



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Послеродовой эндометрит

МКБ 10: **O86.8**

Возрастная категория: **взрослые, дети**

ID: **KP118**

Год утверждения: **2016 (пересмотр каждые 3 года)**

Профессиональные ассоциации:

- **Российское Общество акушеров - гинекологов**

Научным советом Министерства Здравоохранения Российской Федерации ____
_____ 201_ г. Послеродовой эндометрит

Оглавление	
Ключевые слова	3
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	6
1. Краткая информация	7
2. Диагностика	9
3. Лечение.....	14
4. Реабилитация	20
5. Профилактика	20
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания.....	22
Критерии оценки качества медицинской помощи	22
Список литературы.....	24
Приложение А1. Состав рабочей группы	27
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	27
Приложение А3. Связанные документы	28
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента	29
Приложение В. Информация для пациентов	30
Приложение Г.	31

Ключевые слова

- Послеродовой эндометрит
- Гнойно-воспалительные заболевания
- Антибактериальная терапия

Список сокращений

АД – артериальное давление;

в/в – внутривенно;

в/м – внутримышечно;

ГВЗ – гнойно-воспалительные заболевания;

д.м.н. – доктор медицинских наук;

ЖЕЛ – жизненная емкость легких;

к.м.н. – кандидат медицинских наук;

КФ – клубочковая фильтрация;

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации;

МРТ – магнитно-резонансная томография;

НСПВ – нестероидные противовоспалительные препараты;

НЦАГиП – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России;

п/к – подкожно;

ПОН – полиорганная недостаточность;

ПЭ – послеродовый эндометрит;

РАН – Российская академия наук;

РФ – Российская Федерация;

САД – среднее артериальное давление;

СРВ – С-реактивный белок;

ССВО – синдром системного воспалительного ответа;

УЗИ – ультразвуковое исследование;

ЧД – частота дыхания;

ЧСС – частота сердечных сокращений;

GCP – good clinical point;

MRS A – methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*;

PCT – прокальцитониновый тест;

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynecologists;

WHO – World Health Organization (Всемирная организация здравоохранения).

Термины и определения

Послеродовой эндометрит (ПЭ) – воспаление внутренней поверхности матки (эндометрия) с возможным вовлечением миометрия, возникшее после родов или кесарева сечения в результате развития инфекции.

Оценка степени обсемененности полости матки – 3 степени обсемененности: низкая (менее 5×10^2 КОЕ/мл), умеренная ($5 \times 10^2 - 10^3$ КОЕ/мл) и высокая (более 10^3 КОЕ/мл). Низкая степень встречается преимущественно у здоровых родильниц, средняя – как у больных, так и у здоровых, высокая – преимущественно у больных. При легкой форме заболевания преобладает умеренный рост микроорганизмов, при заболевании средней тяжести и тяжелом его течении отмечают массивную обсемененность – более $10^3 - 10^5$ КОЕ/мл, при данной патологии после КС обсемененность еще выше и у большинства родильниц достигает $10^5 - 10^8$ КОЕ/мл.

Послеродовой параметрит – воспаление ретроперитонеальной фиброзно-жировой клетчатки малого таза.

Послеродовой пельвиоперитонит – воспаление брюшины, ограниченное полостью таза.

Метротромбофлебит – поражение вен матки.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Послеродовой эндометрит (ПЭ) – воспаление внутренней поверхности матки (эндометрия) с возможным вовлечением миометрия, возникшее после родов или кесарева сечения в результате развития инфекции [1].

1.2 Этиология и патогенез

ПЭ – полимикробное заболевание, которое может быть вызвано стафилококками, стрептококками, условно-патогенными аэробными и анаэробными бактериями, редко – микоплазмами, хламидиями, вирусами. Основные возбудители ПЭ – ассоциации факультативных аэробных и облигатных неклостридиальных анаэробных микроорганизмов: *Escherichia coli*, различные штаммы *Enterobacter spp.*, *Enterococcus spp.*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Bacteroides spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Streptococcus agalactiae*, *Staphylococcus spp* [2,3].

Этиологическая структура ПЭ отличается динамичностью и зависит от ряда факторов, важнейшим из которых является необоснованно широкое профилактическое и лечебное применение антибиотиков. В настоящее время доминируют неспорообразующие анаэробы, частота выделения их при послеродовом эндометрите достигает 70-90%, кишечную палочку обнаруживают у 20-40%, другие энтеробактерии выделяют у 7-10% больных [3,4]. Грамположительные бактерии являются возбудителями послеродового эндометрита существенно реже. Так, золотистый стафилококк, которому ранее отводили ведущую роль в этиологии послеродового эндометрита, встречается в 3-7% случаев. Для инфекции, обусловленной стрептококками группы В (2-3%), характерно весьма тяжелое течение. Микоплазмы и хламидии чаще вызывают вялотекущие формы заболевания, нередко присоединяясь в последующем к первичным возбудителям инфекции [4].

Полость матки после родов нестерильна и заселена микроорганизмами, проникающими туда из влагалища, что создает необходимость дифференцировать возбудителей заболевания от микробов – контаминантов. С этой целью используются количественные критерии для оценки степени обсемененности полости матки. Следует различать 3 степени обсемененности: низкая (менее 5×10^2 КОЕ/мл), умеренная (5×10^2 - 10^3 КОЕ/мл) и высокая (более 10^3 КОЕ/мл). Низкая степень встречается преимущественно у здоровых родильниц, средняя – как у больных, так и у здоровых, высокая – преимущественно у больных. При легкой форме заболевания преобладает умеренный рост микроорганизмов, при заболевании средней тяжести и тяжелом его течении отмечают массивную обсемененность – более 10^3 - 10^5 КОЕ/мл, при данной патологии после КС обсемененность еще выше и у большинства родильниц достигает 10^5 - 10^8 КОЕ/мл [5].

В тех случаях, когда эндометрит вызван монокультурой аэробных или анаэробных бактерий, они высеваются из матки в высоком титре. Для развития эндометрита

обсемененность полости матки монокультурой должна быть выше, чем при наличии ассоциации микроорганизмов. Характерно, что, несмотря на высокую степень обсемененности монокультурой полости матки, эндометрит в этих случаях протекает в более легкой форме, чем при наличии аэробно – анаэробных ассоциаций [5,6].

