендовані на ранніх термінах вагітності.

Guideline № 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2022.

Комерційні тести, зокрема PAMG-1, слід розглядати після звичайних тестів у сумнівних випадках або використовувати як первинні тести в

сільській місцевості та віддалених районах, якщо інші діагностичні варіанти недоступні або неможливі (сильний, помірний).

Коментар робочої групи: На момент розробки клінічної настанови в Україні зареєстровані експрес-тести для визначення IGFBP-1 у вагінальній рідині.

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

1.2.4. УЗД є важливою частиною клінічної оцінки, перш за все, передлежання плода. Водночас клінічна діагностика передлежання плода за допомогою прийомів Леопольда є прийнятною та розповсюдженою практикою в умовах низького ресурсного забезпечення. Перехресне дослідження за участю 1633 жінок з одноплідною вагітністю між 35 і 37 тижнями вагітності показало, що чутливість клінічного обстеження для діагностики неголовного передлежання не є ідеальною (70%) [20]. Оскільки передлежання плода суттєво впливає на процес прийняття рішення щодо тактики ведення пологів, скринінг передлежання плода необхідний незалежно від зовнішнього обстеження. Оцінка об'єму навколоплідних вод може бути корисним допоміжним тестом, якщо діагноз не визначений. Однак відсутність олігогідрамніону не слід використовувати для виключення діагнозу.

Guideline № 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2022.

Об'єм АР під час розриву може бути корисним для консультування пацієнтів і сімей із ПДРПО перед пологами, оскільки безводдя та олігогідрамніон частіше асоціюються з втратою вагітності та гіпоплазією легенів порівняно з нормальним об'ємом АР (низький).

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

З іншого боку, на Близькому Сході зазвичай використовується визначення індексу амніотичної рідини (ІАР), що може призвести до надмірної діагностики олігогідрамніону. У Кокранівському огляді, який включав 5 клінічних випробувань до мета-аналізу, дійшли висновку, що використання максимальної вертикальної кишені (МВК) є кращим, ніж визначення ІАР, оскільки суттєво збільшує частоту виявлення олігогідрамніону, не покращуючи перинатальні наслідки [21]. Нещодавнє клінічне дослідження (SAFE) підтвердило ті самі висновки серед жінок із низьким ризиком [22]. Оскільки об'єм АР не є діагностичним критерієм, немає відповідних даних про те, чи ІАР є

більш інформативним, ніж МВК. Таким чином, МВК слід використовувати для визначення олігогідрамніону.

Трансвагінальна оцінка довжини шийки матки є частиною констатування ПП через його прогностичну цінність, проте її інформативність в разі ДРПО є сумнівною.

Guideline № 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2022.

ПДРПО може ускладнити до 38% вагітностей у пацієток, які перенесли цервікальний серкляж (помірний).

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

Проспективне дослідження за участю 101 жінки з ДРПО показало прогностичну цінність трансвагінального вимірювання довжини шийки матки для передчасних пологів, але не в разі хоріоамніоніту [23]. Інше проспективне дослідження за участю 55 жінок з ПДРПО оцінювало використання транслабіальної техніки та не виявило інформативності довжини шийки матки ані щодо латентності, ані щодо ризику інфікування [24].

- 1.2.5. Якщо діагноз все ще є неясним і всі інші тести є сумнівними, зазвичай виконується трансабдомінальна інстиляція барвника індигокарміну під ультразвуковим контролем. На позитивний тест вказує синє фарбування вагінального тампона або прокладки [6]. Незважаючи на те, що процедура є діагностичною, проте є інвазивною, тому може виконуватися лише лікарем, який має досвід її проведення. Таким чином, проведення даної маніпуляції в умовах з низьким ресурсним забезпеченням може виявитись складним і її не слід впроваджувати.
- 1.2.6. Початкова оцінка стану плода є важливою частиною планування ведення вагітності. Електронний моніторинг серцевого ритму плода з моніторингом активності матки є обов'язковим під час пологів. Лабораторні дослідження не потрібні, якщо стан матері та плода є стабільним [1], а ознаки та симптоми ВУІ відсутні.

Guideline № 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2022.

Немає достатніх доказів як щодо методу тестування стану плода, так і щодо оптимальної частоти тестування для запобігання несприятливим наслідкам для матері та перинатального періоду (низький).

Підсумкові положення

- Збір анамнезу є важливою частиною діагностики ДРПО. Однак для

підтвердження діагнозу необхідним є фізикальне обстеження.
<ul style="list-style-type: none"> • Початкова оцінка повинна включати: оцінку життєво важливих показників матері, моніторинг частоти серцевих скорочень плода, зовнішнє акушерське обстеження та огляд за допомогою дзеркал.
<ul style="list-style-type: none"> • Якщо негайне обстеження не потрібне, його можна відкласти на невеликий термін, урахувавши скупчення рідини в піхві.
<ul style="list-style-type: none"> • Для встановлення діагнозу достатньо вагінального «скупчення» АР та позитивного результату мікроскопічного дослідження на симптом «папороті».
<ul style="list-style-type: none"> • Тест «Нітразин», набори для визначення АР, інстиляція барвника індигокарміну менш рекомендовані для оцінки ПДРПО
<ul style="list-style-type: none"> • Зовнішнє акушерське обстеження не слід використовувати окремо для визначення передлежання плода.
<ul style="list-style-type: none"> • Для діагностики олігогіDRAMніону рекомендується оцінка максимальної вертикальної кишені замість ІАР.
<ul style="list-style-type: none"> • Оцінка довжини шийки матки не показана жінкам із ПДРПО

2. ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ТА КОНСУЛЬТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ

2.1. Прогноз для теперішньої вагітності

- 2.1.1. ДРПО має ряд наслідків для матері, плода та новонародженого, які коливаються від спонтанного ущільнення дефекту амніотичних оболонок – як найбільш сприятливий результат, – до значної захворюваності або смертності матері та плода як найгіршого прогнозу [25].

Guideline № 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2022.

ПДРПО пов'язаний з високою неонатальною смертністю та такими захворюваннями, як перивентрикулярна лейкомаляція, бронхолегенева дисплазія, некротичний ентероколіт, ретинопатія недоношених та несприятливі наслідки розвитку нервової системи (високий).

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

- 2.1.2. Одним із пріоритетів є посилення цінності консультування пацієнтів і спільного прийняття рішень в умовах великого обсягу та низького ресурсного забезпечення, де цей процес іноді може бути неефективним.
- 2.1.3. Після завершення оцінки клінічної ситуації потенційний план ведення та прогноз слід обговорити з пацієнткою.
- 2.1.4. Важливо залучати партнера та інших членів сім'ї, якщо пацієнтка бажає, щоб вони брали участь.

- 2.1.5 Консультування має включати очікувані наслідки для матері, плода та новонародженого, можливі ускладнення, включаючи план їх запобігання або ранньої діагностики, запобіжні заходи для пацієнтки та план лікування.
- 2.1.6. Пацієнтці та його сім'ї дається час, щоб поставити запитання. Зрештою, пацієнтка або погоджується з планом лікування, або відкидає будь-яку його частину до чіткого розуміння всіх ризиків і переваг.
- 2.1.7. Документація має бути частиною стандартної практики. Враховуючи той факт, що доступність ресурсів у цих умовах обмежена, особливо людських, ми рекомендуємо використовувати наочні посібники (наприклад, брошури) для навчання пацієнтів. Також ми рекомендуємо регулярні тренінги для медсестер, щоб вони могли відповідати на основні запитання пацієнтів.
- 2.1.8. Процес консультування та прийняття рішень має бути індивідуальним та базуватись на основі кількох факторів. Слід обговорити з пацієнткою наступні 5 пунктів.

2.1.9. Очікувані результати відповідно до гестаційного віку (РДРПО, ПДРПО, ДРПО)

Неонатальні ускладнення ДРПО включають респіраторний дистрес-синдром, внутрішньошлуночковий крововилив, сепсис і некротичний ентероколіт [26]. Гестаційний вік є найважливішим фактором, що визначає ці ускладнення.

2.1.9.1. Ранній допологовий розрив плідних оболонок (РДРПО)

- 2.1.9.1.1. Навіть за умов високого рівня ресурсного забезпечення рівень перинатальної смертності в разі ДРПО до 22 тижня становить приблизно 58% і в основному пояснюється гіпоплазією легень.
- 2.1.9.1.2. Альвеолярний розвиток відбувається приблизно на 23 тижні вагітності, а рівень перинатальної смертності значно знижується після 24 тижнів вагітності [27, 28], ймовірно, коли функція альвеол стає достатньою, щоб забезпечувати дихання після народження [29, 30].
- 2.1.9.1.3. Таким чином, вік життєздатності в умовах високого рівня ресурсного забезпечення коливається між 23-24 тижнями вагітності. Тим не менш, виживання новонароджених у цьому гестаційному віці вимагає інтенсивного догляду та забезпечення, які недоступні в більшості місць з низьким ресурсним забезпеченням.
- 2.1.9.1.4. Сприятливі результати менш ймовірні до 28 тижнів вагітності.
- 2.1.9.1.5. Важливо обговорити, що РДРПО на передбачуваному гестаційному терміні, пов'язаний з гіпоплазією легень внаслідок тривалого олігогідрамніону. Маловоддя також призводить до контрактур кінцівок і «гончарних» деформацій (низько посаджені вуха та

складки епікантусу). Проте деформації скелету, ймовірно, усуваються за допомогою фізіотерапії [27, 31].

- 2.1.9.1.6. Слід також ретельно проаналізувати ризики для матері. Ризик інфікування матері, яке може перерости в небезпечний для життя сепсис, може виникнути в 1%.
- 2.1.9.1.7. Підводячи підсумок, слід обговорити наслідки РДРПО, щоб забезпечити реалістичні очікування для пацієнтки. Для оптимізації цього обговорення наполегливо рекомендується залучення акушера та неонатолога.

2.1.9.2. Передчасний допологовий розрив плідних оболонок (ПДРПО)

- 2.1.9.2.1. Пацієнтці слід повідомити, що консервативне ведення є стандартним підходом, якщо і мати, і плід є стабільними.
- 2.1.9.2.2. Жінка повинна знати про можливі ускладнення у матері/плода та їх частоту, оскільки деякі з цих ускладнень є поширеними, серйозними та можуть розвинутися раптово. Ці ускладнення включають висхідну інфекцію (15-25%) [32], післяпологову інфекцію (15-20%) [33, 34], відшарування плаценти (2-5%) [35, 36] та антенатальну загибель плода внаслідок цього (1-2%) [37]. Хоча останнє трапляється нечасто, його неможливо передбачити за допомогою антенатального спостереження за плодом.
- 2.1.9.2.3. Ускладнення недоношеності стосуються цього терміну вагітності, і пацієнтка повинна знати, що відсутність негайного неонатального втручання значно погіршує результати, наприклад, спонтанні пологи до безпечного транспортування до обладнаного закладу.
- 2.1.9.2.4. Пояснення цих ускладнень є важливим для обґрунтування ризиків домашнього лікування, а також тривалого очікувального лікування після 34 тижнів вагітності.

2.1.9.3. Терміновий допологовий розрив плідних оболонок (ТДРПО)

- 2.1.9.3.1. Терміновий ДРПО є поширеним (8%) і асоціюється з найкращим прогнозом.
- 2.1.9.3.2. Під час консультації має наголошуватись на необхідності негайних пологів, враховуючи вищезазначені ускладнення, які можуть розвинути під час очікування.
- 2.1.9.3.3. У цій ситуації переваги очікувального лікування не переважають ризики.
- 2.1.9.3.4. Існує також значний латентний період після ДРПО при доношеній вагітності, коли пологи виникають спонтанно протягом 24 годин після розриву плідних оболонок [38].
- 2.1.9.3.5. Має братися до уваги спільне рішення щодо акушерських та неонатальних даних відносно гестаційного віку та можливості переведення до центру третинної медичної допомоги.

Term prelabor rupture of membranes: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF), 2020.

Розрив плідних оболонок відбувається перед поступленням до пологової палати у 6–22% одноплідних вагітностей (LE3). У Національному дослідженні 2016 року ДРПО при доношеній вагітності не супроводжувався пологами протягом 12 годин у 35,6% жінок із розривом плідних оболонок і у 8,9% усіх одноплідних вагітностей (LE3).

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

2.2. Очікувальна тактика в разі ДРПО до пологів

- 2.2.1. Латентний період визначається як часовий інтервал між ДРПО і початком спонтанної пологової діяльності.
- 2.2.2. Тривалість латентного періоду знаходиться у зворотній залежності від терміну вагітності. Наприклад, частота спонтанних пологів через 24, 48 і 96 годин при доношеній вагітності становить 70%, 85% і 95% відповідно [38, 39], у той час як 50% жінок із ПДРПО народжують протягом 168 годин [40].
- 2.2.3. Тим не менш, тривалість латентного періоду неможливо точно передбачити.

2.3. Активне ведення для мінімізації інфікування новонароджених

- 2.3.1. ДРПО – це стан, при якому порушується природний бар'єр між плодом і мікроорганізмами у нижніх відділах статевих шляхів. Тим не менше, тривалі профілактичні курси антибіотиків не рекомендовані рутинно, оскільки ризик резистентності до ліків більший за переваги профілактики.
- 2.3.2. Перед плануванням лікування слід визначити мікроорганізми, якщо у пацієнтки нещодавно діагностовано ДРПО: стрептококи групи В (СГВ), вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) і вірус простого герпесу (ВПГ). Ці інфекції можуть передаватися плоду через пологові шляхи.
- 2.3.3. Для діагностики СГВ необхідно взяти ректовагінальний мазок і відправити його на посів. Результат може бути позитивним, якщо у пацієнта алергія на пеніцилін.

Коментар робочої групи: Згідно з наказом МОЗ України від 09.08.2022 р. № 1437 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність»» Для планування антибіотикопрофілактики під час пологів скринінг на СГВ в терміні 36+0 -37+6 тижнів вагітності проводиться всім жінкам незалежно від запланованого способу розродження, крім випадків наявності бактеріурії СГВ (*Streptococcus agalactiae*) під час даної вагітності або народження

інфікованого СГВ новонародженого в анамнезі. Для отримання зразка для бактеріологічного дослідження на СГВ спочатку проводиться забір матеріалу без використання дзеркал з нижньої частини піхви (близько до входу), а потім - з прямої кишки (через анальний сфінктер).

Guideline № 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2022.

Після діагностування ПДРПО необхідно взяти вагінальний/ректальний мазок для визначення колонізації стрептококу групи В, якщо це дослідження не було проведено раніше - протягом 5 тижнів (умовний, помірний).

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

- 2.3.4. Жінки з ризиком інфікування генітальним ВПГ або ті, у кого в анамнезі є генітальний ВПГ, повинні пройти огляд за допомогою дзеркал, щоб виключити активні ураження під час звернення, коли їх можна лікувати, і на початку пологів, щоб вирішити, проводити пологи вагінально чи шляхом кесаревого розтину (КР).
- 2.3.5. Позитивний ВІЛ-статус вимагає лікування під час вагітності. Вірусне навантаження на ВІЛ слід перевіряти під час пологів, щоб вирішити, чи безпечні вагінальні пологи для новонародженого [3]. Цією інформацією слід поділитися з пацієнткою.

2.4. Госпіталізація проти догляду вдома

- 2.4.1. Це не рідкість серед населення, яке обслуговується в умовах обмеженого ресурсного забезпечення, коли відбувається догляд на дому.
- 2.4.2. Наразі АСОГ не підтримує лікування вдома, оскільки немає достатніх доказів для підтвердження безпеки [1]. Кокранівський огляд, що був опублікований у 2014 році на основі даних, отриманих із 2 клінічних випробувань із загальною кількістю 116 жінок із ПДРПО, не показав істотної різниці в захворюваності та смертності між 2 групами пацієнток. Жінки, які проходили лікування в лікарні, частіше народжували за допомогою КР, тоді як жінки, яких спостерігали вдома, були більш задоволені. Однак обсяг цих досліджень все ще невеликий, щоб зробити висновок про надійні рекомендації.
- 2.4.3. Жінки, які є кандидатами для домашнього спостереження, повинні відповідати суворим критеріям; пацієнтка має бути відповідальною та обізнаною, щоб виявити ознаки інфекції або відшарування плаценти, і проживати поблизу лікарні третинного рівня з надійним транспортом [3].

2.4.4. Домашнє спостереження в разі ДРПО при доношеній вагітності видається менш доцільним і пов'язане з вищим ризиком потреби матері в антибіотиках (відношення шансів 1,52) та неонатальної інфекції (відношення шансів 1,97) [41].

Коментар робочої групи: З підвищеним ризиком виникнення ускладнень (антенатальна загибель плода, відшарування плаценти, випадіння пуповини, пологи поза лікарнею та неонатальна смерть) асоційовані ПДРПО до 26+0 тижнів, тазове передлежання плода та олігогідрамніон, що потребує обов'язкової госпіталізації пацієнтки [9].

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

2.4.5. Домашній догляд не слід пропонувати як альтернативу, враховуючи обмежені докази. Це все ще можна розглядати як варіант для жінок, які відмовляються від тривалої госпіталізації, якщо вони відповідають вищевказаним критеріям.

Guideline № 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2022.

Частота ПП є найвищою відразу після ПДРПО, отже госпіталізація рекомендована протягом перших кількох днів після встановлення діагнозу (умовний, низький). Виходячи з гестаційного віку передчасного допологового розриву плідних оболонок, а також місцевих можливостей і ресурсів слід розглянути допологове транспортування до центрів, що спеціалізуються на догляді за недоношеними (сильний, високий).

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

2.4.6. Необхідне ретельне консультування, щоб пояснити ризик ускладнень ДРПО при відтермінуванні лікування, підкреслити, що раптова поява попереджувальних симптомів не є рідкістю, і підкреслити брак досліджень, які стосуються безпеки домашнього підходу до лікування. За таких обставин слід обговорити з пацієнткою домашній моніторинг температури тіла принаймні двічі на день і двічі на тиждень візити до лікаря [2].

Коментар робочої групи: Ретроспективні когортні дослідження з Канади (173 жінки) та Франції (414 жінок) не виявили різниці в материнській чи неонатальній захворюваності, або смертності між групами, що знаходилися під спостереженням в амбулаторних і

стаціонарних умовах. Тому рішення про надання амбулаторної допомоги жінкам із ПДРПО при ПП має прийматися в індивідуальному порядку з урахуванням маркерів латентного періоду. Під час обговорення з жінкою її уподобань слід враховувати не лише віддаленість від лікарні, а й такі фактори, як попередній акушерський анамнез, наявність підтримки вдома, маркери затримки пологів (відсутність допологової кровотечі, об'єм амніотичної рідини, термін вагітності) та клініко-лабораторні маркери інфекції [10, 11, 12].

Після діагностування ПДРПО первинна оцінка повинна включати стан матері та плода з головною метою виключення активної пологової діяльності, інфекції (хоріоамніоніту), відшарування плаценти або дистресу плода, усіх станів, які вимагають негайного розродження (сильний, високий).

