



Клинические рекомендации

Акушерский перитонит

МКБ 10: **O86.8**

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

ID: **KP279**

URL

Профессиональные ассоциации

- **Российское Общество акушеров - гинекологов**

Оглавление

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

Ключевые слова

- Перитонит;
- Релапаротомия;
- Экстирпация матки;
- Брюшная полость.

Список сокращений

АД – артериальное давление;

АП – акушерский перитонит;

в/в – внутривенно;

в/м – внутримышечно;

ГВЗ – гнойно-воспалительные заболевания;

д.м.н. – доктор медицинских наук;

ЖЕЛ – жизненная емкость легких;

КФ – клубочковая фильтрация;

к.м.н. – кандидат медицинских наук;

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;

ПОН – полиорганная недостаточность;

ПЭ – послеродовый эндометрит;

п/к – подкожно;

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;

MRS A – methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*;

PCT – прокальцитонин-тест;

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynecologists;

WHO – World Health Organization (Всемирная организация здравоохранения).

Термины и определения

Перитонит – острое воспаление брюшины, сопровождающееся тяжелыми общими симптомами с прогрессирующим нарушением функций жизненно важных органов и систем и последующим развитием полиорганной недостаточности.

Акушерский перитонит (АП) – одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Перитонит – острое воспаление брюшины, сопровождающееся тяжелыми общими симптомами с прогрессирующим нарушением функций жизненно важных органов и систем и последующим развитием полиорганной недостаточности.

Акушерский перитонит (АП) – одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода.

1.2 Этиология и патогенез

Источником инфекции при АП в большинстве случаев является матка. Причинами могут быть хориоамнионит в родах, послеродовой эндометрит, несостоятельность или расхождение швов на матке после КС и др.

АП – мультифакторная патология, обусловленная энтеробактериями (*Escherichia coli*, *Pseudomonas* spp., *Klebsiella* spp., *Proteus* spp. и др.), грамположительными кокками (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* spp. и др.), а также неспорообразующими анаэробами (бактероиды, пептококки, пептострептококки и др.). Наиболее тяжелые формы послеродового перитонита обусловлены аэробно-анаэробными ассоциациями [1, 2, 3].

Ведущее место в генезе акушерского перитонита принадлежит интоксикации, обусловленной бактериальными токсинами, тканевыми протеазами, биогенными аминами (гистамин, серотонин, кинин), гиповолемии и парезу ЖКТ. Под воздействием токсинов, бактерий и продуктов их жизнедеятельности, возникают глубокие патоморфологические изменения в организме, нарушаются метаболические процессы со сдвигом их в сторону катаболизма. Угнетаются обменные процессы во всех тканях, нарушается функция жизненно важных органов и система гемостаза. В процессе токсического поражения клеток организма активное участие принимают продукты метаболизма арахидоновой кислоты: тромбоксаны,

простакиклины и простагландины, которые, выделяясь в сыворотку крови и легочную лимфу, приводят к возникновению гемодинамических и вентиляционных нарушений [4, 5].

Особое место в патогенезе акушерского перитонита занимает парез кишечника. Перерастяжение кишечных петель жидкостью и газами приводит к нарушению двигательной, секреторной, всасывательной функций кишечника, расстройству межуточного обмена и обезвоживанию. В его просвет поступают и там секвестрируются значительные объемы жидкости, содержащей большое количество белка, электролитов, в том числе ионов калия. Давление в просвете кишки повышается, возникает ее перерастяжение, ишемия стенки, что, в конечном счете, усиливает и усугубляет парез [6].

В терминальной стадии важное значение приобретает угнетение симпатических и парасимпатических нервных импульсов, нарушающее функцию жизненно важных органов [4, 6].

1.3 Эпидемиология

Частота перитонита после кесарева сечения варьирует в различных стационарах от 0,1 до 1,5%. В значительной мере она определяется контингентом беременных, рожениц и родильниц, а также уровнем оказания акушерской помощи. Чаще всего перитонит возникает после кесарева сечения (98%), значительно реже – вследствие гнойного сальпингоофорита и септикопиемии (1-2%). Более чем в 55% случаев перитонит развивается в следствие несостоятельности швов на матке, около 30% – при инфицировании брюшины внутриматочным содержимым при выполнении операции на фоне хориоамнионита, 15-20% – в результате нарушения барьерной функции кишечника. В структуре материнской летальности от послеродового сепсиса перитонит занимает 37-40% [7, 8].

