

**«ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СЕПСИС  
В АКУШЕРСТВЕ»**

**Клинические рекомендации  
(протокол лечения)**

**Москва  
2015**



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
(Минздрав России)  
**ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994  
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

27 МАЙ 2015

№ 15-4/10/2-2469

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Руководителям органов  
исполнительной власти  
субъектов Российской Федерации  
в сфере здравоохранения

Ректорам государственных  
бюджетных образовательных  
учреждений высшего  
профессионального образования

Директорам федеральных  
государственных учреждений  
науки

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет клинические рекомендации (протокол лечения) «Гнойно-воспалительные заболевания и сепсис в акушерстве», разработанные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для использования в работе руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации при подготовке нормативных правовых актов, руководителями гинекологических стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений при организации медицинской помощи, а также для использования в учебном процессе.

Приложение: на 34 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева

Терехова Ю.Е. 627-24-00\*1544

Минздрав России



2002469 27.05.15

СОГЛАСОВАНО:

Главный внештатный специалист  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации по  
акушерству и гинекологии  
академик РАН, профессор

Л.В. Адамьян  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2015 г.

УТВЕРЖДАЮ:

Президент Российского общества  
акушеров-гинекологов  
академик РАН, профессор

В.Н. Серов  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2015 г.

**«ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СЕПСИС  
В АКУШЕРСТВЕ»**

**Клинические рекомендации  
(протокол лечения)**

## Коллектив авторов:

- Адамян  
Лейла Владимировна** – заместитель директора ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава России, академик РАН, профессор
- Филиппов  
Олег Семенович** – заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России, профессор кафедры акушерства и гинекологии ИПО ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, д.м.н., профессор
- Артымук  
Наталья Владимировна** – заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», Минздрава России, д.м.н., профессор
- Белокриницкая  
Татьяна Евгеньевна** – заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ГПС ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, д.м.н., профессор
- Брусина  
Елена Борисовна** – заведующая кафедрой эпидемиологии ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, д.м.н., профессор
- Григорьев  
Евгений Валерьевич** – заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, профессор, д.м.н.
- Зеленина  
Елена Михайловна** – заместитель начальника Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, к.м.н.
- Евтушенко  
Ирина Дмитриевна** – заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., профессор
- Новикова  
Оксана Николаевна** – доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, д.м.н.
- Рецензент:**
- Шифман  
Ефим Муневич** – профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Президент Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов, д.м.н.

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Список сокращений	4
2. Введение	4
3. Гнойно-воспалительные заболевания в акушерстве	5
4. Факторы риска развития сепсиса во время беременности после родов	5
5. Послеродовой эндометрит	6
6. Тактика ведения больных с ГВЗ в акушерстве	8
7. Эмпирическая антибактериальная терапия	9
8. Тактика ведения больных с осложненными формами ГВЗ в акушерстве	9
9. Профилактика послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний	11
10. Принципы антибактериальной профилактики в ГВЗ в акушерстве	12
11. Сепсис у беременных и послеродовой сепсис	13
12. Дифференциальная диагностика послеродового сепсиса	17
13. Родоразрешение беременных с сепсисом	19
14. Основные принципы лечения сепсиса и септического шока	20
15. Приложение 1. Уровни доказательств и рекомендаций	25
16. Приложение 2. Дозы внутривенных антибиотиков для эмпирической терапии сепсиса	27
17. Приложение 3. Применение антибактериальных средств во время беременности	29
18. Приложение 4. Выбор антибактериального препарата и ограничения при беременности	30
19. Литература	31

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

GCP – good clinical point  
MRSA – methicillin-resistant Staphylococcus aureus  
PCT – прокальцитонинный тест  
RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynecologists  
WHO – World Health Organization  
АД – артериальное давление  
ГВЗ – гнойно-воспалительные заболевания  
ЖЕЛ – жизненная емкость легких  
КТГ – кардиотокография  
КФ – клубочковая фильтрация  
НСПВ – нестероидные противовоспалительные препараты  
ПОН – полиорганная недостаточность  
ПЭ – послеродовой эндометрит  
САД – среднее артериальное давление  
СРБ – С-реактивный белок  
ССВО – синдром системного воспалительного ответа  
ЦВД – центральное венозное давление  
ЧД – частота дыхания  
ЧСС – частота сердечных сокращений  
ЭХО-КС – эхокардиоскопия

## ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на значительные успехи в диагностике и антимикробной терапии, сепсис при беременности и после родов остается значимой причиной материнской смертности. В Российской Федерации доля сепсиса в структуре материнских потерь в 2013 году составила 11,2%. Несмотря на относительно более благоприятное течение сепсиса и септического шока в акушерстве, необходимо учитывать, что ряд физиологических изменений в организме беременной женщины может повлиять на диагностику и лечение. Благоприятному исходу способствует молодой возраст, отсутствие преморбидного фона, локализация очага в полости малого таза, доступность для диагностики и лечения, чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам широкого спектра действия. С другой стороны, быстрое прогрессирование сепсиса при беременности и после родов может быть обусловлено физиологическим снижением иммунитета. Тяжелый сепсис с острой органной недостаточностью приводит к летальности в 20-40% случаев, при развитии септического шока – в 60% случаев.

Предлагаемые клинические рекомендации написаны в соответствии с российскими и международными клиническими рекомендациями по диагностике, профилактике и лечению послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний и сепсиса при беременности, а также сепсиса вследствие беременности.

Степень доказательности и убедительности рекомендаций представлены в Приложении 1.

## ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ГВЗ) В АКУШЕРСТВЕ

### Коды по МКБ 10

**O08.0** Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью.  
**O08.3** Шок, вызванный абортom, внематочной и молярной беременностью.  
**O41.1** Инфекция амниотической полости и плодных оболочек.  
**O75.1** Шок матери во время родов или после родов и родоразрешения.  
**O85** Послеродовой сепсис.  
**O86** Другие послеродовые инфекции.  
**O86.0** Инфекция хирургической акушерской раны.  
**O86.1** Другие инфекции половых путей после родов.  
**O86.2** Инфекция мочевых путей после родов.  
**O86.3** Другие инфекции мочеполовых путей после родов.  
**O86.4** Гипертермия неясного происхождения, возникшая после родов.  
**O86.8** Другие уточненные послеродовые инфекции.  
**O88.3** Акушерская пиемическая и септическая эмболия.

### ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕПСИСА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ (RCOG, 2012; WHO, 2005; SLCOG NATIONAL GUIDELINES)

- ожирение;
- нарушение толерантности к глюкозе/сахарный диабет;
- нарушения иммунитета/прием иммунодепрессантов;
- анемия и расстройства питания;
- влагалищные выделения;
- инфекции органов малого таза в анамнезе;
- предшествующие заболевания, передаваемые половым путем
- наличие в анамнезе инфекции, вызванной стрептококком группы В;
- амниоцентез и другие инвазивные процедуры;
- серкляж;
- длительно существующий спонтанный разрыв плодных оболочек;
- тесный контакт с лицами со стрептококковой инфекцией (членами семьи и т.п.);
- задержка продуктов зачатия;
- травмы мягких тканей родовых путей, гематома, кесарево сечение;
- нарушение правил гигиены;
- нарушение правил асептики;
- задержка мертвых тканей в родовом канале (продолгование беременности при мертвом плоде, задержка частей плаценты в полости матки и т.д.);
- затяжные роды;
- частые вагинальные исследования в родах;

- кесарево сечение или другие оперативные роды;
- послеродовые кровотечения;
- повторные аборты;
- принадлежность к малым этническим группам;
- носительство патогенных микроорганизмов (особенно *Streptococcus pyogenes*).

У многих женщин, которые умерли от сепсиса, имелся один и более факторов риска. У беременных наиболее часто с септическим шоком ассоциируются инфекции мочевыводящих путей и хориоамнионит (уровень доказательности III). В развитие тяжелого сепсиса играют роль множественные факторы риска (категория рекомендаций D).

### ПОСЛЕРОДОВОЙ ЭНДОМЕТРИТ (ПЭ)

Наиболее распространенная форма послеродовой инфекции. Развитие заболевания происходит в родах путем восходящего инфицирования при лечебно-диагностических манипуляциях или в послеродовом периоде через раневую поверхность.

В соответствии с СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (2010) эндометрит считается послеродовым и внутрибольничным, и подлежит учету за акушерским стационаром в течение 30 дней после родов.

#### ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИТА

**Критерии диагноза послеродового эндометрита  
(для постановки диагноза достаточно 2 симптомов)**

- Повышение температуры тела ( $38^{\circ}\text{C}$  и выше).
- Болезненная матка при пальпации.
- Выделения из половых путей с неприятным запахом.
- Возможно умеренное кровотечение из половых путей.

**Повышенное количество лейкоцитов в крови обладает низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции (2а).**

**NB!** Температура тела до  $38^{\circ}\text{C}$  в течение 24 часов после родоразрешения (в том числе после кесарева сечения) допустима. Чаще всего причиной является дегидратация, поэтому тактика ведения – обильное питье, инфузионная терапия (по показаниям). Назначение противовоспалительной терапии не показано.

**При субфебрильной температуре до  $37,5^{\circ}\text{C}$  в течение более 24 часов со 2-х суток послеродового периода при отсутствии клинических признаков эндометрита показано:**

Контроль температуры тела каждые 3 часа.

Микробиологическое исследование отделяемого из цервикального канала (полости матки) с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

Дифференциальная диагностика с возможными причинами повышения температуры.

Ультразвуковая диагностика необходима для выявления остатков плацентарной ткани, гематометры, которые являются факторами риска ПЭ.

Ультразвуковое исследование матки не должно применяться для диагностики послеродового эндометрита, т.к. не обладает высокой чувствительностью (GCP).

При выявлении каких-либо клинических или эхографических признаков эндометрита после самопроизвольных и, особенно, оперативных родов всем больным показано проведение **гистероскопии**.

Информативность гистероскопии в диагностике послеродового и послеоперационного эндометритов составляет 91,4% и является самой высокой из всех методов исследования, исключая патоморфологический (100%).

**Проведение гистероскопии со 2-ого дня послеродового периода допускается при наличии подготовленного врача акушера-гинеколога!**

### ПЕРИТОНИТ

Перитонит – одна из основных причин смертности родильниц от гнойно-септической инфекции. Источником инфекции является прогрессирующий метроэндометрит, метротромбофлебит с формированием скрытой или явной несостоятельности швов на матке после кесарева сечения.

**Этиологию** заболевания определяет микрофлора первичного очага инфекции. Ведущую роль играют грамм(-) бактерии (кишечная палочка, протей, клебсиелла, синегнойная палочка), которые наиболее часто выделяются в сочетании с анаэробами.

#### Факторы риска:

1. Дооперационное инфицирование полости матки.
2. Длительный безводный промежуток.
3. Массивная кровопотеря.
4. Плохая санация матки (наличие остатков плацентарной ткани и оболочек).
5. Погрешности оперативной техники.

#### Клиника

1. Перитонит, развившийся после кесарева сечения, произведенного на фоне хориоамнионита, характеризуется ранним началом заболевания (1-3 сутки). Поздний перитонит (4 -7 сутки) развивается на фоне метроэндометрита и несостоятельности швов на матке.