Оптимальний метод моніторингу для прогнозування несприятливих наслідків для плода після ПДРПО при ПП не визначений. У Сполученому Королівстві більшість клініцистів кожні два тижні спостерігають за ростом плода за допомогою ультразвукового сканування, щотижня оцінюють АР та виконують доплерометрію артерії пуповини, хоча в Кокранівському огляді методи спостереження за плодом після ПДРПО при ПП виявили недостатньо доказів (три рандомізованих контрольованих дослідження), щоб дати рекомендації [13].

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

2.5. Вплив передлежання плода на неонатальний прогноз

2.5.1. Існують докази того, що неголовне передлежання може бути пов'язане з гіршим неонатальним прогнозом порівняно з головним передлежанням на момент встановлення діагнозу. Вторинний аналіз даних від 1767 жінок з повідомленого дослідження ВЕАМ (Beneficial Effects of Antenatal Magnesium Sulfate; 1997-2004), які мали ПП, виявив підвищений ризик неонатальної смерті до виписки, якщо передлежання плода неголовне. Не було пов'язаного збільшення латентного періоду, ризику неонатальної захворюваності [42]. Інтерпретацію цих результатів слід ретельно проводити, оскільки механізм не є чітко зрозумілим, а встановлення неголового передлежання не повинне базуватись лише на зовнішньому акушерському обстеженні.

2.5.2. Неголовне передлежання плода серед жінок з ПДРПО було пов'язане з випадінням пуповини в одній третині випадків [43]. Крім того, немає жодних доказів того, що корекція передлежання плода покращила б прогноз.

2.6. Майбутня вагітність

- 2.6.1. ДРПО в анамнезі є основним ризиком для ДРПО під час наступної вагітності [44, 45].
- 2.6.2. Хоча цей фактор ризику не можна змінити, існують інші модифіковані фактори ризику, пов'язані з підвищеним ризиком ДРПО, що можна обговорити з пацієнткою до наступної вагітності. Приклади включають короткий інтервал між вагітностями, низький індекс маси тіла, куріння сигарет і вживання наркотиків [46-50].
- 2.6.3. У випадку попереднього ПДРПО раннє втручання під час наступної вагітності є більш критичним.
- 2.6.4. Визначення довжини шийки матки широко підтримується АСОГ, NICE та ВООЗ [1, 2, 4]. Якщо ДРПО виникає до 34 тижнів, пацієнтці слід запропонувати лікування прогестероном починаючи з 16 до 24 тижня вагітності з можливістю проведення серкляжа, якщо довжина шийки матки менше 25 мм до 24 тижня вагітності [51-53].
- 2.6.5. АСОГ підтримує внутрішньом'язову ін'єкцію 17-гідроксипрогестерону порівняно з вагінальним прогестероном у жінок із попередніми ПП, включаючи попередній ДРПО [1]. Однак нещодавній мета-аналіз 3 РКД із загальною кількістю 680 жінок з попередніми ПП дійшов висновку, що щоденний вагінальний прогестерон (гель або супозиторії) є відповідною альтернативою внутрішньом'язовому прогестерону. На жаль, якість доказів цих досліджень низька, тому до інтерпретації цих результатів слід підходити обережно [54]. Враховуючи той факт, що внутрішньом'язова форма може бути недоступною, а введення препарату вимагає наявності медичного персоналу, ми рекомендуємо розглядати щоденне вагінальне введення прогестерону як альтернативу, якщо щотижневе внутрішньом'язове його введення неможливе.

Guideline № 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2022.

Існують суперечливі дані щодо ефективності профілактичних стратегій для зменшення ускладнень під час наступних вагітностей у пацієнток з ПДРПО в анамнезі (помірний).

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

- 2.6.6. Враховуючи те, що ведення майбутньої вагітності є особливо важливим, неправильна документація або відсутність медичної документації в умовах обмеженого ресурсного забезпечення може бути серйозною проблемою. Тому ретельний збір анамнезу під час першого пренатального візиту є обов'язковим. Ми наполегливо рекомендуємо провести обговорення ведення наступної вагітності одразу після

пологів, ускладнених ДРПО. Таким чином пацієнтка зможе більше усвідомити інформацію, щоб донести це обговорення до свого лікаря під час наступної вагітності та принести роздруковану копію своїх записів, якщо передача медичної документації може викликати проблеми.

<i>Підсумкові положення</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Ретельне консультування є важливим після постановки діагнозу ДРПО. Консультування має охоплювати ризики та обґрунтувати план ведення.
<ul style="list-style-type: none"> • Госпіталізація залишається стандартом лікування жінок із ПДРПО та ДРПО. Домашній догляд не слід пропонувати як альтернативу через обмежені докази.
<ul style="list-style-type: none"> • Медичний персонал, що спостерігає вагітну, повинен знати про ризики, критерії вибору догляду вдома та загрожуючі сигнали, які слід повідомити жінкам, що відмовляються від госпіталізації.
<ul style="list-style-type: none"> • Хоча неголовне передлежання може збільшити ризик несприятливих неонатальних наслідків, докази щодо цього обмежені.
<ul style="list-style-type: none"> • Після пологів пацієнтку необхідно проконсультувати щодо спостереження за наступною вагітністю. Наполегливо рекомендується ведення точної документації та навчання пацієнтів, щоб уникнути неоптимального догляду через проблеми з передачею медичних записів

3. ВЕДЕННЯ ВАГІТНОЇ З ДОПОЛОГОВИМ РОЗРИВОМ ПЛІДНИХ ОБОЛОНОК (ДРПО) ТА ЛІКУВАННЯ

3.1. На 37 тижні вагітності або пізніше

- 3.1.1. Після встановлення діагнозу ДРПО план лікування слід обговорити з пацієнткою.
- 3.1.2. Важливою є госпіталізація незалежно від наявності або відсутності пологової діяльності. Відсутність пологової діяльності або нерегулярні перейми не є виправданими для домашнього спостереження у даній ситуації. Подальше лікування залежить від стану матері та плода, розкриття шийки матки, передлежання плода та наявності будь-яких показань до кесаревого розтину.
- 3.1.3. Якщо немає протипоказань до вагінальних пологів і стан плода задовільний, мета полягає в тому, аби прискорити настання вагінальних пологів, якщо пацієнтка не має активної пологової діяльності на момент госпіталізації.
- 3.1.4. Призначення антибіотиків є проблемою акушерської практики в багатьох країнах світу, в тому числі в багатьох країнах Близького Сходу, оскільки призначення антибіотиків не контролюється, і вони доступні як безрецептурні ліки. Закони та нормативні акти навряд чи зміняться найближчим часом, тому етична та професійна

відповідальність постачальників лежить на обмеженні призначення антибіотиків і впровадженні зміни культури серед пацієнтів і молодих лікарів, які можуть вважати, що антибіотики є першочерговою лінією лікування. Стійкість до ліків є глобальною загрозливою проблемою. На жаль, даних з Близького Сходу мало.

Проте опитування моделей сприйнятливості до антимікробних препаратів у 5 лікарнях Каїра, Єгипту з 1999 по 2000 рік виявило високий рівень резистентності серед більшості досліджуваних бактерій, особливо грамнегативних бацил, які були стійкі до більшості відповідних антибіотиків [55].

***Коментар робочої групи:** На момент розробки даної КН контроль за застосуванням антибіотиків в Україні регламентує «Стандарт медичної допомоги «Правила раціонального застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною і профілактичною метою» [14].*

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

3.1.5. Застосування антибіотиків зводиться до 3 показань у жінок із терміновим ДРПО: 1 - профілактика СГВ (показання не відрізняються від тих, що ведуться при неускладнених пологах); 2 - лікування ВУІ у разі клінічної підозри (якщо у пацієнтки підвищується температура $>39^{\circ}\text{C}$ або постійно перевищує 38°C разом із лейкоцитозом, тахікардією плода або гнійними виділеннями з піхви) відповідно до висновку комітету АСОГ [1]. Ключовим моментом для зменшення потреби в антибіотиках є мінімізація кількості піхвових оглядів. Третім показанням до застосування антибіотиків є профілактика інфекцій, і воно є найбільш суперечливим показанням. Мета-аналіз 5 РКД, що включає 2699 жінок, які були рандомізовані в групу антибіотиків проти контрольної групи, показує, що антибіотикопроділактика для доношених та практично доношених вагітностей з ДРПО не пов'язана з користю для матері чи новонародженого. Проте аналіз підгруп жінок із латентним періодом понад 12 годин показує, що жінки, які отримували профілактичні антибіотики, мають нижчий рівень хоріоамніоніту та ендометриту (відношення ризику (ВР)=0,49, 95% ДІ=0,27-0,91) та 0,12 (95% ДІ=0,02-0,62) відповідно [56]. Тим не менше, дані місцевого РКД, проведеного в Єгипті в 2014 році, не показали статистичних відмінностей у частоті материнської інфекції або неонатального сепсису, в разі проведення антибіотикопроділактики на 36 тижні вагітності або пізніше [57]. Ми провели опитування 333 акушерів; 291 (87,4%) заявили, що їх практика підтримує профілактичне призначення антибіотиків жінкам з ДРПО від моменту госпіталізації до пологів, 31 (9,3%) призначають антибіотики, якщо латентний період перевищує 18

годин, 11 (3,3%) призначають антибіотики, лише якщо виявлено СГВ або для лікування хоріоамніоніту.

Term prelabor rupture of membranes: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF), 2020.

Через 12 годин після ДРПО рекомендовано призначити антибіотикопрофілактику (ступінь С) з В-лактамами як лікування першої лінії (клас С).

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

- 3.1.6. Незважаючи на те, що метою є розродження, рішення про те, починати індукцію пологів негайно чи розглянути можливість очікування спонтанного початку пологів, є дискусійним серед жінок, які не перебувають у активних пологах.
- 3.1.7. На підставі Кокранівського огляду 23 РКД у 2017 році АСОГ підтримує негайну індукцію пологів замість очікувальної тактики, оскільки це зменшує затримку між ДРПО і пологами, а отже, ризик ускладнень у матері та новонародженого [1, 58]. У жінок з цілими плідними оболонками використовується шкала Бішопа для оцінки ступеня зрілості шийки матки та визначення способу преіндукції та індукції пологів внутрішньовенним введенням окситоцину, мізопростолу або катетера Фолея. Серед жінок із ДРПО при доношеній вагітності окситоцин може бути кращим за всі інші варіанти, що пов'язано з меншою кількістю пальцевих вагінальних досліджень, коротшим латентним періодом, скороченням тривалості пологів та перебування у лікарні порівняно з індукцією простагландином [59].

Term prelabor rupture of membranes: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF), 2020.

Індукція дозволяє скоротити інтервал між розривом плідних оболонок і пологами порівняно з очікувальним моніторингом, коли вона виконується окситоцином (LE2), простагландином E2 (LE2) або мізопростолом (LE2).

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

- 3.1.8. Застосування вагінальних простагландинів також може бути пов'язане з можливістю їх «вимивання». З іншого боку, використання букальних простагландинів може бути пов'язане з більш системними побічними ефектами, включаючи лихоманку, що може перешкоджати моніторингу материнської інфекції.

- 3.1.9. Розміщення цибулини катетера Фолея пов'язане з теоретичним підвищенням ризику хоріоамніоніту через введення стороннього тіла. Однак доступні докази обмежені. Ретроспективне дослідження за участю 124 жінок показало підвищений ризик ВУІ в разі використання катетеру Фолея порівняно з групою індукції окситоцином. Проте ризик не є статистично значущим ($P=0,1$) [60]. Попередні результати дослідження використання катетера Фолея для індукції пологів при передчасному розриві плідних оболонок у першовагітних (дослідження FLIP), які порівнювали одночасне застосування катетеру Фолея/окситоцину з монотерапією окситоцином, не показали підвищеного ризику хоріоамніоніту. Тим не менш, додавання катетеру Фолея до окситоцину не скорочує час індукції до пологів [61].
- 3.1.10. Попередні результати мета-аналізу 19 досліджень (у тому числі 6179 пацієток, розроджених шляхом КР), показали, що зрошення піхви повідон-йодом 1% знижує ризик ендометриту та ранових ускладнень [62]. Є доречним застосовувати дану маніпуляцію, враховуючи її простоту та низьку вартість, а також підвищений ризик інфікування серед жінок з ДРПО.
- 3.1.11. В разі ПДРПО та сідничному передлежанні показано розродження шляхом КР. Зовнішня ротація плода на голівку є можливою опцією в разі цілих плідних оболонок. Однак ця процедура пов'язана з високим ризиком невдачі та значними ускладненнями для матері та плода, тому не рекомендується [63].
- 3.1.12. Хоча амніоінфузія може здатися альтернативою, нещодавнє дослідження (119 жінок) показало, що це не покращило показники успіху [64]. Однак дані про зовнішню ротацію плода на голівку після амніоінфузії у жінок з ДРПО обмежені.

Term prelabor rupture of membranes: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF), 2020.

У випадках ТДРПО можна запропонувати очікувальне лікування без збільшення ризику інфікування новонародженого (ступінь В), навіть якщо скринінг СГВ був позитивним (професійний консенсус), і індукцію можна запропонувати без збільшення ризику КР (клас Б). Час індукції залежатиме головним чином від організації догляду в пологовому відділенні та від уподобань жінки після того, як її поінформують про ризики та переваги цих двох потенційних стратегій (професійний консенсус). У разі наявності меконію або розриву плідних оболонок понад 4 дні рекомендується індукція пологів (професійний консенсус).

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

3.2. Між 34-36 6/7 тижнями вагітності

- 3.2.1. ACOG рекомендує негайне розродження після 34 тижнів вагітності або пізніше, оскільки очікувальна тактика лікування пов'язана з підвищеним ризиком хоріоамніоніту (16% проти 2%, $p=0,001$), тривалою госпіталізацією (5,2 проти 2,6 дня, $p=0,006$) і нижчим середнім показником рН пуповини під час пологів (7,25 проти 7,35, $p=0,009$) без покращення перинатальних ускладнень, пов'язаних із недоношеністю.
- 3.2.2. Останні рекомендації також підтримують призначення курсу антенатальних стероїдів між 34 0/7 і 36 6/7 тижнями вагітності, якщо його не призначали на ранніх термінах вагітності. Пізніша рекомендація підтверджується дослідженням (включаючи 2827 немовлят), яке показало, що застосування бетаметазону цим жінкам значно знижувало частоту неонатальних респіраторних ускладнень [65]. Ми опитали 449 акушерів щодо терміну вагітності, після якого антенатальні стероїди не призначаються. Відповідь була 34 тижні 294 акушерами (65,5%), 37 тижнів 106 акушерами (23,6%), 32 тижні 42 акушерами (9,3%) і 39 тижнів 7 акушерами (1,6%). Таким чином, ми вважаємо, що введення стероїдів до 37 тижнів слід застосовувати в умовах обмеженого ресурсного забезпечення, де неонатальний догляд за недоношеними новонародженими дітьми, як правило, є складним. Однак використання стероїдів може бути протипоказане в деяких випадках, таких як цукровий діабет I типу та сепсис.
- 3.2.3. Тим не менш, у 2016 році були опубліковані результати тактики негайного розродження у порівнянні з очікувальною тактикою після ПДРПО. Це дослідження проводилося в 65 центрах в 11 країнах із загалом у 1839 жінок, розподілених на тих, кому застосовувалась тактика негайного розродження, та тих, кому застосовували очікувальну тактику. Дослідження показало, що у новонароджених від жінок, яким було призначено негайне розродження, вищі показники РДС (ВР=1,6, 95% ДІ=1,1-2,3; $p=0,008$), вищий відсоток застосування ШВЛ (ОР=1,4, 95% ДІ=1,0-1,8; $p=0,02$) і більш тривалий термін перебування в реанімації порівняно з новонародженими від матерів, для яких обиралась очікувальна тактика. Проте жінки, які були віднесені до групи з очікувальною тактикою, мали вищий ризик допологової або інтранатальної кровотечі (ВР=0,6, 95% ДІ=0,4-0,9), лихоманки в пологах (ВР=0,4, 95% ДІ=0,2-0,9), прийому антибіотиків після пологів (ВР=0,8, 95% ДІ=0,7-1,0) і тривалішого перебування в лікарні. Однак ризик КР був нижчим (ВР=1,4, 95% ДІ=1,2-1,7) у групі з очікувальною тактикою. Таким чином, дослідження рекомендувало очікувальну тактику, а не негайне розродження на цьому терміні вагітності [66]. Нещодавній мета-аналіз 3 досліджень (2563 матерів, 2572 новонароджених) виявив подібні показники складних несприятливих неонатальних результатів між очікувальною тактикою і невідкладним розродженням. Частота неонатального сепсису становила

2,6% і 3,5% відповідно (BP=0,74, 95% ДІ=0,47-1,15). Ризик РДС серед новонароджених у групі негайного розродження був вищим (BP=1,47, 95% ДІ=1,10-1,97), і вони з більшою ймовірністю потрапляли до відділення інтенсивної терапії новонароджених або на другий етап виходжування недоношених новонароджених (BP=1,17, 95% ДІ=1,11-1,23). Негайне розродження асоціювалося з нижчим ризиком допологової кровотечі (BP=0,57, 95% ДІ=0,34-0,95) та ІАІ (BP=0,21, 95% ДІ=0,13-0,35), але вищим ризиком КР (BP=1,26, 95% ДІ=1,08-1,47) [67].

- 3.2.4. Дані Єгипетського національного дослідження перинатальної/неонатальної смертності в 2004 році показали, що рівень неонатальної смертності становив 25 на 1000 живонароджених; недоношеність становила 39% цих випадків. Перинатальна смертність становила 34 на 1000 пологів, 21% припадає на недоношеність. Середній гестаційний вік новонароджених із діагностованою ранньою неонатальною смертю (1-6 днів) становив $7,9 \pm 1,1$ місяця та $8,6 \pm 0,8$ місяця для пізньої неонатальної смерті (7-28 день). Для мертвонароджених середній термін вагітності становив $7,9 \pm 1,3$ місяця [68]. Ці цифри свідчать про те, що неонатальні результати є менш сприятливими для недоношених новонароджених, які перебувають у закладах з обмеженим ресурсним забезпеченням, порівняно з тими, де проводилися вищезгадані дослідження.
- 3.2.5. Таким чином, очікувальна тактика має бути прийнята в регіонах з обмеженим ресурсним забезпеченням, де лікування неонатальних ускладнень є більш складним, високовартісним і пов'язане з поганим прогнозом порівняно з материнськими ускладненнями, навіть серед пізніх недоношених. Гестаційний вік, при якому переваги негайного розродження переважають над перевагами очікування, можна змінити на основі місцевих перинатальних даних.
- 3.2.6. Рекомендуємо очікувальне ведення до 37 тижнів вагітності, якщо ДРПО відбувається після 34 тижнів вагітності. RCOG також оголосив про подібні рекомендації в 2019 році на основі останніх досліджень [69]. Незважаючи на це, розродження слід відкласти щонайменше на 48 годин після введення курсу пренатальних стероїдів, якщо стан матері та плода є стабільним.