1.4 Коды по МКБ-10

Другие послеродовые инфекции (O86):

O86.8 – Другие уточненные послеродовые инфекции.

1.5 Классификация

В зависимости от способа инфицирования брюшины:

- первичный перитонит обусловлен поражением брюшины, инфицированным содержимым матки в случае операции, произведенной на фоне хориоамнионита, или проникновением в брюшную полость микрофлоры кишечника в связи с патологическими изменениями его стенки при послеоперационном парезе;
- вторичный перитонит обусловлен несостоятельностью швов на матке, эндометритом, ранением во время операции соседних органов (мочевого пузыря, кишечника и др.).

По характеру экссудата:

- серозный;
- фибринозный;
- гнойный.

По степени распространенности:

- отграниченный;
- диффузный;
- распространенный;
- разлитой.

По клиническому течению:

- перитонит с классическими признаками;
- перитонит со стертой клинической картиной;
- перитонит с затяжным течением, который характеризуется наличием обострений, связанных с образованием межпетельных, подпеченочных, поддиафрагмальных абсцессов.

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендуется различать 3 стадии перитонита [9-12].

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

Комментарии: Стадии перитонита:

I фаза – реактивная стадия. Эта стадия обычно продолжается 24 ч.

II фаза – токсическая. Длительность стадии составляет 24-72 ч.

III фаза – терминальная. Продолжается данная фаза свыше 7 ч.

В клинической картине акушерского перитонита рекомендовано выделять раннее начало (на 1-2 сутки после операции), гипертермию (температура тела $39,0^{\circ}\text{C}$ и выше), выраженную тахикардию, парез кишечника. В зависимости от времени послеоперационного периода, отмечается: к концу 2-х суток развивается паралитическая непроходимость кишечника, с 3-4 дня после операции быстро нарастают признаки интоксикации, появляется экссудация в брюшную полость, транссудация в кишечник, на 4-9-е сутки развивается перитонит на фоне эндометрита и несостоятельности швов на матке, сопровождающихся обильными гнойными выделениями из влагалища и попаданием содержимого матки в брюшную полость.

Перитонит со стертой клинической картиной характеризуется стойким учащением пульса, метеоризмом, временно уменьшающимся после стимуляции желудочно-кишечного тракта, выраженной болезненностью матки, особенно в области ее разреза, лейкоцитозом со сдвигом формулы влево, увеличение числа палочкоядерных лейкоцитов до 40%, лимфопенией, снижением содержания общего белка крови и альбуминов. В начале заболевания больным нередко устанавливают диагноз эндометрита. Применение

антибиотиков еще более затушевывает клиническую картину. Однако для данного типа перитонита характерен выраженный и стойкий парез кишечника. Иногда консервативные мероприятия дают временный и неполный эффект. Симптомы раздражения брюшины часто отсутствуют и появляются уже в запущенной стадии заболевания [7, 9 - 12].

2.2 Физикальное обследование

На этапе постановки диагноза:

- Рекомендуется общее физикальное обследование родильницы (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) [12, 13];

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

- Рекомендуется термометрия, измерение частоты пульса и артериального давления [1, 5, 6, 13];

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

- Рекомендуется проведение влагалищного исследования [14].

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 (лейкоцитоз или лейкопения, нейтрофилез с резко выраженным сдвигом влево, прогрессирующая анемия, тромбоцитопения), гемостазиограмму (выявление гиперкоагуляции, иногда признаков коагулопатии потребления), биохимический анализ крови: (нарушение белкового обмена, изменение показателей липидного обмена, увеличение содержания азотистых шлаков; определение С-реактивного протеина, прокальцитонина; развитие метаболического ацидоза и респираторного алкалоза), общий анализ мочи (протеинурия, лейкоцитурия, цилиндрурия) [15, 16].

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

- Рекомендуется проводить забор биологических сред для проведения микробиологических исследований с количественной оценкой микробной обсемененности и определением чувствительности к антибактериальным препаратам: крови (особенно при ознобах), отделяемого из матки и брюшной полости (при возможности во время операции) и отделяемого из дренажей в послеоперационном периоде [1, 2, 4, 8, 16].

