

УТВЕРЖДЕН
распоряжением
департамента здравоохранения
Кировской области
от _____ № _____

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, аборт.
- 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 рВ 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 нозологических 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 ин-	1 раз при поступлении, контрольное исследование по показаниям	1. Микробиологическое исследование на флору и чувствительность к антибиотикам 2. УЗИ органов малого таза	1. Препараты выбора: Цефазолин 1,0-2,0* однократно + метронидазол 0,5 внутривенно однократно (при необходимости) или	Во время операции кесарева сечения после пережатия пуповины. Амоксицилин/клавуланат вводить ТОЛЬКО после пережатия пуповины (риск	

	<p>фекционных заболеваний (температура тела, пульс, характер выделений из родовых путей) 2. Клинический минимум (общий анализ крови, коагулограмма: МНО, фибриноген, общий анализ мочи). Биохимический анализ крови: билирубин, мочевины (креатинин), глюкоза крови, трансаминазы по показаниям. 3. Мазок на флору и степень чистоты влагалища</p>		<p>3. КТ органов брюшной полости</p>	<p>Цефуроксим 1,5 однократно, при 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>2.Альтернативные препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>В том числе, если в течение предшествующих двух месяцев проводилась системная антибактериальная терапия длительностью свыше 3 дней;</i> <p>Ампициллин/сульбактам 1,5 внутривенно однократно, при необходимости - повторно через 6-8 часов или Амоксициллин/клавуланат 1,2 внутривенно однократно, при необходимости - повторно через 6-8 часов</p>	<p>некротического энтероколита новорожденного).</p>	
--	--	--	--------------------------------------	--	---	--

	Роды через естественные родовые пути					
О80.0, О60.0	<p>1. Анамнез и физикальное обследование. Особое внимание необходимо уделить признакам инфекционных заболеваний (температура тела, пульс, характер выделений из родовых путей)</p> <p>2. Клинический минимум (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи)</p> <p>3. Мазок на флору и степень чистоты влагалища</p> <p>4. На основании полученных результатов определить риск ПГСИ</p>	1 раз при поступлении, контрольное исследование по показаниям	<p>1. Микробиологическое исследование на флору и чувствительность к антибиотикам</p> <p>2. УЗИ органов малого таза</p> <p>3. КТ органов брюшной полости</p>	<p>Цефуроксим 1,5 внутривенно, при необходимости - повторно через 8 часов</p> <p>+ метронидазол 0,5 внутривенно однократно</p> <p>или</p> <p>Ампициллин/сульбактам 1,5 внутривенно однократно, при необходимости - повторно через 6-8 часов</p> <p>или</p> <p>Амоксицилин/клавуланат 1,2 внутривенно однократно, при необходимости - повторно через 6-8 часов</p>	<p>Вводить препараты после пережания пуповины.</p> <p>Амоксицилин/клавуланат вводить ТОЛЬКО после пережания пуповины (риск некротического энтероколита новорожденного).</p>	

	(Приложение № 1)					
--	------------------	--	--	--	--	--

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 пережатия пуповины;
- введение антибиотиков при 12-часовом безводном периоде производится во время родов по согласованию с неонатологом;
- при проведении операции планового кесарева сечения цефазолин, цефутоксим, ампициллин/сульбактам, амоксициллин/клавуланат вводятся за 40 минут до кожного разреза;
- интраоперационно метронидазол (при необходимости) вводится после пережатия 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 целесообразно 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.