Guideline № 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2022.

Якщо ПДРПО стався до 34 тижнів вагітності, рекомендовано очікувальне лікування з ретельним моніторингом принаймні до 35 тижнів за відсутності протипоказань, таких як інфекція, відшарування плаценти, травма пуповини або погіршення стану плода. Існують суперечливі дані щодо оптимального часу пологів у випадках ПДРПО протягом пізнього та передчасного періоду (34/0 і 36/6 тижнів вагітності). Якщо є докази

колонізації стрептококу групи В, слід розглянути індукцію пологів (умовний, помірний).

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

3.2.7. Тактика призначення антибіотиків має бути подібною до термінового ДРПО. Однак жінки з невідомим СГВ статусом мають розглядатись як СГВ-позитивні і повинні отримувати профілактику. Латентні антибіотики можна вводити, якщо досягнуто терміну до 37 тижнів вагітності.

3.3. Допологовий розрив плідних оболонок (ДРПО) до 34 тижнів вагітності

• *Очікувальна тактика*

3.3.1. У разі встановлення діагнозу та задовільного стану матері й плода, вагітну слід проконсультувати щодо можливості застосування очікувальної тактики з ретельним моніторингом ознак інфекції, відшарування плаценти або початку пологової діяльності, які вказують на припинення очікувальної тактики.

3.3.2. Госпіталізація є стандартом лікування. Домашнє спостереження не слід пропонувати як альтернативу. Якщо після консультування пацієнтка від госпіталізації відмовляється, необхідно ретельно обговорити з нею і сім'єю критерії безпеки для можливого домашнього спостереження, а також моніторингу загрозливих ознак. В обох випадках слід отримати мазок з піхви на СГВ для культурального дослідження.

3.3.3. Під час перебування в лікарні слід розглянути можливість моніторингу частоти серцевих скорочень плода та скорочень матки [70]. Частота моніторингу може бути змінена залежно від вартості та доступності кардіотокографії, а також клінічної оцінки, і, ймовірно, вона повинна коливатися від щоденного до двох разів на тиждень. Допплерівський фетальний монітор можна використовувати з перервами, в разі обмеженого ресурсного забезпечення, щоб виключити зміни в серцевому ритмі плода. Однак дана процедура не повинна замінювати періодичну кардіотокографію. Допплерівський фетальний монітор можна використовувати щодня, якщо кардіотокографія недоступна частіше двох разів на тиждень.

3.3.4. Недавній мета-аналіз 12 досліджень (1744 плоди) визначав потенційну роль розміру тимуса плода в прогнозуванні неонатальних результатів. Зведені результати 5 із цих досліджень показали підвищення частоти ВУІ серед жінок із високим ризиком (ДРПО та ПП), якщо розміри тимусу плода невеликі (ВШ=16,0, 95% ДІ=4,18-61,4). Крім того, серед жінок з ДРПО ризик неонатального сепсису зростав (ВШ=15,1, 95% 2,10-108) за наявності малого тимуса, з чутливістю та специфічністю

95,0% (95% ДІ=75,1-100) і 49,1% (95% ДІ=41,2-57,0) відповідно [71]. Аналіз цих результатів був обмежений кількістю об'єднаних пацієнтів (230 з 5 досліджень і 102 з 2 досліджень відповідно), значною гетерогенністю та широким діапазоном ДІ. Водночас стандартизація вимірювання тимуса, наявність навчених сонографістів і встановлення чітких порогових вимірювань є перешкодами для впровадження цих результатів. Крім того, застосування цих даних у прийнятті рішень все ще є незрозумілим, враховуючи обмежену специфічність цієї ознаки та відсутність можливого підтверджуючого тесту, перш ніж активне втручання буде виправданим.

- 3.3.5. Слід проводити моніторинг пацієнтки з метою виявлення вагінальної кровотечі та визначення температури тіла. Стерильні прокладки допомагають стежити за кількістю кровотечі та відрізнити забарвлену АР від активної кровотечі. Вагітна повинна знати, що витік рідини, ймовірно, періодично повторюватиметься, і що саме наявність повторного витіку або кількість витіку рідини навряд чи вплине на прогноз або лікування. Це обговорення допомагає мінімізувати занепокоєння пацієнтки. Однак слід негайно повідомити про появу вагінальної кровотечі. Епізод вагінальної кровотечі слід клінічно оцінити, щоб виключити відшарування плаценти, і провести нестресовий тест для спостереження за станом плода.
- 3.3.6. ВУІ контролюється лише за клінічними ознаками, включаючи гарячку, болючість живота, гнійні виділення з піхви та тахікардію плода, які слід оцінювати та документувати щодня. Хоча С-реактивний білок (СРБ) і кількість лейкоцитів популярні в країнах Близького Сходу для моніторингу інфекції та проводяться щодня або двічі на тиждень, жоден лабораторний тест не був визнаний надійним. Недавній мета-аналіз 13 досліджень для оцінки лабораторних прогностичних факторів гістологічного хоріоамніоніту матері рекомендує включати визначення СРБ та концентрації лейкоцитів у сироватці крові матері. Дійшли висновку, що обидва показники дають низьку чутливість і специфічність навіть у поєднанні: 68,7% (95% ДІ=58%-77%) і 77,1% (95% ДІ=67%-84%) відповідно. У 4 дослідженнях лейкоцитоз матері продемонстрував чутливість 51% (95% ДІ=40%-62%) і специфічність 65% (95% ДІ=50%-78%) [72]. Жоден з лабораторних тестів не був визнаний надійним. Крім того, акушерам слід завжди нагадувати про вплив антенатальних стероїдів на кількість лейкоцитів у матері. Враховуючи незручності для пацієнтки, витрати та можливість помилкового передчасного втручання, ми не рекомендуємо ці тести.

NICE guideline [NG25]. Preterm labour and birth, 2022.

Доцільно використовувати поєднання клінічної оцінки, аналізу крові матері (С-реактивний білок і кількість лейкоцитів) і частоту серцевих скорочень плода для діагностики хоріоамніоніту у жінок з ПДРПО при ПП; ці параметри не слід використовувати окремо [4Д]. Кількість лейкоцитів

зросте через 24 години після введення кортикостероїдів і має повернутися до вихідного рівня через 3 дні після введення.

Дослідження, яке вивчало кілька материнських сироваткових маркерів для прогнозування гістологічного хоріоамніоніту після ПДРПО при ПП, дійшло висновку, що підвищений СРБ був найбільш інформативним. Жінок слід попередити та спостерігати за симптомами клінічного хоріоамніоніту (біль у нижній частині живота, аномальні вагінальні виділення, лихоманка, нездужання та зменшення рухів плода) [4Д].

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

3.3.7. За час перебування в стаціонарі пацієнтка повинна пройти один курс кортикостероїдів для підвищення зрілості легенів і антибіотики для захисту від висхідної інфекції.

NICE guideline [NG25]). Preterm labour and birth, 2022.

Мета-аналіз 17 рандомізованих контрольованих досліджень продемонстрував, що призначення кортикостероїдів жінкам із ПДРПО при ПП знижує ризик респіраторного дистрес-синдрому (ВР 0,81, 95% ДІ 0,67–0,98) та внутрішньошлуночкових крововиливів (ВР 0,49, 95% ДІ 0,25–0,25–0,98). 0,96). Не спостерігалось жодної різниці щодо ризику некротизуючого ентероколіту, неонатального сепсису та оцінки за шкалою Апгар менше 7 через 5 хвилин та показниками перинатальної смертності між новонародженими, матері яких отримували стероїди, та контрольної групи.

Мета-аналіз обсерваційних досліджень свідчить про відсутність підвищеного ризику хоріоамніоніту або неонатального сепсису при застосуванні матер'ю стероїдів. Рекомендується призначати кортикостероїди жінкам при ПДРПО і ПП між 24⁺⁰ і 25⁺⁶ тижнів [рівень 2++ В], враховуючи переконливі докази наявності переваг. Наявні високоякісні докази [рівень 1++ А] зниження частоти внутрішньошлуночкових крововиливів та необхідності ШВЛ у новонароджених, що народилися від жінок з ПДРПО при ПП за умови призначення кортикостероїдів між 26⁺⁰ і 33⁺⁶ тижнів вагітності.

Необхідно розглядати можливість введення кортикостероїдів жінкам з ПДРПО при ПП між 34⁺⁰ і 35⁺⁶ тижнів вагітності [рівень 1++А], з обов'язковим поясненням жінці користі та потенційних ризиків, пов'язаних з їх застосуванням. Слід рекомендувати курс кортикостероїдів жінкам з ПДРПО при ПП з 24⁺⁰ до 35⁺⁶ тижнів вагітності, але не пропонувати повторні курси регулярно; повторне введення можливе лише з урахуванням інтервалу після останнього курсу, терміну вагітності та ймовірності пологів протягом наступних 48 годин.

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

3.3.8. Сульфат магнію рекомендується як нейропротектор, щоб зменшити ризик розвитку церебрального паралічу, якщо пологи очікуються до 32 тижнів вагітності. Кількість вагітних, яку необхідно лікувати, щоб запобігти одному випадку церебрального паралічу, становить 63 (95% ДІ=43-87) [73]. Однак RCOG також рекомендує використання сульфату магнію до 33 тижнів і 6 днів [69].

NICE guideline [NG25]). Preterm labour and birth, 2022.

Мета-аналіз рандомізованих контрольованих досліджень продемонстрував, що введення сульфату магнію жінкам із встановленими ПП або запланованими ПП протягом наступних 24 годин зменшує частоту церебрального параліча (ВР 0,69, 95% ДІ 0,55–0,88) і рухової дисфункції у дітей (ВР 0,6, 95% ДІ 0,43–0,83)[1++A]. Переваги найбільші при застосуванні сульфату магнію до 30⁺⁰ тижнів вагітності. Нейропротекторний ефект сульфату магнію у жінок з ПДРПО при ПП був продемонстрований у когортному дослідженні, що обґрунтовує доцільність рекомендацій призначення внутрішньовенно сульфату магнію жінкам з ПДРПО при ПП і тим, у яких ПП вже розпочалися або мають розпочатися протягом 24 годин, між 24⁺⁰ і 29⁺⁶ тижнів вагітності. Також доцільно розглянути можливість застосування сульфату магнію, якщо ПП очікуються між 30⁺⁰ і 33⁺⁶ тижнів.

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

3.3.9. Антибіотики показані для профілактики СГВ, якщо пологи очікуються, а статус СГВ позитивний або невідомий. Проте у жінок, яким застосовувалась очікувальна тактика і призначались антибіотики, тривалість вагітності подовжується та знижується ризик захворювань матері та новонародженого [1, 12].

Два режими «латентних» антибіотиків були підтримані 2 великими дослідженнями. Національний інститут здоров'я дитини та людського розвитку, відділення материнської та фетальної медицини (дослідження NICHD-MFMU, 614 жінок) рекомендували використання 48-годинної внутрішньовенної терапії (ампіцилін 2 г та еритроміцин 250 мг кожні 6 годин) з подальшим 5-денним пероральним прийомом. Або амоксицилін 250 мг і еритроміцин 333 мг кожні 8 годин. Цей режим асоціювався з подовженням вагітності, а також зі зниженням неонатальної захворюваності (53% до 44%, $p < 0,05$), порівняно з плацебо [74]. Дослідження ORACLE I (4826 жінок) вивчало схеми прийому пероральних антибіотиків і дійшло висновку, що еритроміцин у дозі 250 мг перорально 4 рази на день протягом 10 днів пов'язаний із

подовженням вагітності разом з іншими неонатальними перевагами, включаючи меншу потребу в додатковому кисні та нижчу частоту позитивних результатів посіву крові [75].

- 3.3.10. Виходячи з цієї інформації, рекомендується використання парентеральних і пероральних пеніцилінів, призначення бета-лактамних пеніцилінів і макролідів. Крім того, тривалий пероральний курс еритроміцину протягом 10 днів може бути використаний особливо за наявності алергії на пеніцилін або якщо пацієнтка відмовляється від госпіталізації. Ця схема наразі підтримується RCOG [69].

Guideline № 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) 2022.

Оптимальний режим антибіотикотерапії при ПДРПО залишається неясним. Якщо статус СГВ невідомий або позитивний, схема лікування антибіотиками повинна включати покриття цього збудника (сильний, помірний). Можуть бути використані наступні 2 схеми лікування антибіотиками: 1) макроліди (еритроміцин, азитроміцин або кларитроміцин) окремо або в комбінації з групою антибіотиків покриття СГВ на 2 дні (якщо статус СГВ невідомий або позитивний), або 2) комбінація ампіциліну/амоксициліну та макроліду незалежно від статусу СГВ. Немає даних, які б підтверджували доцільність продовження антибіотикотерапії понад 10 днів (сильний, помірний).

Альтернативну антибіотикотерапію можна розглянути на основі місцевих даних про антибіотикорезистентність (умовний, низький).

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

- 3.3.11. Важливо підкреслити, що початковий об'єм АР не повинен впливати на тактику щодо вагітної і прийняття рішення. Вторинний аналіз дослідження NICHD-MFMU за участю 290 жінок з одноплідною вагітністю на 24-32 тижні вагітності показує, що низький ІАР та низький МБК були присутні лише у 67,2% та 46,9% жінок відповідно. Низькі ІАР та МБК асоційовані з менш тривалим латентним періодом ($p < 0,001$), підвищеною сукупною неонатальною захворюваністю ($p = 0,03$) та посиленням РДС ($p \leq 0,01$), але не пов'язані з підвищеним ризиком хоріоамніоніту, неонатального сепсису ($p = 0,85$) і пневмонії ($p = 0,53$) [76]. Таким чином, наявність олігогідрамніону не повинна впливати на рішення про очікувальну тактику або призначення антибіотиків. Так само немає необхідності контролювати об'єм АР.

- 3.3.12. Застосування токолізу є дискутабельним питанням. Токоліз не слід використовувати для пролонгування вагітності за наявності скорочень матки через підвищений ризик хоріоамніоніту [77, 78]. Однак лікар може розглянути короткостроковий токоліз, якщо клінічна ситуація

виправдовує ризик, наприклад, щоб дозволити переведення до центру третинної медичної допомоги або призначення стероїдів. Загалом, рішення щодо призначення токолізу слід приймати з обережністю. Якщо є підозра на відшарування плаценти, токоліз протипоказаний і слід провести негайне розродження.

- *Активна тактика*

- 3.3.13. Негайні пологи показані за наявності ознак сумнівного стану плода, клінічних ознак інфекції або значного відшарування плаценти. В іншому випадку очікувальну тактику слід застосовувати до 34 тижнів вагітності.
- 3.3.14. Консервативне лікування до 37 тижнів може бути варіантом, як зазначено вище, додаткові дослідження включали пацієнтів, які мали ДРПО між 34 та 37 тижнями. Жінки з ПДРПО до 34 тижнів мають більш високий ризик інфікування, що, ймовірно, переважає переваги відтермінування пологів для новонародженого. Враховуючи той факт, що не існує ідеального способу прогнозування внутрішньоутробної інфекції, ризик неонатального сепсису слід розглядати порівняно з можливістю додавання невідомої кількості днів до зрілості плода, оскільки дані свідчать про підвищений ризик інфікування при тривалому ДРПО [26].
- 3.3.15. Пологи на 34 тижні вагітності є безпечним варіантом. Тим не менш, рішення може бути індивідуалізованим залежно від гестаційного віку при ПДРПО та рекомендацій неонатологам на основі локальних протоколів. Якщо на терміні 34 тижні неонатальний результат є значно несприятливим, продовження вагітності до 35-36 тижнів є недоцільним. Важливо налагодити контакт пацієнтки з місцевим неонатологом, щоб створити умови для реалістичних очікувань. Госпіталізація повинна бути проведена в разі попередньої відмови. Однак даних недостатньо, щоб підтвердити цей підхід. Опитування 428 акушерів показало, що 298 (69,6%) підтримують очікувальне ведення до 37 тижнів вагітності, 116 (27,1%) до 34 тижнів вагітності та 14 (3,3%) до 39 тижнів вагітності.

3.4. Ранній допологовий розрив плідних оболонок (РДРПО)

- 3.4.1. Гестаційний вік життєздатності не є константою. Недавній великий спільний семінар у США визначив «викиднем» пологи між 20 0/7 тижнів і 25 6/7 тижнів вагітності [79]. Хоча визначення життєздатності менш стандартизоване в країнах з низьким рівнем статків, у більшості випадків воно знаходиться між 25 0/7 і 28 0/7 тижнів вагітності [9-11]. Гіпоплазія легенів є основним фактором ризику неонатальної смертності [80]. Двома основними детермінантами гіпоплазії легенів є ранній гестаційний вік ДРПО та низький рівень залишкової АР [81, 82]. Гіпоплазія легенів зустрічається рідко, якщо ДРПО виникає після 23-24 тижнів вагітності, що є критичним терміном для розвитку альвеол [83].

Це пояснює, чому в розвинених країнах вік життєздатності відповідає цьому терміну вагітності. Тим не менш, відсутність сучасної допомоги та обладнання в більшості закладів у районах з обмеженими ресурсним забезпеченням пов'язана з високою неонатальною смертністю через важкий РДС або неонатальний сепсис. Таким чином, ми рекомендуємо, якщо немає певних локальних даних, вагітність між 24 і 28 тижнями слід вважати вкрай загрожуючою, а вагітних жінок з ДРПО або переймами слід негайно перевести до центру третинної медичної допомоги з наявною неонатальною інтенсивною терапією для госпіталізації, якщо і пацієнтка, і плід є стабільними для переведення.

- 3.4.2. Домашнє спостереження в даному випадку є неможливим [79].
- 3.4.3. Пацієнтку слід проконсультувати щодо показників виживаності, захворюваності, короткострокових і віддалених результатів таких пологів шляхом залучення неонатолога [79].
- 3.4.4. Немає жодних поточних доказів на підтримку планового КР для пологів у жінок із РДРПО, якщо немає акушерських показань; неонатальні наслідки є подібними з результатами в разі вагінальних пологів [84, 85].
- 3.4.5. До досягнення віку життєздатності очікувальна терапія не є стандартом лікування через високий ризик інфікування матері. Цей ризик не є виправданим, враховуючи погані неонатальні результати внаслідок гіпоплазії легенів, особливо за наявності оліго- або ангідрамніону. Необхідно провести обговорення з пацієнткою, щоб прийняти спільне рішення на основі реалістичних очікувань. Проте рішення пацієнтки слід підтримувати, а план, який забезпечує її безпеку, слід обговорювати незалежно від рішення.
- 3.4.6. Якщо ДРПО виникає до досягнення віку життєздатності, госпіталізація не є необхідною з медичної точки зору, якщо пацієнтка знає про попереджувальні ознаки материнської інфекції та переведення до третинного центру є можливим у розумний проміжок часу, в ідеалі від 15 до 30 хвилин. Однак госпіталізація може бути прийнятним варіантом, якщо безпека пацієнтки вдома не може бути забезпечена. Догляд в домашніх умовах має супроводжуватися адекватним алгоритмом подальших заходів; пацієнтки можуть відчувати мотивацію не звертатися за медичною допомогою, якщо у них виникають симптоми, щоб уникнути рішення про переривання вагітності. Необхідно ретельно обговорити послідовність виникнення материнської інфекції, включаючи можливість материнського сепсису та материнської смертності, особливо при відтермінуванні звернення. Цілком розумно запланувати щотижневі візити для перевірки стану матері та життєздатності плода.
- 3.4.7. Жодне втручання не доведено як корисне на цьому терміні, включаючи антенатальні стероїди, введення сульфату магнію або лікування СГВ.