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

2.4 Инструментальная диагностика

На этапе постановки диагноза:

- Рекомендуется выполнение УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза, определение наличия свободной жидкости в брюшной полости [17].

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

- Рекомендуется проведение рентгенологического исследования брюшной полости [18, 19].

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

- Рекомендуется выполнение магнитно-резонансной томографии (МРТ) [17, 19].

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

- Рекомендуется проведение диагностической лапароскопии [19, 20].

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

2.6 Дифференциальная диагностика

- Рекомендуется на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования перитонит (в реактивной стадии) дифференцировать с тяжелой формой эндометрита, острым гнойным пиелонефритом, почечной и печеночной коликой, внутрибрюшным кровотечением, общими инфекционными заболеваниями [12, 13, 14].

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

3. Лечение

Лечение акушерского перитонита проводят в отделении интенсивной терапии или реанимации совместно акушером-гинекологом, хирургом, реаниматологом и терапевтом.

Цели лечения

Удаление гнойного очага, исчезновение инфекционно-воспалительного процесса, предотвращение развития осложнений, клиническое выздоровление.

Показания к госпитализации

Акушерский перитонит является показанием для госпитализации в отделение интенсивной терапии или реанимации акушерско-гинекологического стационара.

Форма помощи

*Несмотря на планирование проведения диагностических и лечебных мероприятий пациентам при акушерском перитоните, помощь носит **неотложный характер**. Отсрочка хирургического вмешательства, антибактериального и инфузионного лечения утяжеляет прогноз у конкретного больного, увеличивает риск летального исхода.*

- Рекомендуется проводить терапию в три этапа: предоперационная подготовка, хирургическое вмешательство и интенсивная послеоперационная терапия [19, 20, 21].

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

- Рекомендуется предоперационную подготовку выполнять в течение 1,5-2 ч. [20, 21].

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

Комментарии: *Проводят декомпрессию желудка с помощью назогастрального зонда, катетеризацию подключичной вены, инфузионную терапию, включающую детоксикационные растворы, белковые препараты, электролиты; внутривенное*

введение антибактериальных препаратов. Затем выполняют хирургическое вмешательство – релапаротомия с экстирпацией матки, санацией и дренированием брюшной полости.

- Рекомендуется в послеоперационном периоде проводить комплексное лечение [19, 21]:
- антибактериальная терапия;
- коррекция метаболических нарушений;
- инфузионно-трансфузионная, детоксикационная, общеукрепляющая, десенсибилизирующая, иммуномодулирующая, симптоматическая, гормональная терапия; коррекция нарушений гемостаза и нарушений функции жизненно важных органов;
- симптоматическая терапия гиповолемического шока, легочной, почечно-печеночной недостаточности, нарушений функций ЦНС;
- стимуляция и восстановление моторно-эвакуаторной функции ЖКТ;
- проведение методов детоксикации: гемосорбция, плазмаферез, гемодилюция.

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

Комментарии: При установлении диагноза акушерского перитонита проводят эмпирическую антибактериальную терапию ЛС широкого спектра действия в максимально допустимой терапевтической дозировке, с учетом обсемененности первичного очага инфекции, клинических проявлений и наиболее вероятного возбудителя.

После идентификации возбудителя при необходимости проводят коррекцию антибиотикотерапии. Ее продолжают до нормализации температуры тела и лабораторных показателей. При перитоните, обусловленном ассоциациями аэробных и анаэробных бактерий, проводят монотерапию антибиотиками широкого спектра действия или применяют комплексную терапию цефалоспорины или ингибиторозащищенными пенициллинами, воздействующими на грамположительную и грамотрицательную аэробную микрофлору, в сочетании с метронидазолом или линкозамидами, эффективными в отношении анаэробов.

3.1 Консервативное лечение

Схемы антибактериальной терапии при перитоните представлены в Таблице 1.

3.1.1. Монотерапия:

- Рекомендуется применять имипенем/циластатин** 0,5-1 г внутривенно 3-4 раза в сутки; меропенем** 0,5-1 г внутривенно 2-3 раза в сутки; цефепим** 1-2 г внутривенно 2 раза в сутки [21, 22].

