

УТВЕРЖДЕН  
распоряжением  
департамента здравоохранения  
Кировской области  
от 30.06.2015 № 574

## РЕГИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

Возрастная категория: женщины.

Условия оказания медицинской помощи: круглосуточный стационар.

**ПОСЛЕРОДОВЫЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ** (далее - ПГСИ) - заболевания, наблюдаемые у родильниц, непосредственно связанные с беременностью и родами и обусловленные бактериальной инфекцией, возникающие в течение 42 суток с момента родов. Инфекционные заболевания, выявленные в послеродовом периоде, но патогенетически не связанные с беременностью и родами (грипп, дизентерия и др.), к группе послеродовых заболеваний не относят.

Послеродовые гнойно-септические заболевания встречаются у 4-6 % родильниц. Они могут быть следствием инфицирования во время беременности и попадания инфекционного агента в процессе родов или сразу после них. Этому способствует нарушение целостности тканей мягких родовых путей во время родов, снижение иммунитета во время беременности. Одновременно беспорядочный прием антибиотиков в настоящее время приводит к появлению измененных форм микроорганизмов, которые из непатогенных становятся патогенными и могут стать причиной гнойно-септических заболеваний.

Основными возбудителями гнойно-септических заболеваний у рожениц и родильниц являются анаэробы, энтерококки, кишечная палочка, стрептококки, стафилококки. Часто наблюдается смешанная инфекция. В последнее время все большую роль играют анаэробные неспорообразующие бактерии.

Классификация. К послеродовым гнойно-септическим заболеваниям локального характера относятся: эндометрит, нагноение послеоперационной раны промежности и раны после кесарева сечения. Генерализованные формы заболевания проявляются акушерским перитонитом, сепсисом.

Выделяется группа риска по развитию ПГСИ: проведение оперативных вмешательств, наличие факторов риска.

Факторы риска:

- Колонизация стрептококком группы В
- Хронический эндометрит; эндометрит после предшествующих родов, абортов.
- Текущая инфекция нижних половых путей
- Угроза прерывания беременности после 28 недель
- Мекониальное окрашивание вод
- Безводный период свыше 12 часов
- Длительность родов свыше 18 часов или количество рV более 3
- Температура в родах выше 37,7°C
- Крупный плод, многоплодная беременность
- Везикулопустулез новорожденного
- Ручное обследование полости матки
- Объем кровопотери свыше 1000 мл
- Массивные травмы родовых путей (разрывы шейки матки 3 степени, влагалища 3 степени, гематома влагалища)

## ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Наименование нозологически х форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Объемы оказания медицинской помощи					Исход заболевания
	Диагностика		Профилактика			
	Обязательная	Кратность	Дополнительная (требует обоснования)	Необходимое	Средняя длительность	
	Кесарево сечение					
О82.0	1. Анамнез и физикальное обследование. Особое внимание необходимо уделить признакам инфекционных заболеваний (температура тела, пульс, характер выделений из	1 раз при поступлении, контрольное исследование по показаниям	1. Микробиологическое исследование на флору и чувствительность к антибиотикам 2. УЗИ органов малого таза 3. КТ органов брюшной полости	<b>1. Препараты выбора:</b> Цефазолин 1,0-2,0* однократно + метронидазол 0,5 внутривенно однократно (при необходимости) или Цефуросим 1,5 однократно, при	Во время операции кесарева сечения <b>после пережатия пуповины.</b> Амоксициллин/клавуланат вводить ТОЛЬКО после пережатия пуповины (риск некротического энтероколита новорожденного).	

	<p>родовых путей)  2. Клинический минимум (общий анализ крови, коагулограмма: МНО, фибриноген, общий анализ мочи).  Биохимический анализ крови: билирубин, мочеви́на (креатинин), глюкоза крови, трансаминазы по показаниям.  3. Мазок на флору и степень чистоты влагалища</p>			<p>необходимости - повторно через 8 часов  + метронидазол 0,5 внутривенно однократно (при необходимости)</p> <p>*Доза цефазолина 2,0 для пациенток массой свыше 70 кг</p> <p><b>2.Альтернативные препараты:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>В том числе, если в течение предшествующих двух месяцев проводилась системная антибактериальная терапия длительностью свыше 3 дней;</i></li> </ul> <p>Ампициллин/сульбактам 1,5 внутривенно однократно, при необходимости -</p>		
--	---	--	--	---	--	--

				повторно через 6-8 часов или Амоксициллин/клавуланат 1,2 внутривенно однократно, при необходимости - повторно через 6-8 часов		
Роды через естественные родовые пути						
O80.0, O60.0	1. Анамнез и физикальное обследование. Особое внимание необходимо уделить признакам инфекционных заболеваний (температура тела, пульс, характер выделений из родовых путей) 2. Клинический минимум (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи) 3. Мазок на флору и степень чистоты влагалища 4. На основании полученных результатов	1 раз при поступлении, контрольное исследование по показаниям	1. Микробиологическое исследование на флору и чувствительность к антибиотикам 2. УЗИ органов малого таза 3. КТ органов брюшной полости	Цефуроксим 1,5 внутривенно, при необходимости - повторно через 8 часов + метронидазол 0,5 внутривенно однократно  или Ампициллин/сульбактам 1,5 внутривенно однократно, при необходимости - повторно через 6-8 часов  или Амоксициллин/клавуланат 1,2 внутривенно однократно, при необходимости -	Вводить препараты <b>после пережатия пуповины</b> . Амоксициллин/клавуланат вводить <b>ТОЛЬКО</b> после пережатия пуповины (риск некротического энтероколита новорожденного).	

	определить риск ПГСИ (Приложение № 1)			повторно через 6-8 часов		
--	---------------------------------------	--	--	--------------------------	--	--

### Приложение № 1.

#### **При непереносимости пенициллинов, цефалоспоринов:**

Гентамицин 240 мг внутривенно однократно + линкомицин 600 мг (или клиндамицин 600 мг) внутривенно однократно

Или

Амикацин 1,0 внутривенно однократно + линкомицин 600 мг (или клиндамицин 600 мг) внутривенно однократно.

### Приложение № 2.

#### *Правила назначения антибиотикопрофилактики*

- ответственным за назначение антибиотикопрофилактики является врач акушер-гинеколог, ведущий роды или оперирующий врач акушер-гинеколог;
- антибиотик вводится, как можно раньше после пережата пуповины;
- введение антибиотиков при 12-часовом безводном периоде производится во время родов по согласованию с неонатологом;
- при проведении операции планового кесарева сечения цефазолин, цефуросим, ампициллин/сульбактам, амоксициллин/клавуланат вводятся за 40 минут до кожного разреза;
- интраоперационно метронидазол (при необходимости) вводится после пережата пуповины.
- оценка состояния родильницы (температурная кривая, лейкоцитоз в общем анализе крови, инволюция матки) с целью продолжения антибиотикотерапии осуществляется динамически. Продолжение антибиотикотерапии в обязательном порядке обосновывается в истории болезни;
- в случае неэффективности антибиотикопрофилактики нецелесообразно проводить лечение тем же антибактериальным препаратом;
- при наличии текущей инфекции (хориоамнионит, инфекция мочевых путей) назначается антибактериальная *терапия*.
- нет необходимости пролонгированного назначения антибиотиков у родильниц при отсутствии клинических признаков инфекции, даже при наличии факторов риска.