В настоящее время нет единой точки зрения о патогенезе развития послеродового эндометрита. ПЭ считают проявлением раневой инфекции. После отделения последа внутренняя поверхность матки представляет собой обширную рану, заживление которой протекает согласно общебиологическим законам. На первом этапе происходит очищение внутренней поверхности матки путем воспаления (I фаза раневого процесса) с последующей эпителизацией и регенерацией эндометрия (II фаза раневого процесса).

Послеродовой эндометрит развивается вследствие перехода воспалительного лейко- и лимфоцитарного инфильтрата с нежизнеспособных тканей на собственно эндо- и миометрий.

ПЭ может быть связан с субклинической антенатальной внутриматочной инфекцией, обусловленной инвазией в амниотическую полость микроорганизмов – наиболее часто кишечной палочки и стрептококков группы В, к тому же амниотическая жидкость не обладает достаточной антибактериальной активностью. Возможна восходящая колонизация матки экзогенными микроорганизмами, контаминация которыми происходит при лечебно-диагностических процедурах [7].

Пути распространения инфекции [8]:

- восходящий (связан со значительной ролью в этиологии заболевания условно-патогенных микроорганизмов, обитающих во влагалище);
- гематогенный и лимфогенный;
- интраамниальный вследствие проведения инвазивных методов исследования (амниоскопия, амниоцентез, кордоцентез, редукция эмбрионов при многоплодной беременности и др.).

Значительную роль в возникновении и течении инфекционного процесса в послеродовом периоде играют защитные механизмы и, в частности, состояние иммунитета.

Установлено, что даже у здоровых женщин во время беременности и в ранние сроки послеродового периода может быть транзиторный частичный иммунодефицит. При ПЭ отмечается угнетение Т-клеточного звена иммунитета (Т-лимфоцитопения, снижение пролиферативной активности лимфоцитов, повышение активности Т-супрессоров) и гуморального иммунитета [9].

Предпосылкой для развития эндометрита является замедление инволюции матки и нарушение процессов регенерации эндометрия.

Таким образом, патогенез послеродового эндометрита мультифакторный, остается до конца неизученным. Основную роль играют следующие факторы: состояние послеродовой матки, состав микрофлоры, состояние защитных сил организма и др.

1.3 Эпидемиология

Частота встречаемости эндометрита после самопроизвольных физиологических родов – 1-3%, после патологически протекающих – 2-5%, после операции кесарева сечения – от 5 до 20%. Кроме того, у каждой 5-й роженицы хориоамнионит (полимикробная инфекция плодных оболочек и амниотической жидкости) переходит в послеродовой эндометрит [1, 3, 5, 7, 8].

1.4 Кодирование по МКБ 10

Другие послеродовые инфекции (O86):

O86.8 – Другие уточненные послеродовые инфекции.

1.5 Классификация

В настоящее время в клинической практике применяют следующую классификацию послеродового эндометрита [1, 3].

По характеру родоразрешения:

- эндометрит после самопроизвольных родов;
- эндометрит после кесарева сечения.

По клиническому течению:

- легкая форма;
- средней тяжести;
- тяжелая форма.

По особенностям клинических проявлений:

- классическая форма;
- стертая форма.

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендуется выявлять зависимость развития гнойно-воспалительного процесса от времени родоразрешения: заболевание возникает на 2-5 день послеродового периода. При неэффективной терапии (около 2% случаев) возможна генерализация процесса с развитием тяжелых форм послеродовой инфекции: перитонит, тазовые абсцессы, тромбофлебит, сепсис [4,5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4)

Комментарии: Следует различать три клинические формы ПЭ: легкую, средней тяжести и тяжелую:

1. Легкая форма заболевания возникает преимущественно на 2-5-е сутки послеродового периода. На фоне проводимой терапии температура тела нормализуется в течение 2-3 дней, болезненность матки при пальпации исчезает через 1-2 дня, характер лохий нормализуется на 2-3 сутки.
2. Послеродовой эндометрит средней тяжести возникает на 2-7-е сутки послеродового периода. На фоне проводимого лечения клинические симптомы заболевания исчезают медленнее, чем при легкой форме [2, 6, 8, 9].
3. Тяжелая форма ПЭ возникает на 2-3 сутки послеродового периода, преимущественно у женщин после кесарева сечения. У больных наблюдают выраженную общую интоксикацию, повышение температуры тела до 39,0оС. Состояние пациентки в течение 24 ч не улучшается, возможна отрицательная динамика. Отмечаются существенные изменения гематологических, биохимических показателей крови и системе гемостаза (резко выраженная хронометрическая и структурная гиперкоагуляция, гиперфибриногенемия, повышается функциональная активность тромбоцитов) [5, 7].

В настоящее время часто возникает стертая форма ПЭ, при которой клиническая картина не отражает тяжесть состояния родильницы. Первые симптомы заболевания появляются в течение 1-7-х суток. При бимануальном исследовании матка безболезненна и не увеличена в размерах, что связано с перегибом матки по области послеоперационного шва. Отек области послеоперационного шва и перегиб матки способствуют задержке кровяных сгустков в ее полости и созданию условий для постоянной резорбции бактериальных и тканевых токсинов [8, 9].

- Рекомендуется выделять женщин группы риска развития эндометрита [9, 10, 11, 12, 13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4)

Комментарии: Факторы риска развития послеродовой инфекции:

- юный возраст;
- низкий социально-экономический уровень жизни;
- ожирение;
- сахарный диабет;
- воспалительные заболевания в анамнезе;
- перенесенная бактериальная и вирусная инфекция во время беременности;
- осложненное течение беременности: анемия, истмико – цервикальная недостаточность, инвазивные методы обследования или лечения во время беременности;
- осложненное течение родового акта: несвоевременное излитие околоплодных вод и длительный безводный промежуток, хориоамнионит, пролонгированные роды, многократные влагалищные исследования в процессе родов, патологическая кровопотеря, акушерские операции в родах, инвазивные методы наблюдения за плодом и роженицей, травма мягких тканей родовых путей;

- *при кесаревом сечении – экстренная операция при длительности родов более 15 ч и/или безводном промежутке свыше 12 ч, осложнения в ходе оперативного вмешательства, патологическая кровопотеря во время операции.*

2.2 Физикальное обследование

На этапе постановки диагноза:

- Рекомендуется общее физикальное обследование роженицы (осмотр кожных покровов и слизистых оболочек, пальпация региональных лимфоузлов, молочных желез, живота, выявление нарушений перистальтики, перитонеальных симптомов, осмотр швов на передней брюшной стенке, промежности, пальпация по ходу сосудистых пучков нижних конечностей) [11, 13, 14].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендуется проведение термометрии, измерение частоты пульса и артериального давления [9-15].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется проведение влагалищного исследования [12, 14, 15, 16].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1b).