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

3.1.2. Комбинированная терапия:

- Рекомендуется применять цефалоспорины III поколения (цефотаксим**, цефтазидим**, цефоперазон, цефоперазон/сульбактам**, цефтриаксон**) по 1-2 г внутривенно 3 раза в сутки совместно с аминогликозидами (гентамицин** 3-5 мг/кг в сутки внутривенно, нетилмицин 4-7,5 мг/кг в сутки внутривенно, амикацин** 15-20 мг/кг в сутки внутривенно) и метронидазолом** 0,5 г внутривенно 3 раза в сутки [3, 5-9, 23].

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

- Рекомендуется применять Цефалоспорины III поколения (цефотаксим**, цефтазидим**, цефоперазон, цефоперазон/сульбактам**, цефтриаксон**) по 1-2 г внутривенно 3 раза в сутки совместно с аминогликозидами (гентамицин** 3-5 мг/кг в сутки внутривенно, нетилмицин 4-7,5 мг/кг в сутки внутривенно, амикацин** 15-20 мг/кг в сутки внутривенно) и линкозамидами (линкомицин 0,6 г 3 раза в сутки внутривенно, клиндамицин** 0,6-0,9 г 3 раза в сутки внутривенно) [23, 24].

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

- Рекомендуется применять цефалоспорины III поколения (цефотаксим**, цефтазидим**, цефоперазон, цефоперазон/сульбактам**, цефтриаксон**) по 1-2 г внутривенно 2 раза в сутки совместно с оксазолидинами (линезолид** 0,8-1,2 г/сутки в 2 введения внутривенно) [1, 3-6, 24].

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

- Рекомендуется применять амоксициллин/клавуланат** 1,2 г внутривенно 3 раза в сутки совместно с аминогликозидами (гентамицин** 3-5 мг/кг в сутки внутривенно, нетилмицин 4-7,5 мг/кг в сутки внутривенно, амикацин** 15-20 мг/кг в сутки внутривенно) и метронидазолом** 0,5 г внутривенно 3 раза в сутки [5, 22, 25].

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

- Рекомендуется применять тикарциллин/клавуланат по 3,1 г внутривенно 3-4 раза в сутки или пиперациллин/тазобактам по 4,5 г внутривенно 3 раза в сутки совместно с аминогликозидами II-III поколений (гентамицин** 3-5 мг/кг в сутки внутривенно, нетилмицин 4-7,5 мг/кг в сутки внутривенно, амикацин** 15-20 мг/кг внутривенно в 1-2 введения) [25, 26].

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

- Рекомендуется при особо тяжелом течении инфекции применять имипенем/циластанин** 0,5-1 г внутривенно 3-4 раза в сутки или меропенем** 0,5-1 г внутривенно 3-4 раза в сутки + метронидазол** 0,5 г внутривенно 3 раза в сутки или клиндамицин** 0,6-0,9 г 3 раза в сутки внутривенно [27, 28].

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

- Рекомендуется применять фторхинолоны (левофлоксацин** 0,5 г внутривенно 2 раза в сутки, или офлоксацин** 0,4 г внутривенно 2 раза в сутки, или пефлоксацин 0,4 г внутривенно 2 раза в сутки) + метронидазол** 0,5 г внутривенно 3 раза в сутки [1, 2, 7-12].