- 3.4.8. Призначення латентних антибіотиків може бути запропоновано, якщо пацієнтка зацікавлена в очікувальному веденні для продовження вагітності та зниження ризику інфікування новонароджених.
- 3.4.9. Найбільш раннє вікно, коли антенатальні стероїди можуть забезпечити неонатальну користь для дітей, знаходиться між 23-м і 25-м тижнями вагітності. Переваги для новонароджених включають зниження неонатальної смертності, внутрішньошлуночкових крововиливів, перивентрикулярної лейкомаляції та некротичного ентероколіту [84, 86]. До настання зазначеного терміну не слід очікувати жодної користі [87].
- 3.4.10. Відомо менше даних щодо використання магнію сульфату для нейропротекції до досягнення віку життєздатності. У 3 великих клінічних дослідженнях (проведених в Австралії, Франції та США), які підкреслюють захисну роль сульфату магнію проти церебрального паралічу, брали участь жінки з медіаною (міжквартильний діапазон) 27 тижнів і 3 дні (25 5/7 тижнів – 28 5/7 тижнів), жінки, термін вагітності яких коливається від 24 тижнів до 32 тижнів 6 днів і середній термін вагітності 28,3±2,5 тижнів відповідно [88-90]. Тому стандартом догляду є введення сульфату магнію після досягнення віку життєздатності.
- 3.4.11. Якщо пацієнтку лікують консервативно і вона досягає гестаційного віку життєздатності, її слід госпіталізувати та вести так само, як жінок з ПДРПО, але знаючи, що прогноз буде менш сприятливим.

NICE guideline [NG25]). Preterm labour and birth, 2022.

РДРПО асоціюється зі збільшенням перинатальної захворюваності та смертності та часто призводить до ПП. Неонатологів слід повідомити про підтвердження діагнозу ПДРПО при ПП і очікування пологів [4U]. Жінки повинні мати можливість зустрітися з неонатологом до пологів, щоб обговорити догляд за дитиною [4U].

Когортні дослідження показали, що посттравматичний стресовий синдром виникає у значної кількості жінок, вагітність яких ускладнена ПДРПО при ПП (14% проти 2% антенатально та 17% проти 3% через 6 тижнів після пологів) [2+], тому жінкам з ПДРПО при ПП та їхнім партнерам слід запропонувати додаткову емоційну підтримку під час вагітності та після пологів [4U].

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelabor rupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

Підсумкові положення

На 37 тижні вагітності або пізніше:

- Слід надавати перевагу скорішому розродженню

<ul style="list-style-type: none"> • Антибіотики можуть бути призначені для лікування СГВ, якщо є позитивний результат або клінічна підозра на ВУІ. Піхвового дослідження необхідно уникати. Призначення профілактичних антибіотиків є суперечливим; можна розглядати, якщо латентний період перевищує 12 годин
<ul style="list-style-type: none"> • Індукція пологів за допомогою внутрішньовенного введення окситоцину є кращою за інші варіанти
<ul style="list-style-type: none"> • Якщо показаний кесарів розтин, рекомендується промивання піхви повідон-йодом 1% для зниження ризику ендометриту та ранових ускладнень
34 0/7 до 36 6/7 тижнів вагітності:
<ul style="list-style-type: none"> • Гестаційний вік при пологах слід визначати за наявними неонатальними даними. Очікувальна тактика може бути запланована до 37 тижнів вагітності, якщо очікуються істотно несприятливі неонатальні результати з передчасними пологами
<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендується антенатальний прийом стероїдів, якщо вони не призначалися на ранніх термінах вагітності
<ul style="list-style-type: none"> • Антибіотики можна призначати для лікування СГВ, якщо він позитивний або невідомий. Латентні антибіотики також доцільні, якщо застосовується очікувальна тактика
Термін вагітності менше 34 тижнів:
<ul style="list-style-type: none"> • Госпіталізація є стандартом лікування. Домашній догляд не слід пропонувати як альтернативу
<ul style="list-style-type: none"> • Необхідно взяти мазок СГВ для посіву
<ul style="list-style-type: none"> • Під час перебування в лікарні слід розглянути можливість моніторингу частоти серцевих скорочень плода, скорочень матки, клінічних ознак ВУІ та відшарування плаценти
<ul style="list-style-type: none"> • Для підвищення зрілості легенів слід провести один курс кортикостероїдів
<ul style="list-style-type: none"> • Сульфат магнію вводять для зниження ризику церебрального паралічу, якщо пологи очікуються до 32 тижнів вагітності
<ul style="list-style-type: none"> • Антибіотики можна призначати для профілактики СГВ, якщо пологи очікуються, а статус СГВ позитивний або невідомий
<ul style="list-style-type: none"> • Щоб продовжити вагітність і знизити ризик неонатальних ускладнень, слід застосовувати антибіотики в латентному періоді
<ul style="list-style-type: none"> • Очікувальна тактика доцільна до 34 тижнів вагітності. Подальше очікувальне лікування має бути обґрунтовано консенсусом між акушерською та неонатологічною командою на основі їхніх локальних даних
<ul style="list-style-type: none"> • Негайне розродження показано за наявності незадовільного стану плода, клінічних ознак інфекції або значного відшарування плаценти
РДРПО (ПРПО)

<ul style="list-style-type: none">• Очікувальна тактика не є стандартом лікування. Госпіталізація не є необхідною з медичної точки зору
<ul style="list-style-type: none">• Необхідно провести обговорення з пацієнткою, щоб прийняти спільне рішення на основі реалістичних очікувань
<ul style="list-style-type: none">• Якщо вимагається очікувальне лікування, можна розглянути можливість призначення антибіотиків у латентному періоді
<ul style="list-style-type: none">• Введення магнію сульфату або антенатальних стероїдів не показано
<ul style="list-style-type: none">• Госпіталізація розглядається, якщо вагітність досягає терміну життєздатності

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Middle-East OBGYN Graduate Education (MOGGE) Foundation Practice Guidelines: Prelaborrupture of membranes; Practice guideline № 01-O-19, 2020

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7125938/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7125938/pdf/jogh-10-010325.pdf>

1. Kuba K, Bernstein PS. ACOG Practice Bulletin No. 188: Prelabor Rupture of Membranes. *Obstet Gynecol.* 2018;131:1163-4. [Medline:29794660](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29794660/) [doi:10.1097/AOG.0000000000002663](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002663)
2. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth. [London]: NICE; 2015 [updated 2019 Aug]. (Clinical guideline [NG25]). Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25>. Accessed: 30 June, 2019.
3. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Term-Prelabour-Rupture-of-Membranes- (Term-Prom) C-Obs 36 - March 2017. Available: [https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-ME-DIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidehnes/Chnical-Obstetrics/Term-Prelabour-Rupture-of-Membranes-\(Term-Prom\)-\(C-Obs-36\)-review-2017.pdf?ext=.pdf](https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-ME-DIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidehnes/Chnical-Obstetrics/Term-Prelabour-Rupture-of-Membranes-(Term-Prom)-(C-Obs-36)-review-2017.pdf?ext=.pdf). Accessed: 22 May 2019.
4. WHO recommendation on the prophylactic antibiotic of choice in women with preterm prelabour rupture of membranes. November 2015. Available: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-post-partum-care/pregnancy-complications/prelabour-rupture-membranes/who-recommendation-prophylactic-antibiotic-choice-women-preterm-prelabour-rupture-membranes>. Accessed: 1 July 2019.
5. Breborowicz G. Limits of fetal viability and its enhancement. *Early Pregnancy.* 2001;5:49-50. [Medline:11753511](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11753511/)
6. Allen MC, Alexander GR, Tompkins ME, Hulsey TC. Racial differences in temporal changes in newborn viability and survival by gestational age. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2000;14:152-8. [Medline:10791659](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10791659/) [doi:10.1046/j.1365-3016.2000.00255.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-3016.2000.00255.x)
7. Arokiasamy P, Gautam A. Neonatal mortality in the empowered action group states of India: trends and determinants. *J Biosoc Sci.* 2008;40:183-201. [Medline:18093346](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18093346/) [doi:10.1017/S0021932007002623](https://doi.org/10.1017/S0021932007002623)
8. Morgan MA, Goldenberg RL, Schulkin J. Obstetrician-gynecologists' practices regarding preterm birth at the limit of viability. *J Matern-Fetal Neo M.* 2008;21:115-21. [Medline:18240080](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18240080/) [doi:10.1080/14767050701866971](https://doi.org/10.1080/14767050701866971)
9. Macedo M, Faria C. A Laqueação Tubária no Espaço Psicológico. *Arquivos da Maternidade Dr Alfredo da Costa.* 2000:54-58.
10. Sehgal A, Telang S, Passah S, Jyothi M. Maternal and neonatal profile and immediate outcome in extremely low birth weight babies in Delhi. *Trop Doct.* 2004;3:165-8. [Medline:15267050](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15267050/) [doi:10.1177/004947550403400315](https://doi.org/10.1177/004947550403400315)
11. Mokuolu OA, Suleiman B, Adesiyun O, Adeniyi A. Prevalence and determinants of pre-term deliveries in the University of Ilorin Teaching Hospital, Ilorin, Nigeria. *Pediatr Rep.*

- 2010;2:e3. [Medline:21589839](#) [doi:10.4081/pr.2010.e3](#)
12. Yudin MH, van Schalkwyk J, Van Eyk N. No. 233-Antibiotic Therapy in Preterm Premature Rupture of the Membranes. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39:e207-12. [Medline:28859768](#) [doi:10.1016/j.jogc.2017.06.003](#)
 13. Howick JH. *The philosophy of evidence-based medicine.* Oxford: John Wiley & Sons; 2011.
 14. Munson LA, Graham A, Koos BJ, Valenzuela GJ. Is there a need for digital examination in patients with spontaneous rupture of the membranes? *Am J Obstet Gynecol.* 1985;153:562-3. [Medline:4061518](#) [doi:10.1016/0002-9378\(85\)90474-0](#)
 15. de Haan HH, Offermans JP, Smits F, Schouten HJ, Peeters LL. Value of the fern test to confirm or reject the diagnosis of ruptured membranes is modest in nonlaboring women presenting with nonspecific vaginal fluid loss. *Am J Perinatol.* 1994;11:46-50. [Medline:8155212](#) [doi:10.1055/s-2007-994535](#)
 16. Eleje GU, Ezugwu EC, Ezebialu IU, Ojiegbe NO, Egeonu RO, Obiora CC, et al. Performance indices of AmnioQuick Duo+ versus placental a-microglobulin-1 tests for women with prolonged premature rupture of membranes. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;144:180-6. [Medline:30387138](#) [doi:10.1002/ijgo.12703](#)
 17. Lee SM, Lee J, Seong HS, Lee SE, Park JS, Romero R, et al. The clinical significance of a positive Amnisure test in women with term labor with intact membranes. *J Matern-Fetal Neo M.* 2009;22:305-10. [Medline:19350444](#)[doi:10.1080/14767050902801694](#)
 18. Lee SM, Romero R, Park JW Kim SM, Park CW, Korzeniewski SJ, et al. The clinical significance of a positive Amnisure test in women with preterm labor and intact membranes. *J Matern-Fetal Neo M.* 2012;25:1690-8. [Medline:22280400](#)[doi:10.3109/14767058.2012.657279](#)
 19. Igbiosa I, Moore FA, Johnson C, Block JE. Comparison of rapid immunoassays for rupture of fetal membranes. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17:128. [Medline:28446135](#) [doi:10.1186/s12884-017-1311-y](#)
 20. Nassar N, Roberts CL, Cameron CA, Olive EC. Diagnostic accuracy of clinical examination for detection of non-cephalic presentation in late pregnancy: cross sectional analytic study. *BMJ.* 2006;333:578-80. [Medline:16891327](#) [doi:10.1136/bmj.38919.681563.4F](#)
 21. Nabhan AF, Abdelmoula YA. Amniotic fluid index versus single deepest vertical pocket: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;104:184-8. [Medline:19046586](#) [doi:10.1016/j.ijgo.2008.10.018](#)
 22. Kehl S, Schelkle A, Thomas A, Puhl A, Meqdad K, Tuschy B, et al. Single deepest vertical pocket or amniotic fluid index as evaluation test for predicting adverse pregnancy outcome (SAFE trial): a multicenter, open-label, randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;47:674-9. [Medline:26094600](#) [doi:10.1002/uog.14924](#)
 23. Gire C, Faggianelli P, Nicaise C, Shojai R, Fiori A, Chau C, et al. Ultrasonographic evaluation of cervical length in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002;19:565-9. [Med-line:12047535](#) [doi:10.1046/j.1469-0705.2002.00666.x](#)
 24. Fischer RL, Austin JD. Cervical length measurement by translabial sonography in women with preterm premature rupture of membranes: can it be used to predict the latency period or peripartum maternal infection? *J Matern-Fetal NeoM.* 2008;21:105-9. [Medline:18240078](#) [doi:10.1080/14767050701866955](#)

25. Johnson JW, Egerman RS, Moorhead J. Cases with ruptured membranes that “re-seal”. *Am J Obstet Gynecol.* 1990; 163:1024-30, discussion 1030-1022. [Medline:2206055doi:10.1016/0002-9378\(90\)91117-U](#)
26. ACOG Practice Bulletin No. 188: Prelabor Rupture of Membranes. *Obstet Gynecol.* 2018;131:e1-14. [Medline:29266075doi:10.1097/AOG.0000000000002455](#)
27. Waters TP, Mercer BM. The management of preterm premature rupture of the membranes near the limit of fetal viability. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201:230-40. [Medline:19733274 doi:10.1016/j.ajog.2009.06.049](#)
28. Farooqi A, Holmgren PA, Engberg S, Serenius F. Survival and 2-year outcome with expectant management of second-trimester rupture of membranes. *Obstet Gynecol.* 1998;92:895-901. [Medline:9840545](#)
29. Van Teeffelen AS, van der Ham DP, Oei SG, Porath MM, Willekes C, Mol BW. The accuracy of clinical parameters in the prediction of perinatal pulmonary hypoplasia secondary to midtrimester prelabour rupture of fetal membranes: a meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;148:3-12. [Medline:19892458 doi:10.1016/j.ejogrb.2009.10.001](#)
30. Van Teeffelen AS, Van Der Heijden J, Oei SG, Porath MM, Willekes C, Opmeer B, et al. Accuracy of imaging parameters in the prediction of lethal pulmonary hypoplasia secondary to mid-trimester prelabour rupture of fetal membranes: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012;39:495-9. [Medline:21793083 doi:10.1002/uog.10047](#)
31. Blott M, Greenough A. Neonatal outcome after prolonged rupture of the membranes starting in the second trimester. *Arch Dis Child.* 1988;63(10 Spec No):1146-50. [doi:10.1136/adc.63.10 Spec No.1146](#)
32. Kenyon S, Boulvain M, Neilson JP. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;8:CD001058. [Medline:20687063](#)
33. Beydoun SN, Yasin SY. Premature rupture of the membranes before 28 weeks: conservative management. *Am J Obstet Gynecol.* 1986;155:471-9. [Medline:3752169 doi:10.1016/0002-9378\(86\)90257-7](#)
34. Garite TJ, Freeman RK. Chorioamnionitis in the preterm gestation. *Obstet Gynecol.* 1982;59:539-45. [Medline:7070724](#)
35. Major CA, de Veciana M, Lewis DF, Morgan MA. Preterm premature rupture of membranes and abruptio placentae: is there an association between these pregnancy complications? *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172:672-6. [Medline:7856704doi:10.1016/0002-9378\(95\)90591-X](#)
36. Ananth CV, Oyelese Y, Srinivas N, Yeo L, Vintzileos AM. Preterm premature rupture of membranes, intrauterine infection, and oligohydramnios: risk factors for placental abruption. *Obstet Gynecol.* 2004;104:71-7. [Medline:15229003doi:10.1097/01.AOG.0000128172.71408.a0](#)
37. Mercer BM, Arheart KL. Antimicrobial therapy in expectant management of preterm premature rupture of the membranes. *Lancet.* 1995;346:1271-9. [Medline:7475723 doi:10.1016/S0140-6736\(95\)91868-X](#)
38. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson SA, Hodnett ED, Myhr TL, et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabour rupture of the membranes at term. TERMPROM Study Group. *N Engl J Med.* 1996;334:1005-10. [Medline:8598837 doi:10.1056/NEJM199604183341601](#)

39. Keirse MJ, Ottervanger HP, Smit W. Controversies: prelabor rupture of the membranes at term: the case for expectant management. *J Perinat Med.* 1996;24:563-72. [Medline:9120739](#)
40. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. *Obstet Gynecol.* 2003;101:178-93. [Medline:12517665](#)
41. Hannah ME, Hodnett ED, Willan A, Foster GA, Di Cecco R, Helewa M, et al. Prelabor rupture of the membranes at term: expectant management at home or in hospital? *Obstet Gynecol.* 2000;96:533-8. [Medline:11004354](#) [doi:10.1097/00006250-200010000-00010](#)
42. Yee LM, Grobman WA. Perinatal outcomes in cephalic compared with noncephalic singleton presentation in the setting of preterm premature rupture of membranes before 32 weeks of gestation. *Obstet Gynecol.* 2016;128:812-8. [Medline:27607865](#) [doi:10.1097/AOG.0000000000001614](#)
43. Quist-Nelson J, Landers K, McCurdy R, Berghella V External cephalic version in premature rupture of membranes: a systematic review. *J Matern-Fetal Neo M.* 2017;30:2257-61. [Medline:27718774](#) [doi:10.1080/14767058.2016.1245284](#)
44. Mercer BM, Goldenberg RL, Moawad AH, Meis PJ, Iams JD, Das AF, et al. The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181:1216-21. [Medline:10561648](#) [doi:10.1016/S0002-9378\(99\)70111-0](#)
45. Asrat T, Lewis DF, Garite TJ, Major CA, Nageotte MP, Towers CV, et al. Rate of recurrence of preterm premature rupture of membranes in consecutive pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;165:1111-5. [Medline:1951524](#) [doi:10.1016/0002-9378\(91\)90481-6](#)
46. Mercer BM, Goldenberg RL, Meis PJ, Moawad AH, Shellhaas C, Das A, et al. The preterm prediction study: prediction of preterm premature rupture of membranes through clinical findings and ancillary testing. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:738-45. [Medline:10992202](#) [doi:10.1067/mob.2000.106766](#)
47. Harger JH, Hsing AW, Tuomala RE, Gibbs RS, Mead PB, Eschenbach DA, et al. Risk factors for preterm premature rupture of fetal membranes: a multicenter case-control study. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;163:130-7. [Medline:2197863](#) [doi:10.1016/S0002-9378\(11\)90686-3](#)
48. Berkowitz GS, Blackmore-Prince C, Lapinski RH, Savitz DA. Risk factors for preterm birth subtypes. *Epidemiol.* 1998;279-85.
49. Treadwell MC, Bronsteen RA, Botioms SF. Prognostic factors and complication rates for cervical cerclage: a review of 482 cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;165:555-8. [Medline:1892180](#) [doi:10.1016/0002-9378\(91\)90283-W](#)
50. Shree R, Caughey AB, Chandrasekaran S. Short interpregnancy interval increases the risk of preterm premature rupture of membranes and early delivery. *J Matern-Fetal Neo M.* 2018;31:3014-20. [Medline:28764570](#) [doi:10.1080/14767058.2017.1362384](#)
51. Meis PJ, Klebanoff M, Thom E, Dombrowski MP, Sibai B, Moawad AH, et al. Prevention of recurrent preterm delivery by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate. *N Engl J Med.* 2003;312:2379-85. [Medline:12802023](#) [doi:10.1056/NEJ-Moa035140](#)
52. Tita AT, Rouse DJ. Progesterone for preterm birth prevention: an evolving intervention. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200:219-24. [Medline:19254577](#) [doi:10.1016/j.ajog.2008.12.035](#)
53. Berghella V, Rafael TJ, Szychowski JM, Rust OA, Owen J. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: A meta-