Комментарии: *влагалищное исследование включает осмотр наружных половых органов, осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах, влагалищное пальцевое бимануальное исследование органов малого таза.*

При осмотре в зеркалах необходимо обратить внимание на состояние цервикального канала (его зияние, мутные лохии позволяют заподозрить ПЭ и наличие в матке патологических субстратов), при бимануальном исследовании следует определить консистенцию матки, ее размеры. У большинства больных отмечается болезненность при пальпации матки в области дна и боковых стенок.

2.3 Лабораторная диагностика

На этапе постановки диагноза:

- Рекомендуется провести общий анализ крови с исследованием лейкоцитарной формулы, гемостазиограмму, биохимический анализ крови: общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, исследование электролитов крови (натрий, калий, хлор), белки острой фазы (С-реактивный белок, прокальцитонин), общий анализ мочи [6, 7, 16, 17, 18].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1b).

- Рекомендуется проведение морфологического исследования биоптатов эндометрия. Метод позволяет определить в эндо- и миометрии диффузную или очаговую лейко- и лимфоцитарную инфильтрацию, интенсивность которой находится в прямой зависимости от тяжести патологического процесса [17, 18, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется выполнение бактериологического исследования лохий [18, 19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: *Бактериологическое исследование лохий включает выделение и идентификацию микроорганизмов, определение их чувствительности к антибиотикам, определение степени микробной колонизации. Для выделения истинного возбудителя необходимо исследовать содержимое матки, так как микрофлора шеечного канала только в 25% случаев полностью совпадает с микрофлорой полости матки. С помощью бактериологических методов исследования диагноз послеродового эндометрита можно поставить в 85-90% случаев.*

- Рекомендуется выполнение цитологического исследования лохий [20, 21, 22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: *При цитологическом исследовании лохий для послеродового эндометрита легкой формы характерен воспалительный тип цитограмм, при средней и тяжелой форме определяют воспалительно-дегенеративный тип. В препаратах содержится большое количество нейтрофилов (82-93%) в состоянии дегенерации и деструкции, при резком уменьшении количества лимфоцитов, полибластов, моноцитов и, особенно, макрофагов. Фагоцитоз преимущественно незавершенный или даже извращенный (целые бактерии находятся среди обломков нейтрофилов).*

2.4 Инструментальная диагностика

На этапе постановки диагноза:

- Рекомендуется УЗИ органов малого таза. Проводят всем родильницам после самопроизвольных родов или кесарева сечения на 3-и сутки [23].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1b).

Комментарии: *С помощью ультразвукового исследования выделяют два варианта послеродового эндометрита, что имеет важное значение для выбора адекватной лечебной тактики. Первый вариант – эндометрит на фоне задержки в полости матки некротически измененных остатков децидуальной оболочки, сгустков крови и, реже, плацентарной ткани. Данная форма эндометрита чаще встречается после кесарева сечения (70-80% всех эндометритов) и характеризуется субинволюцией матки с первых дней заболевания, увеличением переднезаднего размера тела и полости матки, наличием в*

ней скоплений неоднородных структур. Вторым вариантом – эндометрит при условно «чистой» полости матки – базальный, встречается в 20-30% случаев эндометрита после кесарева сечения. Характеризуется наличием гиперэхогенных отложений на стенках полости матки, в дальнейшем присоединяются явления субинволюции матки, которые имеют невыраженный характер и развиваются постепенно по мере длительности заболевания.

При эхографической оценке состояния шва на матке у женщин с ПЭ могут обнаруживаться мелкие гематомы под пузырно-маточной складкой, вовлечение в воспалительный процесс миометрия в области швов. В 20% случаев эхографические признаки вовлечения в воспалительный процесс миометрия сочетаются с проявлением его анатомической несостоятельности, которая выражается в формировании дефекта стенки со стороны полости матки в виде ниши неправильной треугольной формы с выраженным истончением в дистальной его части. Данная эхографическая картина указывает на частичное расхождение шва на матке.

- Рекомендуется проведение гистероскопии [24, 25].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарии: С помощью этого метода возможна визуализация эндометрия, детализация характера патологических включений в полости матки: сгустки крови, оболочки, децидуальная или плацентарная ткань; оценка состояния швов на матке; при необходимости можно выполнить биопсию эндометрия. О наличии послеродового эндометрита свидетельствуют фибриноидный налет на стенках матки, нередко с примесью газа; большое количество инъецированных, легко кровоточащих сосудов, в отечной цианотичной слизистой оболочке отмечают очаги кровоизлияний. Достоверность гистероскопии свыше 90%. У ряда больных диагностируют дефект ткани в виде ниши или хода – признак частичного расхождения швов на матке.

- Рекомендуется выполнение магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов малого таза, которое позволяет определить размеры матки, наличие патологических включений в полости матки и в области послеоперационного шва, инфильтрацию и отек тканей в области оперативного вмешательства, возможно определение несостоятельности шва на матке [26, 27, 28].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1а).