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

Таблица 1. Схема АБ терапии при перитоните

МОНОТЕРАПИЯ	Название группы	Название препарата	Схемы введения

	Цефалоспорины	Цефепим**	1-2г х сут., в/
	Карбапенемы	Имипенем+Циластатин**	0,5-1г р. в су
	Карбапенемы	Меропенем**	0,5-1г в сут.,
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ	Цефалоспорины + Аминогликозиды + Противопротозойные и противомикробные препараты	Цефотаксим**/ Цефтазидим**/ Цефоперазон**/ Цефтриаксон** + Гентамицин**/ Нетилмицин/ Амикацин** + Метронидазол**	1-2г х сут., в/ + 3-5мг/л сут. в/л 4-7,5мг сут. в/л 15-20мг сут. в/л + 0,5г 3 сут., в/
	Цефалоспорины + Аминогликозиды + Линкозамиды	Цефотаксим**/ Цефтазидим**/ Цефоперазон**/ Цефтриаксон** + Гентамицин**/ Нетилмицин/ Амикацин** + Линкомицин**/ Клиндамицин**	1-2г х сут., в/ + 3-5мг/л сут. в/л 4-7,5мг сут. в/л 15-20мг сут. в/л + 0,6г х сут., в/ 0,6г х сут. в/л
	Защищенные пенициллины + Аминогликозиды + Противопротозойные и противомикробные препараты	Амоксициллин+клавулановая кислота** + Гентамицин**/ Нетилмицин/ Амикацин** + Метронидазол**	1,2г х сут., в/ + 3-5мг/л сут. в/л 4-7,5мг сут. в/л 15-20мг сут. в/л + 0,5г 3 сут., в/
	Защищенные пенициллины + Аминогликозиды	Тикарциллин+ клавулановая кислота / Пиперациллин + тазобактам + Гентамицин**/ Нетилмицин/ Амикацин**	3,1 внутри 3-4 р: сутки / внутри 3 р: сутки + 3-5мг/л сут. в/ 7,5мг/л сут. в/л 15-20мг сут. в/л
	Цефалоспорины + Оксазолидины	Цефотаксим**/ Цефтазидим**/ Цефоперазон**/ Цефтриаксон** + Линезолид**	1-2 внутри 2 р: сутки + 0,8-1,2 сутки (1 кг в су 2 введ внутри
	Цефалоспорины + Линкозамиды	Цефотаксим**/ Цефтазидим**/ Цефоперазон**/ Цефтриаксон** + Клиндамицин**	1-2 внутри 2 р: сутки + 0,6г х сут. в/л

3.1.4. Оценка эффективности лечения:

- Рекомендуется оценивать эффективность комплексной терапии на основании следующих параметров:
- стабилизации состояния больной;
- уменьшения интоксикации;
- стойкого регресса признаков системной воспалительной реакции (тахикардия, тахипноэ, снижение температуры тела и улучшение показателей крови);
- улучшения функции жизненно важных органов;
- положительной динамики функционального состояния ЖКТ (восстановление моторики, естественное питание);
- нормализации лабораторных показателей.

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

3.2 Оперативное лечение

- Рекомендуется проводить релапаротомию, включающую экстирпацию матки с трубами, удаление яичников при гнойном поражении, ревизию и санацию брюшной полости, поддиафрагмального пространства, боковых каналов, удаление гнойного экссудата, декомпрессию кишечника с помощью длинных тонкокишечных зондов типа Эбботта-Миллера, адекватное дренирование брюшной полости через переднюю брюшную стенку. Дренажи сохраняют до восстановления перистальтики кишечника и прекращения оттока отделяемого из брюшной полости [28, 29].

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

3.3 Симптоматическое лечение

- Рекомендовано для профилактики кандидоза и дисбактериоза применять флуконазол** 150 мг внутривенно однократно каждые 7 дней продолжающегося лечения АБ препаратами [22, 28-30].

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

- Рекомендовано для предупреждения аллергических реакций использовать антигистаминные препараты [27-31].

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

- Рекомендовано в комплекс лечения АП включать инфузионную терапию [26, 29, 30].

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

- Рекомендовано в связи с выявленной активацией прокоагулянтного и тромбоцитарного звеньев системы гемостаза применять низкомолекулярные гепарины (надропарин кальция, эноксапарин натрия**) [2, 4, 30-33].

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

- Рекомендовано при тяжелых формах АП применение эфферентных методов: гемосорбция, плазмаферез, лазерное облучение крови, озонотерапия [29, 30, 34].

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 [29, 30, 35].

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

5. Профилактика

5.1 Диспансерное ведение

- Рекомендуется после окончания лечения проводить динамическое наблюдение акушера-гинеколога и хирурга в течение первого года [19, 29, 30].

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

5.2 Профилактика

- Рекомендовано профилактику акушерского перитонита начинать во время подготовки к операции [22, 29, 30].

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

- В случае развития кровопотери до операции (предлежание, отслойка плаценты) необходимо устранить дефицит ОЦК, восстановить или стабилизировать системы макро- и микроциркуляции, гемостаза и т.д. [22, 29, 30].

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

- Рекомендовано использование в рамках профилактических мероприятий утеротоников (метилэргометрин**, окситоцин**) во время операции и в течение 3-4 дней после операции [22, 29, 30].

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

- Рекомендовано использовать соотношение между растворами коллоидов и кристаллоидов 1:1. Избыточное переливание кристаллоидов вызывает у акушерских больных быструю гипергидратацию. По показаниям объем инфузионной терапии может быть увеличен [22, 29, 30].