- analysis. *Obstet Gynecol.* 2011;117:663-71.
[Medline:21446209doi:10.1097/AOG.0b013e31820ca847](#)
54. Saccone G, Khalifeh A, Elimian A, Bahrami E, Chaman-Ara K, Bahrami M, et al. Vaginal progesterone vs intramuscular 17a-hydroxyprogesterone caproate for prevention of recurrent spontaneous preterm birth in singleton gestations: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;49:315-21. [Med-line:27546354 doi:10.1002/uog.17245](#)
 55. El Kholy A, Baseem H, Hall GS, Procop GW, Longworth DL. Antimicrobial resistance in Cairo, Egypt 1999—2000: a survey of five hospitals. *J Antimicrob Chemother.* 2003;51:625-30. [Medline:12615864 doi:10.1093/jac/dkg101](#)
 56. Wojcieszek AM, Stock OM, Flenady V. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;CD001058. [Medline:25352443 doi:10.1002/14651858.CD001807.pub2](#)
 57. Nabhan AF, Elhelaly A, Elkadi M. Antibiotic prophylaxis in prelabor spontaneous rupture of fetal membranes at or beyond 36 weeks of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;124:59-62. [Medline:24140220 doi:10.1016/j.ijgo.2013.07.018](#)
 58. Middleton P, Shepherd E, Flenady V, McBain RD, Crowther CA. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;CD005302. [Medline:28050900 doi:10.1002/14651858.CD005302.pub3](#)
 59. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson SA, Hodnett ED, Myhr TL, et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. *N Engl J Med.* 1996;334:1005-10. [Medline:8598837doi:10.1056/NEJM199604183341601](#)
 60. Cabrera IB, Quinones JN, Durie D, Rust J, Smulian JC, Scorza WE. Use of intracervical balloons and chorioamnionitis in term premature rupture of membranes. *J Matern-Fetal Neo M.* 2016;29:967-71. [Medline:25845274 doi:10.3109/14767058.2015.1027191](#)
 61. Amorosa JM, Stone J, Factor SH, Booker W, Newland M, Bianco A. A randomized trial of Foley bulb for labor induction in premature rupture of membranes in nulliparas (FLIP). *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217:360. [Medline:28479288doi:10.1016/j.ajog.2017.04.038](#)
 62. Sanchez-Ramos L, Roeckner J, Kaunitz AM. Comparative effectiveness of antiseptic formulations for the surgical preparation of the vagina prior to cesarean delivery. A systematic review and network meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218:S499. [doi:10.1016/j.ajog.2017.11.373](#)
 63. Quist-Nelson J, Landers K, McCurdy R, Berghella V External cephalic version in premature rupture of membranes: asystematic review. *J Matern-Fetal Neonatal M.* 2017;30:2257-61. [Medline:27718774 doi:10.1080/14767058.2016.1245284](#)
 64. Diguisto C, Winer N, Descruid C, Tavernier E, Weymuller V, Giraudeau B, et al. Amnioinfusion for women with a singleton breech presentation and a previous failed external cephalic version: a randomized controlled trial. *J Matern-Fetal Neonatal M.* 2018;31:993-9. [Medline:28279119 doi:10.1080/14767058.2017.1304909](#)
 65. Gyamfi-Bannerman C, Thom EA, Blackwell SC, Tita AT, Reddy UM, Saade GR, et al. Antenatal betamethasone for women at risk for late preterm delivery. *N Engl J Med.* 2016;374:1311-20. [Medline:26842679 doi:10.1056/NEJMoa1516783](#)
 66. Morris JM, Roberts CL, Bowen JR, Patterson JA, Bond DM, Algert CS, et al. Immediate

- delivery compared with expectant management after preterm pre-labour rupture of the membranes close to term (PPROMT trial): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;387:444-52. [Medline:26564381](#) [doi:10.1016/S0140-6736\(15\)00724-2](#)
67. Quist-Nelson J, de Ruigh AA, Seidler AL, van der Ham DP, Willekes C, Berghella V, et al. Immediate delivery compared with expectant management in late preterm prelabor rupture of membranes: An individual participant data meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2018;131:269-79. [Medline:29324621](#) [doi:10.1097/AOG.0000000000002447](#)
 68. Campbell O, Gipson R, El Mohandes A, Issa AH, Matta N, Mansour E, et al. The Egypt national perinatal/neonatal mortality study 2000. *J Perinatol*. 2004;24:284. [Medline:15042109](#) [doi:10.1038/sj.jp.7211084](#)
 69. Thomson AJ; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Care of women presenting with suspected preterm prelabour rupture of membranes from 24+0 weeks of gestation. *BJOG*. 2019;126:e152-66. [Medline:31207667](#)[doi:10.1111/1471-0528.15803](#)
 70. Smith CV, Greenspoon J, Phelan JP, Platt LD. Clinical utility of the nonstress test in the conservative management of women with preterm spontaneous premature rupture of the membranes. *J Reprod Med*. 1987;32:1-4. [Medline:3560057](#)
 71. Caissutti C, Familiari A, Khalil A, Flacco ME, Manzoli L, Scambia G, et al. Small fetal thymus and adverse obstetrical outcome: a systematic review and a meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97:111-21. [Medline:29057456](#)[doi:10.1111/aogs.13249](#)
 72. Catano Sabogal PC, Fonseca J, Garcla-Perdomo HA. Validation of diagnostic tests for histologic chorioamnionitis: Systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;228:13-26. [Medline:29908373](#) [doi:10.1016/j.ejogrb.2018.05.043](#)
 73. Doyle LW Crowther CA, Middleton P, Marret S, Rouse D. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;1:CD004661. [Medline:19160238](#) [doi:10.1002/14651858.CD004661.pub3](#)
 74. Mercer BM, Miodovnik M, Thurnau GR, Goldenberg RL, Das AF, Ramsey RD, et al. Antibiotic therapy for reduction of infant morbidity after preterm premature rupture of the membranes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1997 ;278:989-95. [Medline:9307346](#) [doi:10.1001/jama.1997.03550120049032](#)
 75. Kenyon SL, Taylor D, Tarnow-Mordi W Broad-spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of fetal membranes: the ORACLE I randomised trial. *Lancet*. 2001;357:979-88. [Medline:11293640](#) [doi:10.1016/S0140-6736\(00\)04233-1](#)
 76. Mercer BM, Rabello YA, Thurnau GR, Miodovnik M, Goldenberg RL, Das AF, et al. The NICHD-MFMU antibiotic treatment of preterm PROM study: impact of initial amniotic fluid volume on pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194:438-45. [Medline:16458643](#) [doi:10.1016/j.ajog.2005.07.097](#)
 77. Garite TJ, Keegan KA, Freeman RK, Nageotte MP A randomized trial of ritodrine tocolysis versus expectant management in patients with premature rupture of membranes at 25 to 30 weeks of gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 1987;157:388-93. [Medline:3303937](#) [doi:10.1016/S0002-9378\(87\)80179-5](#)
 78. Mackeen AD, Seibel-Seamon J, Grimes-Dennis J, Baxter JK, Berghella V. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;CD007062. [Medline:21975760](#) [doi:10.1002/14651858.CD007062.pub2](#)
 79. Raju TN, Mercer BM, Burchfield DJ, Joseph GF Jr. Periviable birth: executive summary of a joint workshop by the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, American Academy of

- Pediatrics, and American College of Obstetricians and Gynecologists. Am J Obstet Gynecol.2014;210:406-17. [Medline:24725732 doi:10.1016/j.ajog.2014.02.027](#)
80. Waters TP, Mercer BM. The management of preterm premature rupture of the membranes near the limit of fetal viability. Am J Obstet Gynecol. 2009;201:230-40. [Medline:19733274 doi:10.1016/j.ajog.2009.06.049](#)
 81. van Teeffelen AS, van der Ham DP, Oei SG, Porath MM, Willekes C, Mol BW The accuracy of clinical parameters in the prediction of perinatal pulmonary hypoplasia secondary to midtrimester prelabour rupture of fetal membranes: a meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010;148:3-12. [Medline:19892458 doi:10.1016/j.ejogrb.2009.10.001](#)
 82. van Teeffelen AS, Van Der Heijden J, Oei SG, Porath MM, Willekes C, Opmeer B, et al. Accuracy of imaging parameters in the prediction of lethal pulmonary hypoplasia secondary to mid-trimester prelabor rupture of fetal membranes: a systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2012;39:495-9. [Medline:21793083 doi:10.1002/uog.10047](#)
 83. Farooqi A, Holmgren PÅ, Engberg S, Serenius F Survival and 2-year outcome with expectant management of second-trimester rupture of membranes. Obstet Gynecol. 1998;92:895-901. Medline:9840545
 84. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus No.6: Periviable Birth. Obstet Gynecol. 2017;130:e187. [Medline:28937572 doi:10.1097/AOG.0000000000002352](#)
 85. Alfirovic Z, Milan SJ, Livio S. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. Cochrane Data-base Syst Rev. 2012;CD000078. Medline:22696314 [doi:10.1002/14651858.CD000078.pub2](#)
 86. Carlo WA, McDonald SA, Fanaroff AA, Vohr BR, Stoll BJ, Ehrenkranz RA, et al. Association of antenatal corticosteroids with mortality and neurodevelopmental outcomes among infants born at 22 to 25 weeks' gestation. JAMA. 2011 ;306:2348-58. [Medline:22147379 doi:10.1001/jama.2011.1752](#)
 87. Harding JE, Pang JM, Knight DB, Liggins GC. Do antenatal corticosteroids help in the setting of preterm rupture of membranes? Am J Obstet Gynecol. 2001;184:131-9. [Medline:11174492 doi:10.1067/mob.2001.108331](#)
 88. Crowther CA, Hiller JE, Doyle LW, Haslam RR. Effect of magnesium sulfate given for neuroprotection before preterm birth: a randomized controlled trial. JAMA. 2003;290:2669-76. [Medline:14645308 doi:10.1001/jama.290.20.2669](#)
 89. Marret S, Marpeau L, Zupan-Simunek V, Eurin D, Leveque C, Hellot MF, et al. Magnesium sulphate given before very-preterm birth to protect infant brain: the randomised controlled PREMAG trial. BJOG. 2007;114:310-8. [Medline:17169012 doi:10.1111/j.1471-0528.2006.01162.x](#)
 90. Rouse DJ, Hirtz DG, Thom E, Varner MW, Spong CY, Mercer BM, et al. A randomized, controlled trial of magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy. N Engl J Med. 2008;359:895-905. [Medline:18753646 doi:10.1056/NEJ-Moa0801187](#)

NICE guideline [NG25] Preterm labour and birth, 2022

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng25/evidence/full-guideline-november-2015-pdf-2176838029>

1. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Cervical insufficiency and cervical cerclage. Clinical Practice Guideline No. 373. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2019;41(2):233-47.
2. McCue B, Torbenson VE. Fetal Fibronectin: the benefits of a high negative predictive value in management of preterm labor. Contemporary Obstetrics and Gynecology. [Internet]. 2017 [cited 2019 October 10]; 62(9):1-6.
3. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth. [Internet]. 2012 [cited 2019 October 03]. Available from: <http://www.who.int>.
4. Queensland Clinical Guidelines. Perinatal care at the threshold of viability Guideline No. MN14.32-V1-R19. [Internet]. Queensland Health. 2014. [cited 2019 October 09]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au/qcg>
5. Australian Institute of Health and Welfare. Australia's mothers and babies 2017-in brief. [Internet]. 2019 [cited 2019 October 03]. Available from: <https://www.aihw.gov.au>.
6. Phillips C, Velji Z, Hanly C, Metcalfe A. Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. British Medical Journal. [Internet]. 2017 [cited 2019 October 09]; DOI:10.1136/bmjopen-2016-015402.
7. Horsch A, Tolsa J-F, Gilbert L, Chêne L, Müller-Nix C, Graz M, et al. Improving maternal mental health following preterm birth using an expressive writing intervention: a randomized controlled trial. Child Psychiatry & Human Development. [Internet]. 2016 [cited 2020 April 7]; 47(5):780-91 DOI:10.1007/s10578-015-0611-6.
8. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Mental health care in the perinatal period. College statement C-Obs 48. [Internet]. 2018 [cited 2020 April 7]. Available from: <http://www.ranzcog.edu.au/>.
9. Accortt E, Cheadle A, Dunkel Schetter C. Prenatal depression and adverse birth outcomes: an updated systematic review. Maternal & Child Health Journal. [Internet]. 2015 [cited 2020 April 7]; 19(6):1306-37 DOI:10.1007/s10995-014-1637-2.
10. Queensland Clinical Guidelines. Consumer information: preterm labour and birth. Guideline No. C20.6-2-V2-R25. [Internet]. Queensland Health. 2020. [cited 2020 April 20]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au/qcg>
11. Queensland Clinical Guidelines. Consumer information: baby needing transfer. Guideline No. C18.18-1-V2-R23. [Internet]. Queensland Health. 2018. [cited 2019 October 08]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au/qcg>
12. Queensland Clinical Guidelines. Standard care. Guideline No. MN18.50-V1-R23. [Internet]. Queensland Health. 2018. [cited 2019 October 03]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au/qcg>
13. Iams JD, Berghella V. Care for women with prior preterm birth. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2010; 203(2):89-100.
14. Piso B, Zechmeister-Koss I, Winkler R. Antenatal interventions to reduce preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014; 7(1):265.
15. Australian Government. Pregnancy care guidelines: 2.3 risk of preterm birth. Australian Government Department of Health and Ageing: Canberra. [Internet]. 2012 [cited 2022 November 10]. Available from: <https://www.health.gov.au/>.
16. Belihu FB, Davey M-A, Small R. Perinatal health outcomes of East African immigrant populations in Victoria, Australia: a population based study. BioMed Central Pregnancy and Childbirth. [Internet]. 2016 [cited 2022 November 10]; 16(1):86 DOI:10.1186/s12884-016-0886-z.
17. Schaaf JM, Liem SM, Mol BW, Abu-Hanna A, Ravelli AC. Ethnic and racial disparities in the risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis. Am J Perinatol. [Internet]. 2013 [cited 2022 November 10]; 30(6):433-50 DOI:10.1055/s-0032-1326988.

18. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Measurement of cervical length for prediction of preterm birth. College statement C-Obs [Internet]. 2021 [cited 2022 November 30]. Available from: <http://www.ranzcog.edu.au/>.
19. Yang J, Baer RJ, Berghella V, Chambers C, Chung P, Coker T, et al. Recurrence of preterm birth and early term birth. *Obstet Gynecol.* [Internet]. 2016 [cited 2019 October 3]; 128(2):364-72.
20. Department of Health. Clinical practice guidelines: pregnancy care guidelines. [Internet]. 2019 [cited 2019 October 03]. Available from: <http://www.health.gov.au>.
21. Zeynep Asli Oskovi K, Ozgu-Erdinc AS. Prediction of preterm birth: maternal characteristics, ultrasound markers, and biomarkers: an updated overview. *Journal of Pregnancy.* [Internet]. 2018 [cited 2020 April 20]; 2018 DOI:10.1155/2018/8367571.
22. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Preterm labour and birth. [Internet]. 2015 [cited 2019 October 03]. Available from: <http://www.nice.org.uk>.
23. Edlow AG, Srinivas SK, Elovitz MA. Second-trimester loss and subsequent pregnancy outcomes: what is the real risk? *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2007; 197(6):581 e1-6.
24. Withanawasam N, Tara S. The shortened cervix in pregnancy: investigation and current management recommendations for primary caregivers. *Australian Journal for General Practitioners.* [Internet]. 2019 [cited 2022 November 10]; 48:121-3.
25. Coutinho CM, Sotiriadis A, Odibo A, Khalil A, D'Antonio F, Feltovich H, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in the prediction of spontaneous preterm birth. *Ultrasound Obstetrics and Gynecology.* [Internet]. 2022 [cited 2022 November 10]; 60(3):435-56 DOI:10.1002/uog.26020.
26. Arnold MJ. Predicting and preventing preterm birth: recommendations from ACOG. *American Family Physician.* [Internet]. 2022 [cited 2022 November 14]; 106(3):337-9.
27. Son M, Miller, Emily S. Predicting preterm birth: cervical length and fetal fibronectin. *Seminars in Perinatology.* [Internet]. 2017 [cited 2019 October 03]; DOI:10.1053/j.semperi.2017.08.002.
28. Melamed N, Pittini A, Hirsch L, Yogev Y, Korzeniewski SJ, Romero R, et al. Do serial measurements of cervical length improve the prediction of preterm birth in asymptomatic women with twin gestations? 2016; 215 DOI:10.1016/j.ajog.2016.06.034.
Queensland Clinical Guideline: Preterm labour and birth Refer to online version, destroy printed copies after use Page 22 of 25
29. Westerway SC, Pedersen LH, Hyett J. Cervical length measurement: comparison of transabdominal and transvaginal approach. *Australasian Journal Of Ultrasound In Medicine.* [Internet]. 2015 [cited 2020 January 25]; 18(1):19-26.
30. Conde-Agudelo AR, Roberto R. Predictive accuracy of changes in transvaginal sonographic cervical length over time for preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* [Internet]. 2015 [cited 2019 October 03]; DOI:10.1016/j.ajog.2015.06.015.
31. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Progesterone: use in the second and third trimester of pregnancy for the prevention of preterm birth. College statement C-Obs 29b. [Internet]. 2017 [cited 2019 October 03]. Available from: <http://www.ranzcog.edu.au/>.
32. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Prediction and prevention of preterm birth. Practice Bulletin Number 130. *Obstet Gynecol.* 2012; DOI:10.1097/AOG.0b013e3182723b1b
33. Romero R, Conde-Agudelo A, Rehal A, Da Fonseca E, Brizot ML, Rode L, et al. Vaginal progesterone for the prevention of preterm birth and adverse perinatal outcomes in twin gestations with a short cervix: an updated individual patient data meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology.* [Internet]. 2022 [cited 2022 November 30]; 59(2):263-6 DOI:10.1002/uog.24839.