2.5 Дифференциальная диагностика

- Рекомендуется проводить дифференциальную диагностику с инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом, послеродовым параметритом, пельвиоперитонитом, метротромбофлебитом, тромбофлебитом вен таза.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии:

- *Инфекция мочевыводящих путей – характеризуется внезапным началом, повышением температуры тела, наличием характерных локальных симптомов: боль внизу живота, дизурия.*
- *Сальпингоофорит – воспаление маточных труб и яичников. Первые признаки заболевания появляются обычно на 8-10 день после родов.*
- *Послеродовой параметрит – воспаление ретроперитонеальной фиброзно-жировой клетчатки малого таза. Заболевание начинается на 10-12-е сутки послеродового периода. Переход воспаления на околопузырную клетчатку приводит к его распространению по задней поверхности передней брюшной стенки к пупку. Из верхнего отдела параметрия инфильтрат может распространиться до почек.*
- *Послеродовой пельвиоперитонит – воспаление брюшины, ограниченное полостью таза. Преобладают местные симптомы заболевания. Начало заболевания напоминает клинику разлитого перитонита: возникает остро, сопровождается лихорадкой, ознобом, резкими болями внизу живота, тошнотой, рвотой, вздутием и напряжением живота.*
- *Метротромбофлебит – поражение вен матки. Возникают тахикардия до 100 и более в минуту, субинволюция матки, болезненность в области ребер матки при пальпации; при влагалищном исследовании определяют болезненные тяжи на матке. Кровяные выделения из половых путей длительные, обильные.*
- *Тромбофлебит вен таза – развивается в конце 2-й недели послеродового периода. Отмечается субинволюция матки. При влагалищном исследовании пораженные вены пальпируют в основании широкой связки и на боковой стенке таза в виде болезненных, плотных и извитых тяжей.*

3. Лечение

Комплексная терапия послеродового эндометрита включает общее воздействие и местное лечение. Главным компонентом общего лечения является назначение антибактериальной терапии, а местного – вакуум-аспирация и/или выскабливание послеродовой матки.

К компонентам общего лечения, помимо антибактериальной терапии, относят инфузионную, утеротоническую, антикоагулянтную, десенсибилизирующую терапию, а также эфферентные методы лечения (гемосорбция, плазмаферез, лазерное облучение крови), направленный транспорт антибактериальных препаратов и озонотерапию.

Своевременно начатое лечение эндометрита, особенно начальных проявлений, способствует значительному уменьшению частоты тяжелых форм послеродовой инфекции.

Цели лечения

Нормализация клинико-лабораторных показателей, элиминация этиологически значимых микроорганизмов, купирование инфекционно-воспалительного процесса, предотвращение развития осложнений, клиническое выздоровление и сохранение репродуктивной функции у пациенток с ПЭ.

Показания к госпитализации

Все родильницы с ПЭ или подозрением на эндометрит должны быть госпитализированы в акушерско-гинекологический стационар.

Форма помощи

Помощь пациентам при послеродовом эндометрите носит **неотложный характер**. Отсрочка начала антибактериального лечения утяжеляет прогноз у конкретного больного.

3.1 Консервативное лечение

Основной компонент – антибактериальная терапия (Таблица 1). До получения результатов бактериологического исследования рекомендуется проводить эмпирическую антибиотикотерапию, которая должна максимально воздействовать на весь спектр возможных возбудителей заболевания. При выборе препаратов руководствуются данными о чувствительности к ним возбудителей заболевания, возможности создания в матке эффективных концентраций антибиотиков и побочного действия их на организм.

При тяжелых формах применяют парентеральное введение лекарственных средств. При более легком клиническом течении возможно последовательное («ступенчатое») введение антибиотиков (вначале парентеральное с последующим переходом на пероральные формы тех же лекарственных средств).

3.1.1. Монотерапия:

- Рекомендуется применять ингибиторозащищенные пенициллины: амоксициллин/клавулановая кислота** 1,2 г каждые 8 ч внутривенно 7 дней, ампициллин/сульбактам**, амоксициллин/сульбактам** 1,5-3 г каждые 8 ч внутривенно 7 дней, пиперациллин/тазобактам 2,5-4,5 г каждые 8 ч внутривенно 7 дней, тикарциллин/клавуланат 3,1 г каждые 8 ч внутривенно 7 дней [29, 30].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а).

- Рекомендуется применять цефалоспорины (II-III поколения): цефокситин** 2г внутривенно каждые 6 ч 7 дней, цефоперазон** 2 г внутривенно каждые 12 ч 7 дней; цефтазидим** 1-2 г внутривенно каждые 8 ч 7 дней; цефтриаксон** 2 г внутривенно каждые 12 ч 7 дней [29-32].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется применять при тяжелой форме эндометрита: цефоперазон/сульбактам** по 2-4 г каждые 12 ч внутривенно в течение 7 дней; моксифлоксацин** 400мг внутривенно в течение 7 дней; имипенем/циластатин** по 1 г внутривенно каждые 6-8 ч 5-7 дней; меропенем** по 1 г внутривенно каждые 8 ч в течение 5-7 дней [22, 24, 30-33].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарии: *Следует учитывать, что ни один из цефалоспоринов не обладает достаточной эффективностью против энтерококков. Поэтому при подозрении на энтерококковую инфекцию целесообразно использовать препараты пенициллинов, в частности ампициллин/сульбактам, обладающий выраженной активностью против энтерококков. Карбапенемы (имипенем, меропенем) являются наиболее эффективными препаратами для монотерапии, как обладающие супершироким спектром действия. Их следует использовать в качестве резерва при лечении тяжелой клинической формы эндометрита (в частности, после кесарева сечения), рассматривая как альтернативу комбинированной антибактериальной терапии. Для монотерапии тяжелых форм эндометрита можно использовать так же цефалоспорины III-IV поколения (цефтазидим, цефтриаксон, цефоперазон, цефепим). При проведении комбинированной антибактериальной терапии эндометрита возможны различные сочетания препаратов.*

3.1.2. Комбинированная терапия:

- Рекомендуется применять клиндамицин** 0,6-0,9 г каждые 8 ч внутривенно совместно с гентамицином в дозе 1,5 мг/кг в сутки с интервалом 8-12 ч внутривенно в течение 5-7 дней [26, 34].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется применять линкомицин 0,6 г каждые 8 ч внутривенно + гентамицин** 1,5 мг/кг в сутки с интервалом 8-12 ч внутривенно + цефалоспорины II-III поколений по 1-2 г через 8-12 часов внутривенно в течение 5-7 дней [18, 25, 33].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2a).