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

- Рекомендовано с целью детоксикации управляемую гемодилюцию сочетать со стимуляцией диуреза (по 20 мг фуросемида после каждого литра введенной жидкости) [22, 29, 30].

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

- Рекомендовано на 2-е сутки после операции инфузионную терапию продолжить в объеме – 1200-1500 мл. На 3-и сутки при нормальном течении послеоперационного периода инфузионную терапию прекратить [22, 29, 30].

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

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Во время операции необходимо проводить тщательную коррекцию сопутствующих нарушений водно-электролитного и белкового обмена, показателей гемостаза и кислотно-щелочного состояния. Для этих целей используют методы управляемой гемодилюции, умеренного форсированного диуреза и т.д. Безопасность и эффективность интраоперационной гемодилюции контролируют с помощью показателей коллоидно-осмотического состояния, величины гематокрита и минутного диуреза.

В послеоперационном периоде особое значение уделяют инфузионно-трансфузионной терапии, целями которой являются: устранение дефицита глобулярного объема, восстановление дефицита объема плазмы (коллоиды и кристаллоиды), коррекция нарушений водно-электролитного и белкового обмена, улучшение реологических свойств крови и микроциркуляции.

В связи с тем, что одна из основных причин акушерского перитонита заключается в неполноценности швов на матке, необходима ранняя, желательно ультразвуковая диагностика эндометрита и активное лечение этого осложнения.

Критерии оценки качества медицинской помощи

В данном разделе размещены рекомендуемые Рабочей группой критерии оценки качества медицинской помощи с указанием уровня достоверности доказательств и уровня убедительности рекомендаций (Таблица 2).

Таблица 2. Критерии оценки качества медицинской помощи при акушерском перитоните

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Этап постановки диагноза			
1	Выполнен общий анализ крови развернутый, биохимический анализ крови, гемостазиограмма,	1b	A
2	Выполнен общий анализ мочи	1b	A
3	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из хирургической раны с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам		
4	Выполнено бактериологическое исследование крови (особенно при ознобах), отделяемого из матки и брюшной полости и отделяемого из дренажей в послеоперационном периоде с количественной оценкой микробной обсемененности и определением чувствительности к антибактериальным препаратам.	1b	A
5	Выполнено УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза	1b	A
6	Выполнено рентгенологическое исследование	1a	A
7	Выполнено диагностическая лапароскопия	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	Проведено хирургическое лечение (первые 6 часов)	1a	A
3	Выполнено введение антибактериальных препаратов вместе с инфузионной терапией (при отсутствии медицинских противопоказаний)	1a	A

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
4	Проведена (при необходимости) коррективка антибактериального лечения, в зависимости от полученного микробиологического исследования лохий, данных обследования и осмотра (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2a	B
5	Проведена инфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2a	B
6	Проведена антикоагулянтная терапия п/к (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2a	B
7	Проведена антимикотическая терапия в/в (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2a	B
8	Проведена утеротоническая терапия в/в (при отсутствии медицинских противопоказаний)	4	C
Этап контроля эффективности лечения			
1	Выполнен общий анализ крови, гемостазиограмма, биохимический анализ крови,	1b	A
2	Выполнен общий анализ мочи	1b	A
3	Выполнено УЗИ брюшной полости, органов малого таза	1b	A
4	Выполнено МРТ	1a	A

Список литературы

1. Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2012/ed. J.L. Vincent.-Springer-2012-845 p.
2. Bacterial Sepsis in Pregnancy. Green-top Guideline No. 64a 1st edition April 2012
3. Bacterial Sepsis following Pregnancy. RCOG. Green-top Guideline No.64b. 1st edition, April 2012
4. Bates Sh.M., Greer I. Pabinger A.I., Sofaer Sh., Hirsh J. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) and Pregnancy: Venous Thromboembolism, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy/ Chest 2008; 133: 844-886.
5. 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>.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Chamberlain D.J., Willis E.M., Bersten A.B. The severe sepsis bundles as processes of care: A meta-analysis. Aust Crit Care. 2011 Feb-14.