34. Shennan A, Suff N, Leigh Simpson J, Jacobsson B, Mol BW, Grobman WA, et al. FIGO good practice recommendations on progestogens for prevention of preterm delivery. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. [Internet]. 2021 [cited 2022 November 14]; 155(1):16-8 DOI:10.1002/ijgo.13852.
35. Jarde A. Effectiveness of progesterone, cerclage and pessary for preventing preterm birth in singleton pregnancies: a systematic review and network meta-analysis. [Internet]. 2017 [cited 2019 October 03]; DOI:10.1111/1471-0528.14624.
36. Newnham JP, White SW, Meharry S, Lee HS, Pedretti MK, Arrese CA, et al. Reducing preterm birth by a statewide multifaceted program: an implementation study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. [Internet]. 2017 [cited 2022 November 14]; 216(5):434-42 DOI:10.1016/j.ajog.2016.11.1037.
37. Alfirovic Z, Stampalija T, Medley N. Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2017 [cited 2019 October 03]; (6) DOI:10.1002/14651858.CD008991.pub3.
38. Boelig RC, Berghella V. Current options for mechanical prevention of preterm birth. *Seminars in Perinatology*. [Internet]. 2017 [cited 2020 February 26]; 41(8):452-60 DOI:10.1053/j.semperi.2017.08.003.
39. Norwitz E. Transvaginal cervical cerclage. [Internet]. Waltham MA: UpToDate Inc; January 2020 [cited 2020 April 9]. Available from: <https://www.uptodate.com>.
40. Suff N, Story L, Shennan A. The prediction of preterm delivery: what is new? *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2019; 24(1):27-32.
41. Celik E, To M, Gajewska K, Smith GC, Nicolaides KH. Cervical length and obstetric history predicts spontaneous preterm birth: development and validation of a model to provide individualized risk assessment. *Ultrasound Obstetrics and Gynecology*. [Internet]. 2008 [cited 2020 February 23]; 31(5):549-54 DOI:10.1002/uog.5333.
42. Berghella V, Hayes E, Visintine J, Baxter JK. Fetal fibronectin testing for reducing the risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2008 [cited 2019 October 03]; DOI:10.1002/14651858.CD006843.pub2.
43. Vandermolen BI, Hezelgrave NL, Smout EM, Abbott DS, Seed PT, Shennan AH. Quantitative fetal fibronectin and cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women with previous cervical surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016 [cited 2020 January 28]; 215(4):480-1.
44. Sarah P, Alison D, Sean D. Prediction of recurrent preterm delivery in asymptomatic women—an anxiety reducing measure? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. [Internet]. 2019 [cited 2019 November 21]; DOI:10.1016/j.eurox.2019.100064.
45. Abbott DS, Radford SK, Seed PT, Tribe RM, Shennan AH. Evaluation of a quantitative fetal fibronectin test for spontaneous preterm birth in symptomatic women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2013;208(2):122 e1-6.
46. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of preterm labor. *Practice Bulletin No. 171*. 2016;128(4):e155-e64.
47. Abbott DS, Hezelgrave NL, Seed PT, Norman JE, David AL, Bennett PR, et al. Quantitative fetal fibronectin to predict preterm birth in asymptomatic women at high risk. [Internet]. 2015 [cited 2020 February 26]; 125(5):1168-76 DOI:10.1097/aog.0000000000000754.
48. Kiefer DG, Vintzileos AM. The utility of fetal fibronectin in the prediction and prevention of spontaneous preterm birth. 2008; 1(3):106-12.
49. Hezelgrave NL, Shennan AH. Quantitative fetal fibronectin to predict spontaneous preterm birth: a review. *Women's Health*. 2016 [cited 2020 January 28]; 12(1):121-8 DOI:10.2217/whe.15.74.

50. Queensland Clinical Guidelines. Preterm prelabour rupture of membranes (PPROM). Guideline No.MN18.48-V1-R23. [Internet]. Queensland Health. 2018. [cited 2019 October 08]. Available from:<https://www.health.qld.gov.au/qcg>
51. Queensland Health. Maternity services. Clinical services capability framework for public and licensed privatehealth facilities v3.2. [Internet]. 2014 [cited 2019 October 09]. Available from: <http://www.health.gov.au>.
52. Queensland Clinical Guidelines. Antenatal corticosteroids. Guideline No. MN21.64-V1-R26. [Internet].Queensland Health. 2021. [cited 2022 November 30]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au/qcg>
53. Rochow N, Landau-Crangle E, Lee S, Schünemann H, Fusch C. Quality indicators but not admissionvolumes of neonatal intensive care units are effective in reducing mortality rates of preterm infants. PloS one.[Internet]. 2016 [cited 2020 May 14]; 11(8):1-12 DOI:10.1371/journal.pone.0161030.
54. Edwards K, Impey L. Extreme preterm birth in the right place: a quality improvement project. BMJ Journals.[Internet]. 2019 [cited 2020 May 14]; DOI:10.1136/archdischild-2019-31774.Queensland Clinical Guideline: Preterm labour and birthRefer to online version, destroy printed copies after use Page 23 of 25
55. David AL, Soe A. Extreme prematurity and perinatal management. Obstetrician & Gynaecologist. [Internet].2018 [cited 2020 May 14]; 20(2):109-17.
56. Mackeen AD, Seibel-Seamon J, Muhammad J, Baxter JK, Berghella V. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2014 [cited 2019 October 03]; (2)DOI:10.1002/14651858.CD007062.pub3.
57. Conde-Agudelo A, Romero R, Kusanovic JP. Nifedipine in the management of preterm labor: a systematicreview and metaanalysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2011; 204(2):134 e1-20.
58. Flenady V, Wojcieszek AM, Papatsonis DNM, Stock OM, Murray L, Jardine LA, et al. Calcium channelblockers for inhibiting preterm labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2014[cited 2019 October 03]; (6) DOI:10.1002/14651858.CD002255.pub2.
59. Australian Medicines Handbook. Drugs for preterm labour. Nifedipine. Salbutamol. [Internet]. Adelaide:Australian Medicines Handbook Pty Ltd; July 2019 [cited 2019 October 03]. Available from:<http://www.amh.net.au/>.
60. Gaunekar NN, Raman P, Bain E, Crowther CA. Maintenance therapy with calcium channel blockers forpreventing preterm birth after threatened preterm labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet].2013 [cited 2019 October 03]; (10) DOI:10.1002/14651858.CD004071.pub2.
61. Haas DM, Caldwell DM, Kirkpatrick P, McIntosh JJ, Welton NJ. Tocolytic therapy for preterm delivery:systematic review and network meta-analysis. British Medical Journal. [Internet]. 2012 [cited 2019 October 03];345:e6226 DOI:10.1136/bmj.e6226.
62. Neilson JP, West HM, Dowswell T. Betamimetics for inhibiting preterm labour. Cochrane Database ofSystematic Reviews. [Internet]. 2014 [cited 2019 October 03]; DOI:10.1002/14651858.CD004352.pub3.
63. Dodd JM, Crowther CA, Middleton P. Oral betamimetics for maintenance therapy after threatened preterm labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2012 [cited 2019 October 03]; 12:CD003927DOI:10.1002/14651858.CD003927.pub3.
64. King J, Flenady V, Cole S, Thornton S. Cyclo-oxygenase (COX) inhibitors for treating preterm labour.Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2005; DOI:10.1002/14651858.CD001992.pub2.
65. Reinebrant HE, Pileggi-Castro C, Romero CLT, dos Santos RAN, Kumar S, Souza JP, et al. Cyclooxygenase (COX) inhibitors for treating preterm labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet].2015 [cited 2019 October 03]; DOI:10.1002/14651858.CD001992.pub3.

66. Hammers AL, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Antenatal exposure to indomethacin increases the risk of severe intraventricular hemorrhage, necrotizing enterocolitis, and periventricular leukomalacia: a systematic review with meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. [Internet]. 2015 [cited 2020 January 27]; 212(4):505-.
67. Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. [Internet]. 2017 [cited 2019 October 03]; DOI:10.1002/14651858.CD004454.pub3.
68. Crowther CA, McKinlay CJD, Middleton P, Harding JE. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for improving neonatal health outcomes. [Internet]. 2015 [cited 2019 October 03]; DOI:10.1002/14651858.CD003935.pub4.
69. World Health Organization. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. [Internet]. 2015 [cited 2019 October 03]. Available from: <http://www.who.int>.
70. Queensland Clinical Guidelines. Early onset of Group B streptococcus disease. Guideline No. MN16.20-V3-R21. [Internet]. Queensland Health. 2016. [cited 2019 November 19]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au/qcg>
71. Tita AT, Andrews WW. Diagnosis and management of clinical chorioamnionitis. *Clinical Perinatology*. 2010;37(2):339-54.
72. Australasian Society for Infectious Diseases. Management of perinatal infections. [Internet]. 2014 [cited 2020 February 23]. Available from: <http://www.asid.net.au/>.
73. Flenady V, Hawley G, Stock OM, Kenyon S, Badawi N. Prophylactic antibiotics for inhibiting preterm labour with intact membranes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2013 [cited 2019 December 17]; DOI:10.1002/14651858.CD000246.pub2.
74. Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, Marret S, Rouse D. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2009; DOI:10.1002/14651858.CD004661.pub3.
75. The Antenatal Magnesium Sulphate for Neuroprotection Guideline Development Panel. Antenatal magnesium sulphate prior to preterm birth for neuroprotection of the fetus, infant and child: national clinical practice guidelines. The University of Adelaide. [Internet]. 2010 [cited 2019 October 08]. Available from: <http://www.nhmrc.gov.au>.
76. Doyle LW, Anderson PJ, Haslam R, Lee KJ, Crowther C. School-age outcomes of very preterm infants after antenatal treatment with magnesium sulfate vs placebo. *JAMA*. 2014; 312(11):1105-13.
77. World Health Organization. WHO recommendation on the optimal mode of birth for women in refractory preterm labour. 2015. Available from: <http://www.who.int>.
78. Thomas PE, Petersen SG, Gibbons K. The influence of mode of birth on neonatal survival and maternal outcomes at extreme prematurity: a retrospective cohort study. [Internet]. 2016 [cited 2020 April 2]; 56:60-8.
79. Alfirevic Z, Milan SJ, Livio S. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2012 [cited 2019 October 09]; DOI:10.1002/14651858.CD000078.pub3.

Guideline №. 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC);

Pre Labour Rupture of the Membranes (Preterm and Term), 2022.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216322006041>.

1. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, et al. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008;371:75e84.

2. Statistics Canada. Live births, by weeks of gestation. 2021. Available at: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid%41310042501>. Accessed on May 26, 2022.
3. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. *Obstet Gynecol* 2003;101:178e93.
4. Dammann O, Leviton A, Gappa M, et al. Lung and brain damage in preterm newborns, and their association with gestational age, prematurity subgroup, infection/inflammation and long term outcome. *BJOG* 2005;11(2 Suppl 1):4e9.
5. Boettcher LB, Clark EAS. Neonatal and childhood outcomes following preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2020;47:671e80.
6. Menon R, Richardson LS. Preterm prelabor rupture of the membranes: a disease of the fetal membranes. *Semin Perinatol* 2017;41:409e19.
7. Tchirikov M, Schlabritz-Loutsevitch N, Maher J, et al. Mid-trimester preterm premature rupture of membranes (PPROM): etiology, diagnosis, classification, international recommendations of treatment options and outcome. *J Perinat Med* 2018;46:465e88.
8. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: one syndrome, many causes. *Science* 2014;345:760e5.
9. Romero R, Quintero R, Oyarzun E, et al. Intraamniotic infection and the onset of labor in preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1988;159:661e6.
10. Rodriguez-Trujillo A, Cobo T, Vives I, et al. Gestational age is more important for short-term neonatal outcome than microbial invasion of the amniotic cavity or intra-amniotic inflammation in preterm prelabor rupture of membranes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2016;95:926e33.
11. Romero R, Miranda J, Chaemsaitong P, et al. Sterile and microbial associated intra-amniotic inflammation in preterm prelabor rupture of membranes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2015;28:1394e409.
12. Musilova I, Kutova R, Pliskova L, et al. Intraamniotic inflammation in women with preterm prelabor rupture of membranes. *PLoS One* 2015;10: e0133929.
13. DiGiulio DB, Romero R, Kusanovic JP, et al. Prevalence and diversity of microbes in the amniotic fluid, the fetal inflammatory response, and pregnancy outcome in women with preterm pre-labor rupture of membranes. *Am J Reprod Immunol* 2010;64:38e57.
14. Peaceman AM, Lai Y, Rouse DJ, et al. Length of latency with preterm premature rupture of membranes before 32 weeks' gestation. *Am J Perinatol* 2015;32:57e62.
15. Melamed N, Hadar E, Ben-Haroush A, et al. Factors affecting the duration of the latency period in preterm premature rupture of membranes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009;22:1051e6.
16. Prelabor rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 2020;135:e80e97.
17. Thomson AJ, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Care of women presenting with suspected preterm prelabour rupture of membranes from 24(\geq) weeks of gestation: green-top guideline no. 73. *BJOG* 2019;126:e152e66.
18. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes: diagnosis and management. *Clin Perinatol* 2004;31:765e782, vi.
19. van der Ham DP, van Teeffelen AS, Mol BW. Prelabour rupture of membranes: overview of diagnostic methods. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2012;24:408e12.
20. Alexander JM, Mercer BM, Miodovnik M, et al. The impact of digital cervical examination on expectantly managed preterm rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1003e7.

21. Munson LA, Graham A, Koos BJ, et al. Is there a need for digital examination in patients with spontaneous rupture of the membranes? *Am J Obstet Gynecol* 1985;153:562e3.
22. Seeds AE, Hellegers AE. Acid-base determinations in human amniotic fluid throughout pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1968;101:257e60.
23. de Haan HH, Offermans PM, Smits F, et al. Value of the fern test to confirm or reject the diagnosis of ruptured membranes is modest in nonlaboring women presenting with nonspecific vaginal fluid loss. *Am J Perinatol* 1994;11:46e50.
24. El-Messidi A, Cameron A. Diagnosis of premature rupture of membranes: inspiration from the past and insights for the future. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32:561e9.
25. Atlay RD, Sutherst JR. Premature rupture of the fetal membranes confirmed by intra-amniotic injection of dye (Evans blue T-1824). *Am J Obstet Gynecol* 1970;108:993e4.
26. van der Ham DP, van Melick MJ, Smits L, et al. Methods for the diagnosis of rupture of the fetal membranes in equivocal cases: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;157:123e7.
27. Palacio M, Kuhnert M, Berger R, et al. Meta-analysis of studies on biochemical marker tests for the diagnosis of premature rupture of membranes: comparison of performance indexes. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:183.
28. Ramsauer B, Vidaeff AC, Hosli I, et al. The diagnosis of rupture of fetal membranes (ROM): a meta-analysis. *J Perinat Med* 2013;41:233e40.
29. Sosa CG, Herrera E, Restrepo JC, et al. Comparison of placental alpha microglobulin-1 in vaginal fluid with intra-amniotic injection of indigo carmine for the diagnosis of rupture of membranes. *J Perinat Med* 2014;42:611e6.
30. Smith CV, Greenspoon J, Phelan JP, et al. Clinical utility of the nonstress test in the conservative management of women with preterm spontaneous premature rupture of the membranes. *J Reprod Med* 1987;32:1e4.
31. Liston R, Sawchuck D, Young D. No. 197b-fetal health surveillance: intrapartum consensus guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2018;40:e298e322.
32. Rizzo G, Capponi A, Angelini E, et al. The value of transvaginal ultrasonographic examination of the uterine cervix in predicting preterm delivery in patients with preterm premature rupture of membranes. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998;11:23e9.
33. Tsoi E, Fuchs I, Henrich W, et al. Sonographic measurement of cervical length in preterm prelabor amniorrhexis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;24:550e3.
34. Lee SM, Park KH, Jung EY, et al. Frequency and clinical significance of short cervix in patients with preterm premature rupture of membranes. *PLoS One* 2017;12:e0174657.
35. Carlan SJ, Richmond LB, O'Brien WF. Randomized trial of endovaginal ultrasound in preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 1997;89:458e61.
36. Gire C, Faggianelli P, Nicaise C, et al. Ultrasonographic evaluation of cervical length in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;19:565e9.
37. Mehra S, Amon E, Hopkins S, et al. Transvaginal cervical length and amniotic fluid index: can it predict delivery latency following preterm premature rupture of membranes? *Am J Obstet Gynecol* 2015;212:400. e1e9.
38. Mader J, Craig C. Management of group B streptococcus-positive women with preterm premature rupture of the membranes: still a therapeutic dilemma. *J Obstet Gynaecol Can* 2018;40:1627e31.
39. Mercer BM, Crocker LG, Boe NM, et al. Induction versus expectant management in premature rupture of the membranes with mature amniotic fluid at 32 to 36 weeks: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:775e82.

