Инфекции амниотической полости и плодных оболочек (хориоамнионит)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O41.1 · Российское общество акушеров-гинекологов

Хориоамнионит — полимикробное инфекционное воспаление плодных оболочек, амниотической жидкости, децидуальной ткани и плода. Рекомендация посвящена диагностике, антибактериальной терапии и родоразрешению независимо от гестационного срока.

Главное

- Клинический диагноз устанавливают при температуре тела ≥38,0 °C и минимум двух признаках: ЧСС плода >160/мин, тахикардия матери, лейкоцитоз >15×10⁹/л без кортикостероидов, гнойные или гнойно-сукровичные выделения.
- Наиболее частый путь инфекции — восходящий из нижних отделов половых путей; риск возрастает при длительном безводном периоде, продолжительных родах, частых влагалищных исследованиях после вскрытия оболочек, колонизации стрептококком группы B и бактериальном вагинозе.
- Пациентку с хориоамнионитом госпитализируют в акушерскую медицинскую организацию 2-го или 3-го уровня с учетом срока беременности.
- Антибактериальную терапию начинают для снижения неонатальной заболеваемости и материнских гнойно-септических осложнений; препаратами выбора являются ампициллин или цефазолин в сочетании с гентамицином (УУР А, УДД 1).
- Вопрос о родоразрешении решают независимо от гестационного срока, а способ родоразрешения должен быть выбран и выполнен в течение 24 ч (УУР А, УДД 2).
- При отсутствии показаний к кесареву сечению предпочтительны роды через естественные родовые пути; кесарево сечение для простого сокращения продолжительности родов не применяют (УУР А, УДД 2).
- Новорожденные от матерей с хориоамнионитом относятся к группе высокого риска неонатального сепсиса, бронхолегочной дисплазии, внутрижелудочковых кровоизлияний, перивентрикулярной лейкомаляции и неонатальной смерти.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: температура ≥38,0 °C, учащение пульса, гнойные или гнойно-сукровичные выделения, их неприятный запах; уточнить факторы риска, включая инфекционно-воспалительные заболевания и акушерские инвазивные процедуры (УУР В, УДД 3; факторы риска — УУР С, УДД 4).
2. Определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным УЗИ, предпочтительно выполненного в I триместре (УУР А, УДД 4).
3. Измерять температуру каждые 4 ч, оценивать артериальное давление и пульс матери, а также сердцебиение плода. У пациенток вне родов осмотреть шейку матки и выделения в стерильных зеркалах (термометрия — УУР С, УДД 5; осмотр в зеркалах — УУР В, УДД 4).
4. При схваткообразных болях влагалищное исследование выполнять только после исключения предлежания плаценты, пролабирования или разрыва оболочек. При ПРПО без родовой деятельности и без активных преждевременных родов от влагалищного исследования следует отказаться из-за риска восходящей инфекции (УУР С, УДД 5).
5. Выполнить общий анализ крови и определить С-реактивный белок: признаками ХА являются лейкоцитоз >15×10⁹/л и уровень С-реактивного белка >5 мг/л; оба исследования проводят каждые 12 ч до родоразрешения (общий анализ крови — УУР А, УДД 2; С-реактивный белок — УУР В, УДД 2).
6. Для верификации однократно исследовать отделяемое половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы; значимы выявление патогенов и/или концентрация условно-патогенной флоры >10⁵ КОЕ/мл. Провести патологоанатомическое исследование последа (оба метода — УУР А, УДД 2).
7. Провести кардиотокографию плода и УЗИ для оценки состояния, фетометрии, положения и предлежания плода (УУР В, УДД 3).

8. При подозрении на ПРПО подтвердить подтекание осмотром в зеркалах или тестом на подтекание околоплодных вод (УУР B, УДД 3).

Лечение

- Начать антибактериальную терапию: ампициллин 2 г внутривенно каждые 6 ч + гентамицин 5 мг/кг внутривенно каждые 24 ч либо 2 мг/кг, затем 1,5 мг/кг каждые 8 ч; альтернативно — цефазолин 2 г внутривенно каждые 8 ч в тех же схемах с гентамицином (УУР A, УДД 1).
- Возможна монотерапия ампициллином/сульбактамом 1,5 г внутривенно каждые 6 ч, цефокситином 2 г внутривенно каждые 8 ч или цефтриаксоном 1 г каждые 24 ч; при тяжелом течении суточную дозу цефтриаксона можно увеличить до 4 г.
- При аллергии на пенициллины использовать клиндамицин 900 мг внутривенно каждые 8 ч или ванкомицин 1 г внутривенно каждые 12 ч в сочетании с гентамицином по указанной схеме.
- При кесаревом сечении дополнительно ввести клиндамицин 900 мг внутривенно или метронидазол 500 мг внутривенно (УУР B, УДД 2).
- При отсутствии клинических проявлений эндометрита в течение 24 ч после родов антибактериальную терапию отменяют (УУР A, УДД 2). Для снижения лихорадки применяют парацетамол: 500 мг внутрь каждые 4–6 ч, максимум 4 г/сут; возможны пероральное, ректальное или внутривенное введение (УУР B, УДД 2).
- В сроках 240–336 недель беременности рекомендовано внутривенное введение магния сульфата для нейропротекции плода: нагрузочная доза 4 г за 20–30 мин, затем 1 г/ч в течение 24 ч. Препарат противопоказан при миастении и нарушении сердечной проводимости; при нарушении функции почек дозу подбирают индивидуально. Родоразрешение ради полного курса не откладывают (УУР A, УДД 1).
- В сроках 240–336 недель беременности следует рассмотреть антенатальную профилактику респираторного дистресс-синдрома плода, но родоразрешение ради полного курса глюкокортикостероидов не откладывают (УУР C, УДД 3).
- Рекомендовано рассмотреть вопрос о родоразрешении независимо от срока беременности; при отсутствии показаний к кесареву сечению рекомендованы роды через естественные родовые пути. В родах нужна непрерывная кардиотокография. При слабости родовой деятельности рекомендованы индукция родов или родоусиление внутривенной инфузией окситоцина (родоразрешение — УУР A, УДД 2; кардиотокография и окситоцин — УУР C, УДД 5 и УУР B, УДД 3).

Когда направить и как наблюдать

- При хориоамнионите госпитализировать пациентку в акушерскую медицинскую организацию 2-го или 3-го уровня в зависимости от срока беременности.
- Если планируется кесарево сечение, привлечь врача анестезиолога-реаниматолога для оценки интраоперационных рисков (УУР C, УДД 5).

Частые вопросы

Какие критерии позволяют поставить клинический диагноз хориоамнионита?

Нужна фебрильная лихорадка ≥38,0 °C и любые два признака: ЧСС плода >160/мин, тахикардия матери, лейкоцитоз >15×10⁹/л без кортикостероидов, гнойные или гнойно-сукровичные выделения.

Какова стартовая схема антибиотиков?

Ампициллин 2 г внутривенно каждые 6 ч или цефазолин 2 г внутривенно каждые 8 ч в сочетании с гентамицином: 5 мг/кг каждые 24 ч либо 2 мг/кг, затем 1,5 мг/кг каждые 8 ч.

Нужно ли выполнять кесарево сечение при хориоамнионите?

При отсутствии других показаний рекомендованы индукция родов или родоусиление и родоразрешение через естественные родовые пути.

Когда прекращать антибиотики после родов?

При отсутствии клинических проявлений эндометрита в течение 24 ч послеродовую антибактериальную терапию отменяют.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/776-infekcii-amnioticheskoj-polosti-i-plodnyh-obolochek-horioamnionit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/776_1