11. Dellinger R.P., Levy M.M., Carlet J.M. e al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. //Intensive Care Med.- 2008 - Jan;34(1) - P. 17-60.
12. Emanuel P. Rivers, Lauriyn McIntyre, David C. Morro, and Kandis K. Rivers Early and innovative interventions for severe sepsis and septic shock: taking advantage of a window of opportunity CMAJ. 2005 October 25; 173(9): 1054-1065. doi: 10.1503/cmai.050632.
13. French L.M., Smaill F.M. Antibiotic regimens for endometritis after delivery //The Cochrane Database of Systematic Reviews - 2007 - Issue 1.
14. 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.
15. Gustot T. Multiple organ failure in sepsis: prognosis and role of systemic inflammatory response. CurrOpinCrit Care. 2011 Apr; 17(2): 153-9.
16. High risk pregnancy. Management options/edition D.K. James, P.J. Steer et al.4,h-ed.-Mosby Elsevier Inc.- 2011-1475 p.
17. Hollenberg SM. Inotrope and vasopressor therapy of septic shock //Crit. Care Clin. - 2009 - Oct;25(4) - P.781-80.
- 18.Hugonnet S, Pittet D. Hand hygiene revisited: lessons from the past and present. Curr Infect Dis Rep 2000;2(6):484 -489.
19. Is the Current Management of Severe Sepsis and Septic Shock Really Evidence Based? CMAJ. 2005 October 25; 173(9): 1054-1065. doi: 10.1503/cmaj.050632.
20. J. Husseina, J.A. Fortneyb International Journal of Gynecology and Obstetrics 85 Suppl. 1 (2004) S52-S61 Puerperal sepsis and maternal mortality: what role can new technologies play?
21. Jean-Louis Vincent and John C Marshall Surviving sepsis: a guide to the guidelines Crit Care. 2008; 12(3): 162. Published online 2008 June 30. doi: 10.1186/cc6924.
22. Kotsaki A, Giamarellos-Bourboulis EJ. Emerging drugs for the treatment of sepsis. Expert OpinEmerg Drugs. 2012 Jul 11.

23. Kumar A. Optimizing antimicrobial therapy in sepsis and septic shock. Crit Care Clin. - 2009 - Oct;25(4) - P. 733-51.

24. Lappin E., Ferguson A.J. Gram-positive toxic shock syndromes. Lancet Infect Dis 2009;9:281-90.

25. 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.

26. 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.

27. 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.

28. Lucas D.N., Robinson PN, Nel MR. Sepsis in obstetrics and the role of the anaesthetist. Int J ObstetAnesth. 2012 Jan;21(1):56-67.

29. Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И., Мешалкина И.В. Послеродовая инфекция, под ред. акад. РАМН, Сухих Г.Т. М., 2012.- 480с.

30. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И. и соавт. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей (библиотека врача-специалиста). М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011.- 784с.

31. Conroy K., Koenig A.F., Yu Y.H.et al. Infectious morbidity after cesarean delivery: 10 strategies to reduce risk. Rev Obstet Gynecol. 2012; 5(2): 69-77.

32. Snowden JM, Cheng YW, Emeis CL, Caughey AB. The impact of hospital obstetric volume on maternal outcomes in term, non-low-birthweight pregnancies. Am J Obstet Gynecol. 2014. pii: S0002-9378(14)00968-5.

33. Sadath SA, Abo Diba FI, Nayak S, Shamali IA, Diejomaoh MF. Vernix caseosa peritonitis after vaginal delivery. Clin Med Insights Case Rep. 2013 Oct 10;6:147-52.

34. Kim JJ, Tsukamoto MM, Mathur AK, Ghomri YM, Hou LA, Sheibani S, Runyon BA. Delayed paracentesis is associated with increased in-hospital mortality in patients with spontaneous bacterial peritonitis. *Am J Gastroenterol*. 2014 Sep;109(9):1436-42.
35. Barretti P, Doles JV, Pinotti DG, El Dib R. Efficacy of antibiotic therapy for peritoneal dialysis-associated peritonitis: a proportional meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 2014 Aug 18;14:445.
36. Australian Government. (2009). NHMRC levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines.
37. 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.
38. 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.
39. 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]
40. 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.Н. Серов**, академик РАН, профессор, президент Российского общества акушеров-гинекологов;
5. **В.Л. Тютюнник**, д.м.н., заведующий акушерским физиологическим отделением ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России;
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 [36-40]