40. Goldenberg RL, Nelson KG, Davis RO, et al. Delay in delivery: influence of gestational age and the duration of delay on perinatal outcome. *Obstet Gynecol* 1984;64:480e4.
41. Sharp GC, Stock SJ, Norman JE. Fetal assessment methods for improving neonatal and maternal outcomes in preterm prelabour rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;10:CD010209.
42. Vermillion ST, Kooba AM, Soper DE. Amniotic fluid index values after preterm premature rupture of the membranes and subsequent perinatal infection. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:271e6.
43. Park JS, Yoon BH, Romero R, et al. The relationship between oligohydramnios and the onset of preterm labor in preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:459e62.
44. Weiner E, Barrett J, Zaltz A, et al. Amniotic fluid volume at presentation with early preterm prelabor rupture of membranes and association with severe neonatal respiratory morbidity. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2019;54:767e73.
45. Mercer BM, Rabello YA, Thurnau GR, et al. The NICHD-MFMU antibiotic treatment of preterm PROM study: impact of initial amniotic fluid volume on pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:438e45.
46. Gibbs RS, Duff P. Progress in pathogenesis and management of clinical intraamniotic infection. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:1317e26.
47. Etyang AK, Omuse G, Mukaindo AM, et al. Maternal inflammatory markers for chorioamnionitis in preterm prelabour rupture of membranes: a systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy studies. *Syst Rev* 2020;9:141.
48. van de Laar R, van der Ham DP, Oei SG, et al. Accuracy of C-reactive protein determination in predicting chorioamnionitis and neonatal infection in pregnant women with premature rupture of membranes: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;147:124e9.
49. Trochez-Martinez RD, Smith P, Lamont RF. Use of C-reactive protein as a predictor of chorioamnionitis in preterm prelabour rupture of membranes: a systematic review. *BJOG* 2007;114:796e801.
50. Danesh A, Janghorbani M, Khalatbari S. Effects of antenatal corticosteroids on maternal serum indicators of infection in women at risk for preterm delivery: a randomized trial comparing betamethasone and dexamethasone. *J Res Med Sci* 2012;17:911e7.
51. Sosa CG, Althabe F, Belizan JM, et al. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;3:CD003581.
52. Martins I, Pereira I, Clode N. A pilot randomized controlled trial of complete bed rest versus activity restriction after preterm premature rupture of the membranes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019;240:325e9.
53. Money DM, Steben M. No. 208-guidelines for the management of herpes simplex virus in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2017;39:e199e205.
54. Abou El Senoun G, Dowswell T, Mousa HA. Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;4:CD008053.
55. Palmer L, Grabowska K, Burrows J, et al. A retrospective cohort study of hospital versus home care for pregnant women with preterm prelabor rupture of membranes. *Int J Gynaecol Obstet* 2017;137:180e4.
56. Catt E, Chadha R, Tang S, et al. Management of preterm premature rupture of membranes: a comparison of inpatient and outpatient care. *J Obstet Gynaecol Can* 2016;38:433e40.

57. Bouchghoul H, Kayem G, Schmitz T, et al. Outpatient versus inpatient care for preterm premature rupture of membranes before 34 weeks of gestation. *Sci Rep* 2019;9:4280.
58. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;12:CD001058.
59. Kacerovsky M, Romero R, Stepan M, et al. Antibiotic administration reduces the rate of intraamniotic inflammation in preterm prelabor rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2020;223:114.e1e114. e20.
60. Kenyon SL, Taylor DJ, Tarnow-Mordi W, et al. Broad-spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of fetal membranes: the ORACLE I randomised trial. ORACLE Collaborative Group. *Lancet* 2001;357:979e88.
61. Mercer BM, Miodovnik M, Thurnau GR, et al. Antibiotic therapy for reduction of infant morbidity after preterm premature rupture of the membranes. A randomized controlled trial. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *JAMA* 1997;278:989e95.
62. Kenyon S, Pike K, Jones DR, et al. Childhood outcomes after prescription of antibiotics to pregnant women with spontaneous preterm labour: 7-year follow-up of the ORACLE II trial. *Lancet* 2008;372:1319e27.
63. Loeb LJ, Gaither K, Woo KS, et al. Outcomes in gestations between 20 and 25 weeks with preterm premature rupture of membranes. *South Med J* 2006;99:709e12.
64. Schrag SJ, Zywicki S, Farley MM, et al. Group B streptococcal disease in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis. *N Engl J Med* 2000;342:15e20.
65. Stoll BJ, Hansen NI, Sanchez PJ, et al. Early onset neonatal sepsis: the burden of group B Streptococcal and E. coli disease continues. *Pediatrics* 2011;127:817e26.
66. Phares CR, Lynfield R, Farley MM, et al. Epidemiology of invasive group B streptococcal disease in the United States, 1999-2005. *JAMA* 2008;299:2056e65.
67. Weston EJ, Pondo T, Lewis MM, et al. The burden of invasive early-onset neonatal sepsis in the United States, 2005-2008. *Pediatr Infect Dis J* 2011;30:937e41.
68. Oh KJ, Romero R, Park JY, et al. The earlier the gestational age, the greater the intensity of the intra-amniotic inflammatory response in women with preterm premature rupture of membranes and amniotic fluid infection by *Ureaplasma* species. *J Perinat Med* 2019;47:516e27.
69. Lal CV, Xu X, Jackson P, et al. *Ureaplasma* infection-mediated release of matrix metalloproteinase-9 and PGP: a novel mechanism of preterm rupture of membranes and chorioamnionitis. *Pediatr Res* 2017;81:75e9.
70. Navathe R, Schoen CN, Heidari P, et al. Azithromycin vs erythromycin for the management of preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2019;221:144.e1e8.
71. Pierson RC, Gordon SS, Haas DM. A retrospective comparison of antibiotic regimens for preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 2014;124:515e9.
72. Finneran MM, Smith DD, Buhimschi CS. Cost analysis of azithromycin versus erythromycin in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes. *Am J Perinatol* 2019;36:105e10.
73. Finneran MM, Appiagyei A, Templin M, et al. Comparison of azithromycin versus erythromycin for prolongation of latency in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes. *Am J Perinatol* 2017;34:1102e7.
74. Seaman RD, Kopkin RH, Turrentine MA. Erythromycin versus azithromycin for treatment of preterm prelabor rupture of membranes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2022;226:794e801.e1.

75. Wolf MF, Sgayer I, Miron D, et al. A novel extended prophylactic antibiotic regimen in preterm pre-labor rupture of membranes: a randomized trial. *Int J Infect Dis* 2020;96:254e9.
76. Money DM, Dobson S, Canadian Paediatric Society IDC. The prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. *J Obstet Gynaecol Can* 2004;26:826e40.
77. Ronzoni S, Cobo T, D'Souza R, et al. Individualized treatment of preterm PROM to prolong the latency period, reduce the rate of preterm birth, and improve neonatal outcomes [e-pub ahead of print]. *Am J Obstet Gynecol* <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.02.037>, accessed July 25, 2022.
78. Skoll A, Boutin A, Bujold E, et al. No. 364-antenatal corticosteroid therapy for improving neonatal outcomes. *J Obstet Gynaecol Can* 2018;40:1219e39.
79. Roberts D, Brown J, Medley N, et al. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD004454.
80. Smith J, Murphy KE, McDonald SD, et al. Timing of antenatal corticosteroids in relation to clinical indication [e-pub ahead of print]. *Arch Gynecol Obstet* <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06362-7>, accessed July 25, 2022.
81. Magann EF, Haram K, Ounpraseuth S, et al. Use of antenatal corticosteroids in special circumstances: a comprehensive review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017;96:395e409.
82. Fox NS, Gelber SE, Kalish RB, et al. Contemporary practice patterns and beliefs regarding tocolysis among U.S. maternal-fetal medicine specialists. *Obstet Gynecol* 2008;112:42e7.
83. Mackeen AD, Seibel-Seamon J, Muhammad J, et al. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(2):CD007062.
84. Nijman TA, van Vliet EO, Naaktgeboren CA, et al. Nifedipine versus placebo in the treatment of preterm prelabor rupture of membranes: a randomized controlled trial: assessment of perinatal outcome by use of tocolysis in early labor-APOSTEL IV trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;205:79e84.
85. Lorthe E, Goffinet F, Marret S, et al. Tocolysis after preterm premature rupture of membranes and neonatal outcome: a propensity-score analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2017;217:212.e1e212.e12.
86. Horton AL, Lai Y, Rouse DJ, et al. Effect of magnesium sulfate administration for neuroprotection on latency in women with preterm premature rupture of membranes. *Am J Perinatol* 2015;32:387e92.
87. Kamyar M, Manuck TA, Stoddard GJ, et al. Magnesium sulfate, chorioamnionitis, and neurodevelopment after preterm birth. *BJOG* 2016;123:1161e6.
88. Magee LA, De Silva DA, Sawchuck D, et al. No. 376-magnesium sulphate for fetal neuroprotection. *J Obstet Gynaecol Can* 2019;41:505e22.
89. Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, et al. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1:CD004661.
90. Wolf HT, Huusom LD, Henriksen TB, et al. Magnesium sulphate for fetal neuroprotection at imminent risk for preterm delivery: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *BJOG* 2020;127:1180e8.
91. Clark EA, Varner M. Impact of preterm PROM and its complications on long-term infant outcomes. *Clin Obstet Gynecol* 2011;54:358e69.
92. Bond DM, Middleton P, Levett KM, et al. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks'

- gestation for improving pregnancy outcome. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:Cd004735.
93. Pasquier JC, Claris O, Rabilloud M, et al. Intentional early delivery versus expectant management for preterm premature rupture of membranes at 28-32 weeks' gestation: a multicentre randomized controlled trial (MICADO STUDY). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019;233:30e7.
 94. Quist-Nelson J, de Ruigh AA, Seidler AL, et al. Immediate delivery compared with expectant management in late preterm prelabor rupture of membranes: an individual participant data meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2018;131:269e79.
 95. van der Ham DP, Nijhuis JG, Mol BW, et al. Induction of labour versus expectant management in women with preterm prelabour rupture of membranes between 34 and 37 weeks (the PPRMEXIL-trial). *BMC Pregnancy Childbirth* 2007;7:11.
 96. van der Ham DP, van der Heyden JL, Opmeer BC, et al. Management of late-preterm premature rupture of membranes: the PPRMEXIL-2 trial. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:276.e1e10.
 97. Morris JM, Roberts CL, Bowen JR, et al. Immediate delivery compared with expectant management after preterm pre-labour rupture of the membranes close to term (PPROMT trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2016;387:444e52.
 98. van der Heyden JL, Willekes C, van Baar AL, et al. Behavioural and neurodevelopmental outcome of 2-year-old children after preterm premature rupture of membranes: follow-up of a randomised clinical trial comparing induction of labour and expectant management. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015;194:17e23.
 99. Tajik P, van der Ham DP, Zafarmand MH, et al. Using vaginal group B Streptococcus colonisation in women with preterm premature rupture of membranes to guide the decision for immediate delivery: a secondary analysis of the PPRMEXIL trials. *BJOG* 2014;121:1263e72; discussion 73.
 100. Evidence review for timing of delivery to reduce the risk of early-onset neonatal infection: neonatal infection: antibiotics for prevention and treatment. London: NICE Evidence Reviews Collection; 2021. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571215/>. Accessed on July 25, 2022.
 101. Treadwell MC, Bronsteen RA, Bottoms SF. Prognostic factors and complication rates for cervical cerclage: a review of 482 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:555e8.
 102. Galyean A, Garite TJ, Maurel K, et al. Removal versus retention of cerclage in preterm premature rupture of membranes: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2014;211:399.e1e7.
 103. Pergialiotis V, Gkioka E, Bakoyiannis I, et al. Retention of cervical cerclage after preterm premature rupture of the membranes: a critical appraisal. *Arch Gynecol Obstet* 2015;291:745e53.
 104. Walsh J, Allen VM, Colford D, et al. Preterm prelabour rupture of membranes with cervical cerclage: a review of perinatal outcomes with cerclage retention. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32:448e52.
 105. Giraldo-Isaza MA, Berghella V. Cervical cerclage and preterm PROM. *Clin Obstet Gynecol* 2011;54:313e20.
 106. Vitner D, Melamed N, Elhadad D, et al. Removal vs. retention of cervical cerclage in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes: a retrospective study. *Arch Gynecol Obstet* 2020;302:603e9.
 107. Ladhani NNN, Chari RS, Dunn MS, et al. No. 347-obstetric management at borderline viability. *J Obstet Gynaecol Can* 2017;39:781e91.

108. Linehan LA, Walsh J, Morris A, et al. Neonatal and maternal outcomes following midtrimester preterm premature rupture of the membranes: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:25.
109. Gunes A, Kiyak H, Yuksel S, et al. Predicting previable preterm premature rupture of membranes (pPPROM) before 24 weeks: maternal and fetal/ neonatal risk factors for survival. *J Obstet Gynaecol* 2022;42:597e606.
110. Pylypjuk C, Majeau L. Perinatal outcomes and influence of amniotic fluid volume following previable, preterm prelabor rupture of membranes (pPPROM): a historical cohort study. *Int J Womens Health* 2021;13:627e37.
111. Kibel M, Asztalos E, Barrett J, et al. Outcomes of pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes between 20 and 24 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 2016;128:313e20.
112. Storness-Bliss C, Metcalfe A, Simrose R, et al. Correlation of residual amniotic fluid and perinatal outcomes in previable preterm premature rupture of membranes. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34:154e8.
113. Waters TP, Mercer BM. The management of preterm premature rupture of the membranes near the limit of fetal viability. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:230e40.
114. Kiver V, Boos V, Thomas A, et al. Perinatal outcomes after previable preterm premature rupture of membranes before 24 weeks of gestation. *J Perinat Med* 2018;46:555e65.
115. Vergani P, Ghidini A, Locatelli A, et al. Risk factors for pulmonary hypoplasia in second-trimester premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1359e64.
116. Rotschild A, Dison PJ, Chitayat D, et al. Midfacial hypoplasia associated with long-term intubation for bronchopulmonary dysplasia. *Am J Dis Child* 1990;144:1302e6.
117. Roberts D, Vause S, Martin W, et al. Amnioinfusion in very early preterm prelabor rupture of membranes (AMIPROM): pregnancy, neonatal and maternal outcomes in a randomized controlled pilot study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2014;43:490e9.
118. van Kempen LEM, van Teeffelen AS, de Ruigh AA, et al. Amnioinfusion compared with no intervention in women with second-trimester rupture of membranes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2019;133:129e36.
119. Smith G, Rafuse C, Anand N, et al. Prevalence, management, and outcomes of preterm prelabour rupture of the membranes of women in Canada. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27:547e53.
120. van der Heyden JL, van Kuijk SM, van der Ham DP, et al. Subsequent pregnancy after preterm prelabor rupture of membranes before 27 weeks' gestation. *AJP Rep* 2013;3:113e8.
121. Lee T, Carpenter MW, Heber WW, et al. Preterm premature rupture of membranes: risks of recurrent complications in the next pregnancy among a population-based sample of gravid women. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:209e13.
122. Asrat T, Lewis DF, Garite TJ, et al. Rate of recurrence of preterm premature rupture of membranes in consecutive pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:1111e5.
123. Monson MA, Gibbons KJ, Esplin MS, et al. Pregnancy outcomes in women with a history of previable, preterm prelabor rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 2016;128:976e82.

124. Macones GA, Parry S, Elkousy M, et al. A polymorphism in the promoter region of TNF and bacterial vaginosis: preliminary evidence of geneenvironment interaction in the etiology of spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:1504e8; discussion 3A.
125. Friedman ML, McElin TW. Diagnosis of ruptured fetal membranes. Clinical study and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 1969;104:544e50.
126. Gorodeski IG, Haimovitz L, Bahari CM. Reevaluation of the pH, ferning and Nile blue sulphate staining methods in pregnant women with premature rupture of the fetal membranes. *J Perinat Med* 1982;10:286e92.
127. Erdemoglu E, Mungan T. Significance of detecting insulin-like growth factor binding protein-1 in cervicovaginal secretions: comparison with nitrazine test and amniotic fluid volume assessment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:622e6.
128. Khooshideh M, Radi V, Hosseini R, et al. The accuracy of placental alpha-microglobulin-1 test in diagnosis of premature rupture of the membranes. *Iran J Reprod Med* 2015;13:355e60.
129. Liang DK, Qi HB, Luo X, et al. Comparative study of placental alpha-microglobulin-1, insulin-like growth factor binding protein-1 and nitrazine test to diagnose premature rupture of membranes: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res* 2014;40:1555e60.
130. Albayrak M, Ozdemir I, Koc O, et al. Comparison of the diagnostic efficacy of the two rapid bedside immunoassays and combined clinical conventional diagnosis in prelabour rupture of membranes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;158:179e82.
131. Elci E, Gunes Elci G, Sayan S. Comparison of the accuracy and reliability of the AmniSure, AMNIOQUICK, and AL-SENSE tests for early diagnosis of premature rupture of membranes. *Int J Gynaecol Obstet* 2020;149:93e7.
132. Eleje GU, Ezugwu EC, Eke AC, et al. Diagnostic performance of placental alpha-microglobulin-1 test in women with prolonged pre-labour rupture of membranes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016;29:1291e6.
133. Galletta MAK, Bittar RE, Rodrigues AS, et al. Comparative analysis of insulin-like growth factor binding protein-1, placental alpha-microglobulin1, phenol and pH for the diagnosis of preterm premature rupture of membranes between 20 and 36 weeks. *J Obstet Gynaecol Res* 2019;45:1448e57.
134. Shahin M, Raslan H. Comparative study of three amniotic fluid markers in premature rupture of membranes: prolactin, beta subunit of human chorionic gonadotropin, and alpha-fetoprotein. *Gynecol Obstet Invest* 2007;63:195e9.
135. Buyukbayrak EE, Turan C, Unal O, et al. Diagnostic power of the vaginal washing-fluid prolactin assay as an alternative method for the diagnosis of premature rupture of membranes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004;15:120e5.
136. Kafali H, Oksuzler C. Vaginal fluid urea and creatinine in diagnosis of premature rupture of membranes. *Arch Gynecol Obstet* 2007;275:157e60.
137. Gezer C, Ekin A, Golbasi C, et al. Use of urea and creatinine levels in vaginal fluid for the diagnosis of preterm premature rupture of membranes and delivery interval after membrane rupture. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017;30:772e8.

Term prelabor rupture of membranes: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF), 2020.

<https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1810230>

1. Lassel L, Schmitz T, Sentilhes L, et al. Term prelabor rupture of membranes: CNGOF guidelines for clinical practice – introduction. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;48(1):12.
2. Senat MV, Schmitz T, Lassel L, et al. Term prelabor rupture of membranes: CNGOF guidelines for clinical practice—methods and organization. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;48(1):13–14.
3. HAS. Les recommandations pour la pratique clinique. Base methodologique pour la realisation en France. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_431294/les-recommandations-pour-la-pratique-clinique-base-methodologique-pour-leur-realisation-enfrance.
4. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG practice bulletin no. 188: prelabor rupture of membranes. *Obstet Gynecol.* 2018;13:e1–e14.
5. National Institute for Care and Health Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline; 2014. Available from: <http://www.nice.org.uk>.
6. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Term prelabour rupture of membranes (term PROM); 2010.
7. Leduc D, Biringer A, Lee L, et al. Induction of labour. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2013;35(9): 840–857.
8. Diguisto C. Term prelabor rupture of membranes: CNGOF guidelines for clinical practice – definition, epidemiology, complications and risk factors. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;48:19–23.
9. Bouchghoul H. Term prelabor rupture of membranes: CNGOF guidelines for clinical practice – initial management. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;48(1): 24–34.
10. Haute Autorite de Sante. Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions medicales Methode Recommandations pour la pratique clinique Recommandations de bonne pratique [Internet]; 2017 [cited 2019 Mar 10]. Available from: www.has-sante.fr.
11. Sibiude J. Term prelabor rupture of membranes: CNGOF guidelines for clinical practice—timing of labor induction. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020; 48(1):35–47.
12. Girault A. Term prelabor rupture of membranes: CNGOF guidelines for clinical practice – methods for inducing labor. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;48: 48–58.
13. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. *N Engl J Med.* 1996;334(16):1005–1010.