- Рекомендуется применять метронидазол** по 500 мг каждые 6-8 ч внутривенно совместно с гентамицином** 1,5 мг/кг в сутки с интервалом 8-12 ч внутривенно в течение 5-7 дней [16, 31, 32].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется применять метронидазол** по 500 мг каждые 6-8 ч внутривенно + гентамицин** 1,5 мг/кг в сутки с интервалом 8-12 ч внутривенно + цефалоспорины II-III поколений по 1-2 г через 8-12 часов внутривенно в течение 5-7 дней [12, 28-32].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется применять левофлоксацин** по 500 мг 1-2 раза в сутки в сочетании и метронидазолом** 500 мг 3 раза в сутки внутривенно в течение 5-7 дней [29, 31, 32].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: выбор той или иной комбинации препаратов определяется тяжестью течения эндометрита и спектром возбудителей. Отсутствие эффективности от начальной терапии послеродового эндометрита клиндамицином и гентамицином может быть связано с тем, что возбудителями процесса являются энтерококки или некоторые анаэробные грамотрицательные микроорганизмы. В первом случае к указанной комбинации целесообразно добавить амоксициллин, во втором – заменить клиндамицин на метронидазол.

При выделении из полости матки микоплазм или хламидий показано назначение препаратов тетрациклинового ряда (доксциклин), макролидов (азитромицин, джозамицин, рокситромицин).

3.1.3 Выбор антибактериальной терапии при грудном вскармливании:

- Рекомендуется при проведении антибактериальной терапии временно прекратить грудное вскармливание, так как большинство антибиотиков в значительном количестве попадает в грудное молоко. Эти лекарственные препараты могут вызвать сенсibilизацию или дисбактериоз у новорожденного.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а).

3.1.4. Основания для смены антибиотиков:

- Рекомендуется смена антибиотиков в следующих случаях:
- клиническая неэффективность (отсутствие улучшения состояния в течение 48-72 часов терапии);
- развитие побочных реакций, в связи с чем, необходимо отменить препарат;
- высокая потенциальная токсичность антибиотика, ограничивающая сроки его применения (гентамицин).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а).

Комментарии: антибактериальную терапию следует проводить до исчезновения клинических признаков заболевания и нормализации лабораторных показателей. При адекватной антибиотикотерапии ПЭ примерно у 90% больных температура нормализуется в пределах от 48 до 72 часов. Длительность лечения определяется тяжестью клинического течения заболевания и продолжается до стойкого закрепления терапевтического эффекта.

Таблица 1. Антибактериальные препараты, используемые в терапии ПЭ

Препараты	Доза (г)		Способ введения
	разовая	суточная	
<i>Пенициллины:</i>			
Ампициллин/сульбактам**	1,5-3,0	6,0-12,0	в/в, в/м

Амоксициллин/клавуланат**	0,37-0,625	0,75-1,25	внутри
	1,2	3,6-4,8	в/в
Пиперациллин/тазобактам	2,5-4,5	7,5-13,5	в/в
Тикарциллин/клавуланат	3,1	12,4	в/в
<i>Цефалоспорины:</i>			
III поколение			
Цефуросим**	1,5	4,5	в/в, в/м
Цефтриаксон**	2,0	4,0	в/в, в/м
Цефотаксим**	2,0	4,0-6,0	в/в, в/м
Цефтазидим**	1,0-2,0	3,0-6,0	в/в
IV поколение			
Цефепим**	2,0-4,0	4,0-8,0	в/в, в/м
Цефоперазон/сульбактам**	2,0-4,0	4,0-8,0	в/в, в/м
<i>Аминогликозиды:</i>			
Гентамицин**	1,5 мг/кг	5 мг/кг	в/в, в/м
<i>Карбопенемы:</i>			
Имипенем/циластатин**	1,0	2,0	в/в, в/м
Меропенем**	1,0	2,0	в/в, в/м
<i>Нитроимидазолы:</i>			
Метронидазол**	0,5	1,5	в/в, внутри
<i>Линкозамиды:</i>			
Линкомицин	0,6	1,8-2,4	в/в, в/м
	0,5	1,5	внутри
Клиндамицин**	0,9	2,7	в/в, в/м
	0,3	0,9	внутри
<i>Тетрациклины:</i>			

Доксициклин**	1,0	2,0	в/в, внутрь
<i>Фторхинолоны:</i>			
Ципрофлоксацин**	0,2-0,4	0,4-0,8	в/в
	0,5-0,75	1,0-1,5	внутри
Офлоксацин**	0,2-0,4	0,4-0,8	в/в
	0,2	0,4-0,8	внутри
Пефлоксацин	0,4	0,8	в/в
	0,4	0,8	внутри
Левифлоксацин**	0,5	0,5	в/в
	0,25-0,5	0,5-0,1	внутри

3.2 Хирургическое лечение

- Рекомендуется проведение хирургической санации матки: вакуум-аспирация и/или выскабливание послеродовой матки.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а) [15, 18, 26-33].

3.3 Симптоматическое лечение

В последние годы возросла роль вирусов в развитии послеродового эндометрита.

- Рекомендуется включение в комплекс лечебных мероприятий противовирусных препаратов: ацикловир**, валацикловир [12, 19, 33, 34].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а).

- Рекомендуется для профилактики кандидоза и дисбактериоза применяют флуконазол** 150 мг внутривенно однократно каждые 7 дней продолжающегося лечения АБ препаратами [11, 15, 19, 30-34].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а).

- Рекомендуется для предупреждения аллергических реакций на фоне антибактериальной терапии показаны антигистаминные препараты [31, 33].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется включать в комплекс лечения инфузионную терапию. Соотношение между коллоидными и кристаллоидными растворами должно быть 1:1. Общий объем инфузии около 1250 мл/сут. [13, 21, 32].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а).

- Рекомендуется назначение низкомолекулярных гепаринов (надропарин кальция, эноксапарин натрия**) [19, 31-34].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а).