Уровень достоверности	Тип данных
1a	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 [36-40]

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

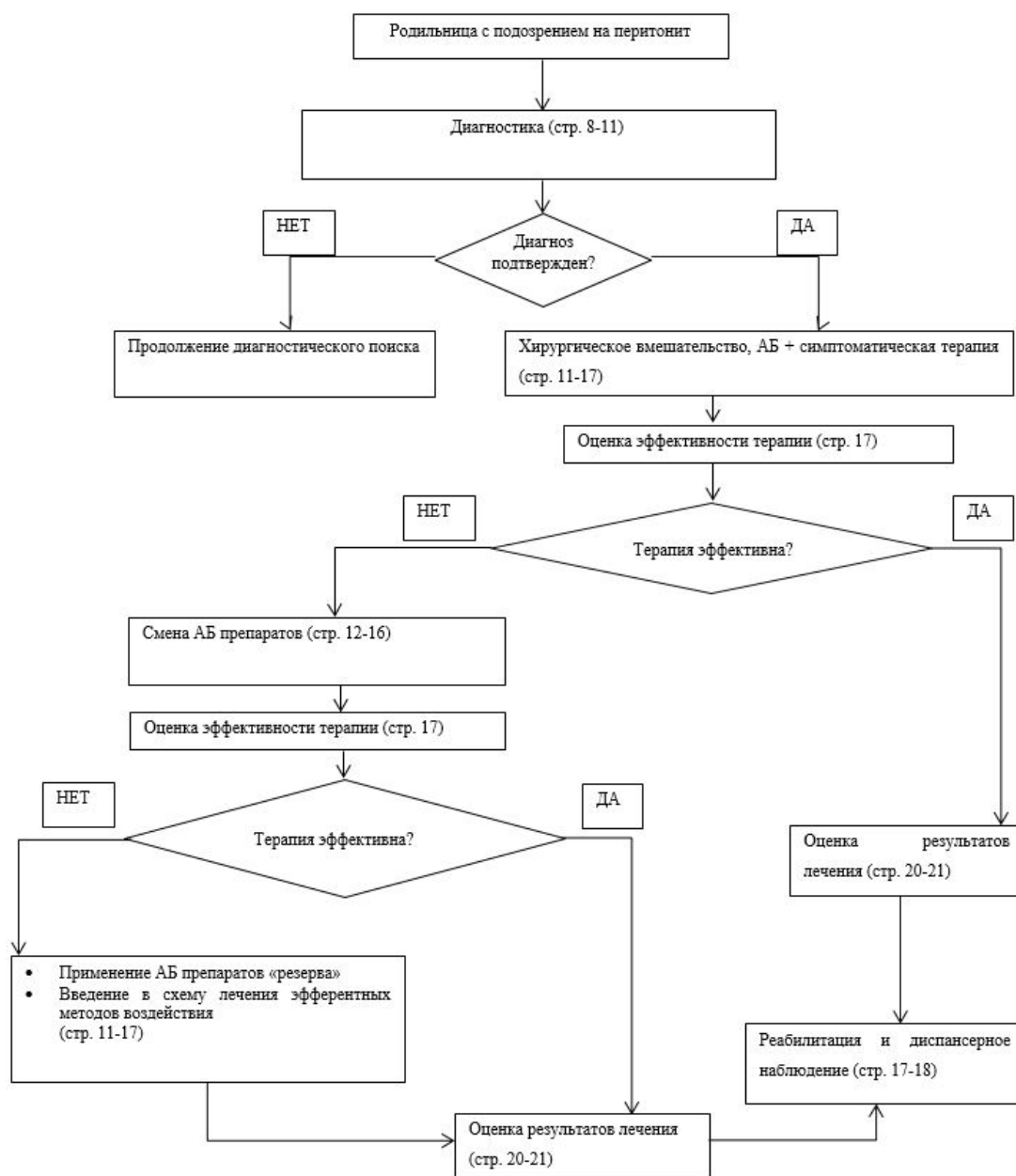
Клинические рекомендации обновляются каждые 3 года.

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

Перитонит относится к тяжелым инфекциям; при распространенной его форме летальность достигает 15-30%. 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 перитонитом после кесарева сечения во многом зависит от своевременной диагностики и лечения осложнений, развившихся на фоне перитонита. 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.