PreLabourRuptureoftheMembranes (Preterm and Term), 2022

<http://www.library.leicestershospitals.nhs.uk/PAGL/Shared%20Documents/Pre%20Labour%20Rupture%20of%20the%20Membraines%20UHL%20Obstetric%20Guideline.pdf>

1. NICE (2015 – updated 2022) Preterm labour and birth <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25> (accessed 28/06/22)
2. NICE (2021) Inducing Labour NG207 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng207> (accessed 28/06/22)

3. RCOG (2019) Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation (Green-top Guideline No. 73), <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/care-of-women-presenting-with-suspected-preterm-prelabour-rupture-of-membranes-from-24plus0-weeks-of-gestation-green-top-guideline-no-73/> (accessed 28/06/22)
4. Hocq C, Van Grambezen B, Bernard P, Debauche C. Impact of gestational age at PPRM on the short-term outcome of children born after extreme and prolonged preterm prelabour rupture of membranes in an experienced care center. *Signa Vitae* 2017;13(2):63-70 .

Перелік літературних джерел, використаних робочою групою при адаптації клінічної настанови

1. Prelabor Rupture of Membranes: ACOG Practice Bulletin, Number 217. *Obstetrics and gynecology.* 2020; 135(3): e80-e97. https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2020/03000/Prelabor_Ruptur_of_Membranes_ACOG_Practice.47.aspx.
2. Al-Lawama M, AlZaatreh A, Elrajabi R, Abdelhamid S, Badran E. Prolonged Rupture of Membranes, Neonatal Outcomes and Management Guidelines. *JClinMedRes.* 2019 May; 11(5):360-366.
3. Шпікула Н.І. Зв'язок передчасного розриву плодових оболонок з внутрішньоутробними та материнськими інфекціями //Інфекційні хвороби. – 1 (99). - 2020. – С. 53-59 <file:///C:/Users/Admin/Downloads/11107-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-40712-1-10-20200518.pdf>
4. Іщенко Г.І., Волошин О.А. Передчасний розрив плідних оболонок у другому триместрі вагітності (огляд літератури). //Український журнал Перинатологія і Педіатрія. – 1 (81) – 2020. – С. 102-105. <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2020/05/17-1.pdf>.
5. Наказ МОЗ України від 29.03.2006 року № 179 «Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості. Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених» (Із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ №727 (z0504-22) від 03.05.2022) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0427-06#Text>
6. Tchirikov M, Schlabritz-Loutsevitch N, Maher J, et al. Mid-trimester preterm premature rupture of membranes (PPROM): etiology, diagnosis, classification, international recommendations of treatment options and outcome. *J Perinat Med* 2018; 46:465e88. (degruyter.com) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28710882/>
7. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: one syndrome, many causes. *Science* 2014; 345:760e5. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.1251816>.
8. Haute Autorit e de Sante. Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions medicales Methode Recommandations pour la pratique clinique Recommandations de bonne pratique [Internet]; 2017 [cited 2019 Mar 10]. Available from: www.has-sante.fr
9. Petit C, Deruelle P, Behal H, Rakza T, Balagny S, Subtil D, et al. Preterm premature rupture of membranes: which criteria contradict home care management? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018; 97:1499–507. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30080248/>
10. Abou El Senoun G, Dowswell T, Mousa HA. Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation.

Cochrane Database Syst Rev 2014; CD008053.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24729384/>

11. Dussaux C., Senat M.V., Bouchghoul H., Benachi A., Mandelbrot L., Kayem G. Preterm premature rupture of membranes: is homecare acceptable? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2018; 17:2284–92. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28612662/>
12. Phupong V, Kulmala L. Factors associated with latency period in preterm prelabor rupture of membranes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016; 29:2650–3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26482892/>
13. Sharp G.C., Stock S.J., Norman J.E. Fetal assessment methods for improving neonatal and maternal outcomes in preterm prelabour rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; CD010209 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25279580/>
14. Наказ МОЗ України від 18 травня 2022 року №823 «Стандарт медичної допомоги «Правила раціонального застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною і профілактичною метою» https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/05/2022_823_smd_rac_antybact.pdf.

Ключ до доказів та оцінювання рекомендацій відповідно до рамок, визначених Національним інститутом здоров'я і досконалості допомоги [A literature review and policy analysis on the practice of restrictive interventions in Victoria <https://www.health.vic.gov.au/publications/a-literature-review-and-policy-analysis-on-the-practice-of-restrictive-interventions>

Оцінка якості доказів	Рекомендаційна категорія
I	докази, отримані в результаті систематичного огляду всіх відповідних рандомізованих контрольованих досліджень (мета-аналіз)
II	докази, отримані принаймні в одному належним чином спланованому рандомізованому контрольованому дослідженні (сильні)
III-1	докази, отримані в результаті добре спланованих псевдорандомізованих контрольованих досліджень (альтернативний розподіл або якийсь інший метод)
III-2	докази, отримані в результаті порівняльних досліджень (включаючи систематичні огляди таких досліджень) з одночасним контролем і розподілом без рандомізації, когортних досліджень, досліджень випадок-контроль або переривчастих часових рядів з контрольною групою
III-3	дані, отримані в результаті порівняльних досліджень з історичним контролем, двох або більше досліджень на одній руці або переривчастих часових рядів без паралельної контрольної групи
IV	докази, отримані з серії випадків, або після тестування, або до тестування/посттестування
V	неаналітичні дослідження (тематичний звіт), експертні висновки та офіційні консенсусні документи (заяви про позицію)

Ключ до доказів та оцінювання рекомендацій відповідно до рамок, визначених Французьким управлінням охорони здоров'я [МАЄ. Les recommandations pour la pratique clinique. Base methodologique pour la realisation en France. Доступний з:<https://ansm.sante.fr/uploads/2021/03/11/a40e781e8dc78eb1cf712c568aaec8f4.pdf>

Оцінка якості доказів	Класифікація рекомендацій
<p><i>LE1</i> - дуже потужні рандомізовані порівняльні дослідження, мета-аналіз рандомізованих порівняльних досліджень</p> <p><i>LE2</i> - не надто потужне рандомізоване дослідження, добре проведені не рандомізовані порівняльні дослідження, когортні дослідження;</p> <p><i>LE3</i>- дослідження типу випадок-контроль;</p> <p><i>LE4</i> - нерандомізовані порівняльні дослідження з великим упередженням, ретроспективні дослідження, перехресні дослідження та серії випадків.</p>	<p>Оцінка А: рекомендації базуються на хороших і послідовних наукових доказах.</p> <p>Рівень В: рекомендації базуються на обмежених або суперечливих наукових доказах.</p> <p>Рівень С: рекомендації базуються переважно на консенсусі і експертній думці.</p> <p>Професійний консенсус - за відсутності будь-яких переконливих наукових доказів деякі методи все ж були рекомендовані на основі згоди між членами робочої групи.</p>

Ключ до доказів та оцінювання рекомендацій відповідно до рамок, визначених Асоціацією акушерів і гінекологів Канади [Guideline No. 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2022 (Рекомендація №430: Діагностика та лікування передчасного допологового розриву плідних оболонок. Асоціація акушерів і гінекологів Канади)].<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216322006041>

Сила рекомендацій	Визначення
Сильна	Високий рівень впевненості в тому, що бажані ефекти переважають небажані ефекти (сильна рекомендація за) або небажані ефекти переважають над бажаними (сильна рекомендація проти).
Умовна *	Бажані ефекти, ймовірно, переважають небажані ефекти (слабка рекомендація за) або небажані ефекти, ймовірно, переважають бажані ефекти (слабка рекомендація проти)
Якість доказів Висока Помірна Дуже низька	Високий рівень впевненості в тому, що справжній ефект близький до оцінки ефекту. Помірна впевненість в оцінці ефекту: Справжній ефект, ймовірно, буде близький до оцінки ефекту, але є ймовірність, що він суттєво відрізняється. Дуже низька впевненість в оцінці ефекту: Справжній ефект, імовірно, суттєво відрізнятиметься від оцінки ефекту

*Умовні рекомендації не розглядаються як слабкі докази або невизначеність рекомендації

Виконання поточних доступних діагностичних тестів для діагностики ПДРПО при ПП [*Guideline No. 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2022*]

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216322006041>

Тест	N	Чутливість (%)	Специфічність (%)	PPV (%)	NPV (%)	Точність (%)
Золотий стандарт						
Інтраамніотична ін'єкція барвника	18	-	-	-	-	-
Клінічний						
Клінічний анамнез	100	90	89	88	90	89
Традиційні тести						
Нігразин, рН ¹²⁵⁻¹²⁹	618	84-97	16-94	84-99	68-98	56-93
Арборизація	642	51-96	71-100	61-100	73-91	63-96
УЗД						
Індекс амніотичної рідини (ІАР)	151	94	91	-	-	92
Комбіноване тестування						
Анамнез+арборизація+нігразин	100	91	95		91	93
Анамнез+2/3 підтікання, арборизація, нігразин	69	86	37	78	50	73
Анамнез+арборизація+нігразин+ІАР	167	89-94	95-100	95-100	88-98	91-98
Комерційні імунологічні аналізи						
ПАМГ-1а ¹²⁸⁻¹³³	598	90-100	93-100	98-100	86-100	94-100
IGFBP-1b	513	90-100	98-99	97-98	90-100	93-99
Інші маркери вагінальної рідини						
Пролактин (порогове значення 20-30 мМО/мл) ^{134,135}	170	76-95	70-78	72-84	75-93	87
Альфа-фетопротеїн (порогове значення 35,9-125 мг/л)	180	94-100	94-100	94-100	94-100	d
β-ХГЛ (пороговий рівень 25-80 мМО/мл)	275	79-93	72-96	75-95	82-84	88
Лактат (пороговий рівень 4,5 ммоль/л)	200	86	92	92	87	-
Креатинін (порогове значення 0,12-0,6 мг/дл)	339	89-100	90-100	89-100	89-100	-
Сечовина (пороговий рівень 6,7-12 мг/дл) ^{136,137}	339	88-100	91-100	91-100	88-100	-
Гаптоглобін (порогове значення 94,5 мг/дл)	60	80	80	-	-	-
Гормони щитовидної залози	60					
Загальний Т4 (порогове значення 0,886 мкг/дл)		83	60	68	78	-
Вільний Т4 (порогове значення 0,079 нг/л)		90	70	75	88	-

Схеми антибіотиків, запропоновані для лікування передчасного допологового розриву плідних оболонок [*Guideline No. 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2022* <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216322006041>]

Ліки	Дозування, шлях введення та тривалість курсу
Макроліди	
Еритроміцин АБО	250 мг кожні 6 годин протягом 10 днів АБО 250 мг внутрішньовенно кожні 6 годин протягом 2 днів, потім по 333 мг перорально кожні 8 годин протягом 5 днів
Азитроміцин АБО	1 г перорально одноразово АБО 500 мг до 1 г перорально одноразово, потім по 250 мг перорально кожні 24 години протягом 4 днів
Кларитроміцин	500 мг перорально кожні 12 годин протягом 7 днів
Додатково ефективні проти стрептококу групи В	
Ампіцилін + Амоксицилін АБО	2 г внутрішньовенно кожні 6 годин протягом 2 днів 500 мг перорально кожні 8 годин протягом 5 днів
Пеніцилін G	5 мільйонів міжнародних одиниць (МО) внутрішньовенно, потім 2,5-3,0 мільйони МО одиниць кожні 4 години протягом 2 днів
Зверніться до клінічної настанови SOGC № 298 «Профілактика стрептококової інфекції у новонароджених на ранніх стадіях» щодо альтернативного лікування у випадку алергії на пеніцилін.	
Рекомендовані схеми прийому антибіотиків для інтранатальної профілактики	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Пеніцилін G 5 мільйонів МО внутрішньовенно, потім 2,5-3,0 мільйони МО кожні 4 години до народження дитини АБО 2. Якщо жінка має алергію на пеніцилін, але має низький ризик анафілаксії: цефазолін 2 г внутрішньовенно, потім 1 г кожні 8 годин до народження дитини АБО 3. Якщо у жінки алергія на пеніцилін та існує ризик анафілаксії: кліндаміцин 900 мг внутрішньовенно кожні 8 годин до народження дитини (якщо ізолят чутливий до кліндаміцину без індукованої резистентності) АБО ванкоміцин 1 г внутрішньовенно кожні 12 годин до народження дитини 	

Коментар робочої групи: Станом на 01.08.2023 в Україні лікарський засіб еритроміцин зареєстрований тільки у лікарській формі для перорального застосування – таблетки 100 мг.

Міжнародна непатентована назва лікарського засобу Пеніцилін G – бензилпеніцилін.

Фактори ризику хоріоамніоніту

1. Тривалі пологи
2. Тривалий латентний період при ДРПО
3. Значна кількість внутрішніх акушерських досліджень у пологах, особливо при ПРПО
4. Внутрішнє акушерське дослідження замість огляду в дзеркалах при ПДРПО
5. Істміко-цервікальна недостатність
6. Інвазивний моніторинг стану плода та маткових скорочень
7. Інтрацервікальний балонний катетер для преіндукції/індукції пологів
8. Наявність збудників статевих шляхів (наприклад, інфекції, які передаються статевим шляхом, колонізація стрептококом групи В, бактеріальний вагіноз)
9. Перші пологи
10. Амніотична рідина, забарвлена меконієм
11. Вживання алкоголю та куріння
12. Хоріоамніоніт при попередніх пологах

Клінічні та лабораторні ознаки хоріоамніоніту

Імовірний діагноз:

Лихоманка – температура $\geq 39,0^{\circ}\text{C}$ одноразово **або** від $38,0^{\circ}\text{C}$ до $38,9^{\circ}\text{C}$ під час двох або більше вимірювань з інтервалом у 30 хвилин без іншої явної причини **ПЛЮС** одна або більше ознака з наступних:

- Початкова ЧСС плода >160 ударів/хвилину протягом ≥ 10 хвилин, за винятком акцелерацій, децелерацій і періодів помітної варіабельності.
- Кількість лейкоцитів у крові матері >15 Г/л за відсутності використання антенатальних кортикостероїдів і зсув лейкоформули вліво.
- Гнійна АР, що витікає з цервікального каналу, візуалізується при огляді в дзеркалах.

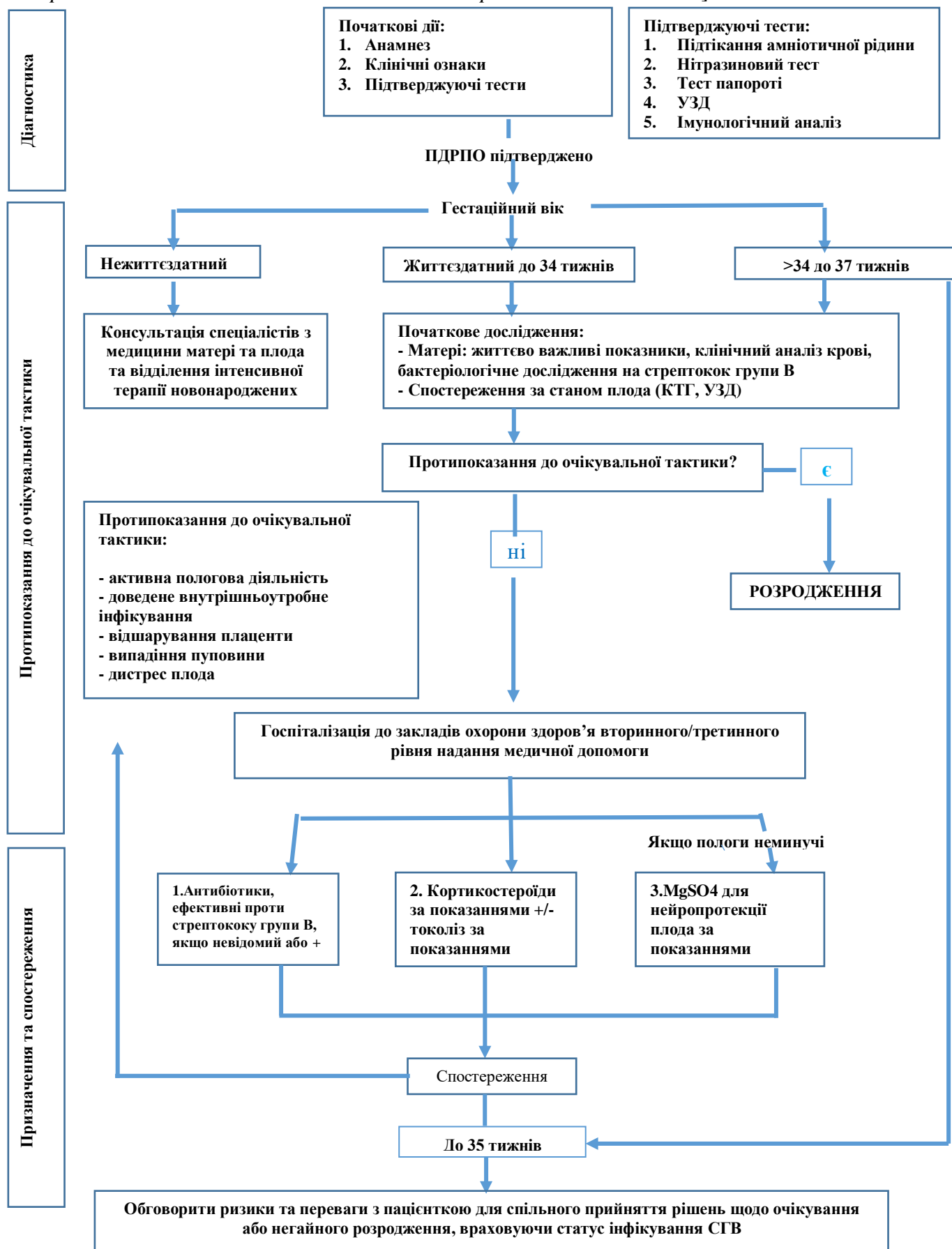
Підтверджений діагноз:

Усе вищезазначене плюс об'єктивні лабораторні ознаки інфекції, а саме:

- Лабораторні дослідження АР, отриманої шляхом амніоцентезу: позитивне фарбування за Грамом на наявність бактерій, низький рівень глюкози, високий вміст лейкоцитів за відсутності домішок крові, або позитивні результати посіву, або
- Патологогістологічні ознаки інфекції або запалення або обох у плаценті, плодових оболонках або судинах пуповини (фунісит).

Адаптовано: UpToDate Intraamniotic infection (clinical chorioamnionitis). 2022
<https://cutt.ly/MwpSpIOR>

Алгоритм діагностики та лікування вагітних з ПДРПО при передчасних пологах [Guideline No. 430: Diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2022 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216322006041>]



Алгоритм діагностики та лікування вагітних з ДРПО при доношеній вагітності [PreLabour Rupture of the Membranes (*Preterm and Term*) (2022)]

<http://www.library.leicestershospitals.nhs.uk/PAGL/Shared%20Documents/Pre%20Labour%20Rupture%20of%20the%20Membranes%20UHL%20Obstetric%20Guideline.pdf>