- Рекомендуется для улучшения сократительной активности матки в послеродовом периоде назначают утеротонические средства (окситоцин**), что способствует улучшению условий для оттока лохий, сокращению раневой поверхности матки и уменьшению всасывания продуктов распада [15, 30, 32, 33].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- При тяжелых формах ПЭ рекомендуется применение эфферентных методов: гемосорбция, плазмаферез, лазерное облучение крови, озонотерапия [15, 29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: с помощью этих методов достигается детоксикация, реологическая коррекция и иммунокоррекция. Вследствие сочетанного действия всех этих механизмов производится экстракорпоральная элиминация токсических субстанций, антигенов; происходит снижение вязкости крови, улучшение микроциркуляции, нормализация измененного тканевого метаболизма. Дополнительные эффекты обусловлены искусственной управляемой гемодилюцией путем введения инфузионных медикаментозных средств направленного действия.

4. Реабилитация

- Рекомендуется включить в план реабилитационных мероприятий физиотерапевтические методы воздействия, санаторно-курортное лечение [15, 28, 30].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

5. Профилактика

5.1 Диспансерное ведение

- Рекомендуется после окончания лечения проводить динамическое наблюдение акушера-гинеколога в течение первого года [1, 2, 31].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

5.2 Профилактика

Профилактика послеродовой инфекции должна проводиться в женской консультации и в родильном доме.

- Рекомендуется определение факторов риска гнойно-воспалительных заболеваний [12, 15].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется санация очагов генитальной и экстрагенитальной инфекции под контролем клинико-лабораторных исследований [6, 9, 12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется рациональное ведение родов (профилактика слабости родовой деятельности, патологической кровопотери и родового травматизма) [29, 33, 34].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендуется при родоразрешении путем операции кесарева сечения профилактика антибиотиками до операции при наличии факторов риска послеоперационных осложнений: однократное предоперационное введения (за 30-40 мин. до разреза кожи) цефалоспоринов I-II поколения (цефазолин, цефуроксим) или ингибиторозащищенных пенициллинов (амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, ампициллин/сульбактам) в стандартной дозировке, при истинной аллергии на пенициллины – клиндамицин в сочетании с аминогликозидом [28, 30].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: *профилактическое использование антибиотиков в акушерстве достоверно снижает риск развития эндометрита и раневой инфекции как при плановом, так и при экстренном кесаревом сечении. Также профилактическое назначение антибиотиков значительно снижает вероятность развития таких серьезных послеоперационных инфекционных осложнений, как тазовый абсцесс, септический шок, септический тромбоз вен таза и эндометрит.*

- Рекомендуется при родоразрешении путем операции кесарева сечения профилактическое применение утеротонических средств [22, 25].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется при родоразрешении путем операции кесарева сечения адекватная инфузионная терапия в 1-2-е сутки после операции для коррекции развивающихся волемических, водно-электролитных нарушений, ликвидации анемии и гипопротеинемии [22, 25].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется при родоразрешении путем операции кесарева сечения предупреждение нарушений перистальтики кишечника в послеоперационном периоде [11, 19, 27].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендуется при родоразрешении путем операции кесарева сечения профилактическое применение антибиотиков перед ручным обследованием послеродовой матки, при безводном промежутке 12 ч и более. Для профилактики используют ингибиторозащищенные пенициллины и цефалоспорины I-II поколения [22, 25, 27].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания, отсутствует.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Этап постановки диагноза			
1	Выполнен общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы развернутый, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, натрий, калий, хлор, СРБ, прокальцитонин), гемостазиограмма	1b	A
2	Выполнен общий анализ мочи	1b	A
3	Выполнено бактериологическое исследование лохий с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	4	C
4	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из хирургической раны с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам		
5	Выполнено морфологическое исследование биоптатов эндометрия	4	C
6	Выполнено УЗИ органов малого таза	1b	A

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
7	Проведена гистероскопия	1a	A
8	Выполнено МРТ органов малого таза	1a	A
Этап лечения			
1	Выполнено назначение антибактериального лечения до получения результатов микробиологического исследования (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2a	B
2	Выполнено введение антибактериальных препаратов вместе с инфузионной терапией (при отсутствии медицинских противопоказаний)	1a	A
3	Выполнена (при необходимости) корректировка антибактериального лечения, в зависимости от полученного микробиологического исследования лохий, данных обследования и осмотра	2a	B
4	Выполнена инфузионная терапия во время проведения антибактериальной терапии 1250мл/сут (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2a	B
5	Выполнена антикоагулянтная терапия п/к (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2a	B
6	Выполнена антимикотическая терапия в/в (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2a	B
7	Выполнена утеротоническая терапия в/в (при отсутствии медицинских противопоказаний)	4	C
8	Выполнена санация гнойного очага с удалением некротических тканей не позднее 6 часов от момента установления диагноза	2a	B
Этап контроля эффективности лечения			
1	Выполнено общее физикальное и обследование и влагалищное исследование	1b	A
2	Выполнен общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы развернутый, гемостазиограмма, биохимический анализ крови (СРБ, прокальцитонин)	1b	A
3	Выполнен общий анализ мочи	1b	A

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
4	Выполнено УЗИ органов малого таза	1b	A
5	Выполнено МРТ органов малого таза	1a	A

Список литературы

1. Abouzahr C, Aаahman E, Guidotti R. Puerperal sepsis and other puerperal infections. In Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies, eds. CJL Murray and AD Lopez WHO 1998.
2. Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2012/ed. J.L. Vincent.-Springer-2012-845 p.
3. Caesarean section: Evidence Update March 2013. A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 132 ‘Caesarean section’ (2011).- 28 p.
<https://arms.evidence.nhs.uk/resources/hub/953379/attachment>
4. Carlsen S, Perner A; for the East Danish Septic Shock Cohort Investigators. Initial fluid resuscitation of patients with septic shock in the intensive care unit. Acta Anaesthesiol Scand. 2011 Apr;55(4):394-400.
5. Castro E.O., Figueiredo M.R., Bortolotto L., Zugaib M. Sepsis and septic shock during pregnancy: clinical management// Rev. Bras. Ginecol. Obstet.- 2008- Dec;30(12): -P. 631-8.
6. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mother’s Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. BJOG 2011; 118 (suppl. 1): 1-203.
7. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mother’s Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. BJOG 2011; 118 (suppl. 1): 1-203.
8. French L.M., Smaill F.M. Antibiotic regimens for endometritis after delivery //The Cochrane Database of Systematic Reviews - 2007 - Issue 1.
9. French LM, Smaill FM. Antibiotic regimens for endometritis after delivery (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4. hichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd, 2003.www.medscape.com/viewarticle/405871_4.
10. Greenfield N, Balk RA. Evaluating the adequacy of fluid resuscitation in patients with septic shock: controversies and future directions. HospPract(Minneap). 2012 Apr;40(2): 147-57.

11. High risk pregnancy. Management options/edition D.K. James, P.J. Steer et al.4,h-ed.-Mosby Elsevier Inc.- 2011-1475 p.
- 12.Hugonnet S, Pittet D. Hand hygiene revisited: lessons from the past and present. *Curr Infect Dis Rep* 2000;2(6):484 -489.
13. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd, 2003.
14. Kotsaki A, Giamarellos-Bourboulis EJ. Emerging drugs for the treatment of sepsis. *Expert OpinEmerg Drugs*. 2012 Jul 11.
15. Lewis G. Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer - 2003-2005. The Seventh Report on Confidential enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press; 2007.
16. Lingvist P.G., Torsson J., Almgvist A. Postpartum thromboembolism: Severe events might be preventable using a new risk score model/ *Vase Health risk Manag*.2008 October, 4(5): 1081-1087.
17. Lodi K.B., Carvalho L.F., Koga-Ito C.Y., Carvalho V.A., Rocha R.F. Rational use of antimicrobials in dentistry during pregnancy. //*Med. Oral. Patol. Oral. Cir. BucaL* - 2009 - Jan 1;14(1):-P. 15-9.
18. McDonald N.S. The care of the critically ill obstetric patient. *CPD Anaesthesia* 2004; 6: 61-67.
19. Munnur U, Bandi V, Guntupalli KK. Management principles of the critically ill obstetric patient. *Clin Chest Med*. 2011 Mar;32(1):53-60.
- 20.Neligan PJ, Laffey JG. Clinical review: Special populations—critical illness and pregnancy. *Crit Care*. 2011 Aug 12;15(4):227.
21. *Odstetric Intensive Care Manual*, /ed. M.R. Foley T.H. Strong, T.J. Garite- 3rd ed.-McGraw-Hill Comp.-2011-350 p.
22. Perman SM, Goyal M, Gaieski DF. Initial Emergency Department Diagnosis and Management of Adult Patients with Severe Sepsis and Septic Shock. *Scand J Trauma ResuscEmerg Med*. 2012 Jun 27;20(1):41.
23. Ronsmans C, Vanneste AM, Chakraborty J, Van Ginneken J. A comparison of three verbal autopsy methods to ascertain levels and causes of maternal deaths in Matlab, Bangladesh. *Int J Epidemiol*. 1998 Aug;27(4):660-6.
24. Smaill F., Hofmeyr G.J. Antibiotic prophylaxis for cesarean section //The Cochrane Database of Systematic Reviews - 2007 - Issue 1.

25. SOGC clinical practice guideline Antibiotic Prophylaxis in Obstetric Procedures No. 247, September 2010.
26. Nabhan Ashraf F, Allam Na hed E , Hamed A-AS M. Routes of administration of antibiotic prophylaxis for preventing infection after caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. [DOI: 10.1002/14651858.CD011876].
27. Anon. WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Maternal Peripartum Infections. Geneva: World Health Organization, 2015. [PMID: 26598777].
28. Tita AT, Rouse DJ, Blackwell S, Saade GR, Spong CY, Andrews WW. Emerging concepts in antibiotic prophylaxis for cesarean delivery: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology* 2009;113:675–82.
29. The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration. Review Manager (RevMan). Version 5.3. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration, 2014.
30. Liu D, Zhang L, Zhang C, Chen M, Zhang L, Li J, et al. Different regimens of penicillin antibiotics given to women routinely for preventing infection after caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 10. [DOI: 10.1002/14651858.CD011362].
31. Gyte GML, Dou L, Vazquez JC. Different classes of antibiotics given to women routinely for preventing infection at ca es a rean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 11. [DOI: 10.1002/14651858.CD008726.pub2].
32. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, Perl TM , Auwaerter PG, Bolon MK, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Surgical Infections* 2013;14(1):73–156.
33. Borahay MA, Harirah HM, Olson G, Kilic GS, Karipcin S, Hankins GD. Disseminated intravascular coagulation, hemoperitoneum, and reversible ischemicneurological deficit complicating anaphylaxis to prophylactic antibiotics during cesarean delivery: a case report and review of literature. *AJP Reports* 2011;1(1):15–20.
34. Declercq E, Barger M, Cabral HJ, Evans SR, Kotelchuck M, Simon C, et al. Maternal outcomes ass ociated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstetrics and Gynecology* 2007;109:669–77.
35. Australian Government. (2009). NHMRC levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines.
36. Российское респираторное общество, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. «Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике», Москва, 2010. 107 с.

37. Guyatt G. H., et al. The GRADE Working Group. GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011 Dec; 64 (12): 1311-6.
38. Guyatt G. H., et al. GRADE guidelines: 12. Preparing summary of findings tables - binary outcomes. J Clin Epidemiol. 2012. May 18. [Epub ahead of print]
39. NHMRC levels of evidence and grade of recommendations. 2009.

Приложение А1. Состав рабочей группы

1. **Л.В. Адамян**, академик РАН, профессор, заместитель директора ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава России;
2. **Н.Е. Кан**, д.м.н., заведующий акушерским отделением ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России;
3. **Н.А. Ломова**, к.м.н., научный сотрудник акушерского отделения ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России;
4. **В.Л. Тютюнник**, д.м.н., заведующий акушерским физиологическим отделением ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России;
5. **В.Н. Серов**, академик РАН, профессор, президент Российского общества акушеров-гинекологов;
6. **Р.Г. Шмаков**, д.м.н., главный врач ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России;

Все члены рабочей группы являются членами общества РОАГ (Российское общество акушеров-гинекологов).

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врач – акушер-гинеколог;
2. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме (Таблица П1, Таблица П2).

Таблица П1 - Уровни достоверности доказательности [35-39].

Уровень достоверности	Тип данных
Ia	Мета анализ рандомизированных контролируемых исследований (РКИ)

1b	Хотя бы одно РКИ
2a	Хотя бы одно хорошо выполненное контролируемое исследование без рандомизации
2b	Хотя бы одно хорошо выполненное квазиэкспериментальное исследование
3	Хорошо выполненные не экспериментальные исследования: сравнительные, корреляционные или «случай-контроль»
4	Экспертное консенсусное мнение либо клинический опыт признанного авторитета

Таблица П1 - Уровни убедительности рекомендаций [35-39].

Уровень убедительности	Источник доказательств	Определение
A	Рандомизированные контролируемые исследования	Доказательства основаны на хорошо спланированных рандомизированных исследованиях, проведенных на достаточном количестве пациентов, необходимом для получения достоверных результатов. Могут быть обоснованно рекомендованы для широкого применения
B	Рандомизированные контролируемые исследования	Доказательства основаны на рандомизированных контролируемых исследованиях, однако количество включенных пациентов недостаточно для достоверного статистического анализа. Рекомендации могут быть распространены на ограниченную популяцию
C	Нерандомизированные клинические исследования	Доказательства основаны на нерандомизированных клинических исследованиях или исследованиях, проведенных на ограниченном количестве пациентов
D	Мнение экспертов	Доказательства основаны на выработанном группой экспертов консенсусе по определенной проблеме

Порядок обновления клинических рекомендаций

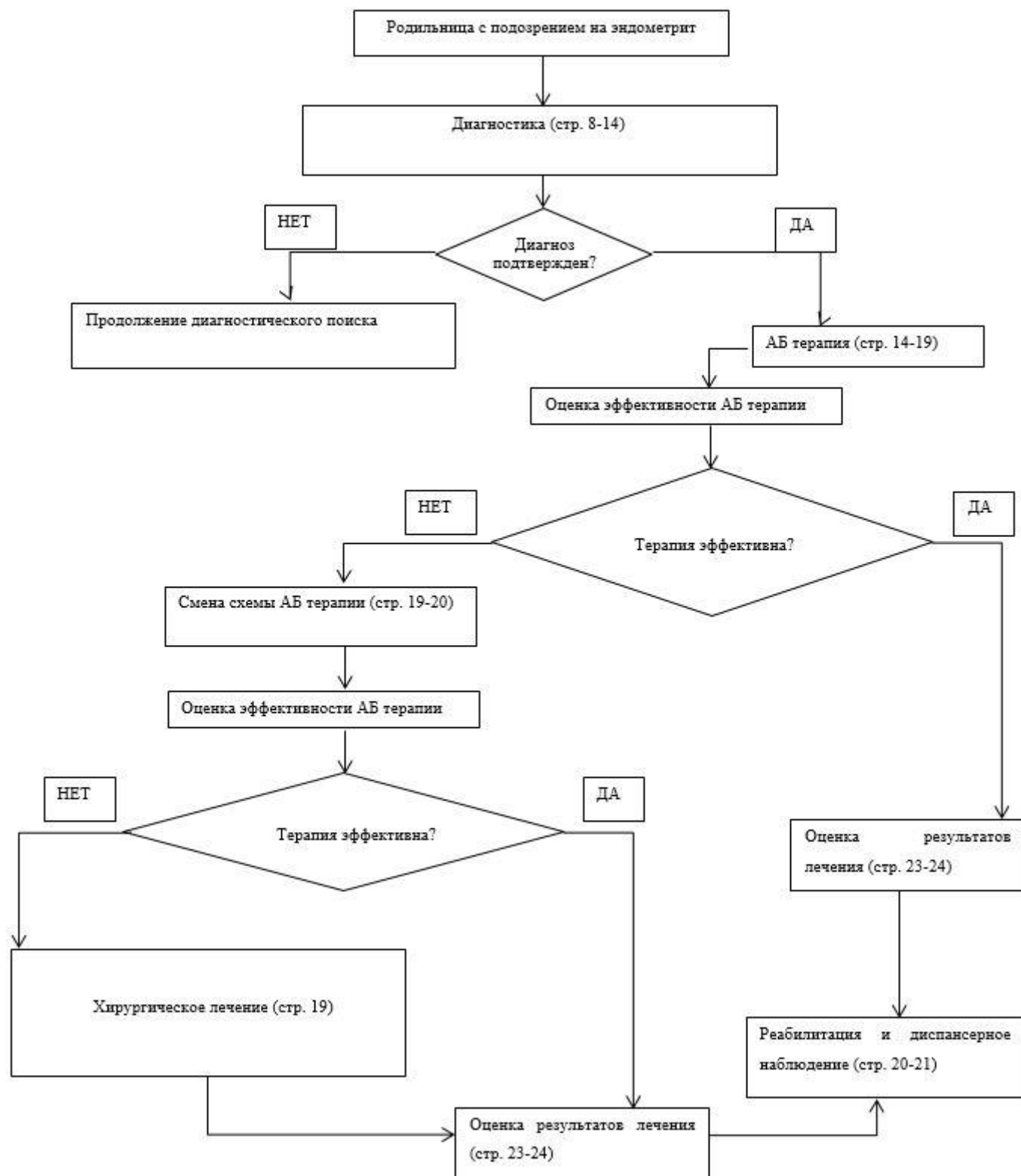
Клинические рекомендации обновляются каждые 3 года.

Приложение А3. Связанные документы

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. N 572н);
2. Приказ Минздрава России от 15 июля 2015 г. N 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



Приложение В. Информация для пациентов

Послеродовой эндометрит относится к тяжелым инфекциям. В ближайшем послеоперационном периоде возможны такие осложнения, как вялотекущий перитонит, ранняя спаечная непроходимость, а также другие осложнения, связанные с течением абдоминального сепсиса. В отдаленном послеоперационном периоде развиваются

спаечная болезнь брюшной полости с возможной странгуляционной непроходимостью кишечника, послеоперационные вентральные грыжи.

Успех терапии родильниц с послеродовым эндометритом после кесарева сечения во многом зависит от своевременной диагностики и лечения осложнений. Профилактика перитонита, наряду с совершенствованием техники и условий проведения операции кесарева сечения, должна строиться на базе улучшения микроциркуляции путем нормоволемической гемодилюции, оптимизации применения антибактериальных препаратов, профилактики и лечения эндометрита, а также восстановления функции кишечника в послеоперационном периоде.

Приложение Г.