Инфекция, специфичная для перинатального периода

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: P37.9, P39.8, P39.9 · Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов»

Инфекция, специфичная для перинатального периода, — инфекционно-воспалительный процесс у плода или новорожденного с 22-й полной недели гестации до 7-х суток жизни включительно. Главное в рекомендации — раннее выявление факторов риска, неспецифических признаков инфекции у новорожденного, исключение очага и сепсиса, своевременное начало и отмена/коррекция антибактериальной терапии по клинико-лабораторной динамике.

Главное

- Перинатальная инфекция охватывает воспаление у плода/новорожденного от 22 полных недель гестации до 168 часов внеутробной жизни, с клиническими или патоморфологическими признаками инфекции.
- Возбудители разнообразны: бактерии, вирусы, атипичные возбудители, грибы и простейшие; среди перечисленных — Streptococcus group B, E. coli, Listeria monocytogenes, HSV, CMV, Candida spp., Toxoplasma gondii.
- Ключевые материнские и интранатальные факторы риска: инфекция у матери при беременности, колонизация родовых путей СГВ, хориоамнионит, преждевременный разрыв оболочек, длительный безводный период, преждевременные роды, асфиксия, аспирация мекония.
- Клиника у новорожденного обычно неспецифична и чаще появляется в первые 72 ч; в 85% — в первые 24 ч, нередко через 6–8 ч после рождения. У детей с ЭНМТ манифестация может запаздывать до 5–7 суток.
- Диагноз подтверждают сочетанием анамнеза матери, осмотра новорожденного и лабораторно-инструментального поиска признаков воспаления и очага инфекции; обязательно дифференцировать с ранним неонатальным сепсисом, врожденной пневмонией, РДС, менингитом и другими состояниями.
- СРБ для диагностики лучше оценивать не ранее 24 ч после рождения; контроль — через 48–72 ч и в конце курса антимикробной терапии. УУР В, УДД 2.
- При подозрении на реализацию ИСДПП антибиотики у ОНМТ/ЭНМТ, детей на инвазивной ИВЛ с рождения и при неонатальных судорогах начинают рано: не позднее 2 ч жизни, у ЭНМТ — в родильном зале. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Сначала собрать акушерско-гинекологический анамнез и жалобы матери для выделения группы риска: инфекции при беременности/в родах, СГВ, хориоамнионит, безводный промежуток ≥18 ч, лихорадка ≥38 °C более 2 ч, бактериурия, инвазивные вмешательства, АБТ перед родами или в родах. УУР С, УДД 4.
2. Осмотреть новорожденного по органам и системам: оценить терморегуляцию, окраску кожи, желтуху, геморрагический синдром, питание, неврологический статус, дыхание, гемодинамику, ЖКТ. УУР С, УДД 5.
3. Выполнить ОАК с лейкоформулой, тромбоцитами, абсолютным числом нейтрофилов и нейтрофильным индексом; повторить в 48–72 ч и при завершении АБТ для решения вопроса об отмене или продолжении/смене антибактериальной терапии.
4. Взять кровь из пуповины или периферической вены на стерильность с определением чувствительности; отрицательная гемокультура: для грамотрицательных — нет роста 48 ч, для грамположительных — нет роста 72 ч. Отрицательный посев крови не исключает инфекцию. УУР С, УДД 4.
5. Оценить маркеры системного воспаления и метаболические изменения: СРБ, при возможности прокальцитонин, пресепсин, IL-6; гипогликемия <2,6 ммоль/л, гипергликемия >10 ммоль/л, лактат сыворотки крови >2 ммоль/л относятся к признакам инфекционного процесса/метаболическим изменениям.
6. При факторах риска или признаках инфекции у матери провести селективный поиск патогенов у новорожденного, включая EBV, CMV, Parvovirus B19, HHV6, HSV 1/2, VZV, Rubella, Listeria, Streptococcus agalactiae, S. pyogenes, S. pneumoniae, H. influenzae, P. aeruginosa, Staphylococcus spp., Toxoplasma, Mycoplasma, Ureaplasma, Chlamydia, Treponema pallidum. УУР С, УДД 5.
7. При дыхательных нарушениях провести рентгенографию легких для исключения пневмонии. УУР С, УДД 4.

Лечение

- Эмпирическую системную АБТ назначают при клинико-анамнестических факторах риска и 1–2 или более клинических симптомах и/или лабораторно-инструментальных признаках вероятной или доказанной ИСДПП без уточненной этиологии. УУР С, УДД 5.
- У новорожденных массой >1500 г АБТ начинают по результатам первичного клинико-лабораторного обследования; если за 48–72 ч нет клинических, лабораторных и инструментальных подтверждений инфекции, начатую в первые сутки АБТ отменяют после оценки СРБ, при возможности — прокальцитонина.
- Стартовая схема А при неотягощенном анамнезе матери: ампициллин + аминогликозид (#гентамицин, амикацин или нетилмицин) либо монотерапия ампициллин + сульбактам.
- Стартовая схема Б при хориоамнионите, внутриутробных вмешательствах, безводном промежутке >18 ч, повышенном СРБ, лихорадке в родах >2 ч, АБТ у матери перед родами/в родах, высеве СГВ из цервикального канала, а также при ОНМТ/ЭНМТ или ИВЛ: ампициллин + сульбактам + аминогликозид (#гентамицин, амикацин или нетилмицин).
- Предпочтителен парентеральный, внутривенный путь введения антимикробных препаратов. Амоксициллин + клавулановая кислота не назначают из-за возможного неблагоприятного действия клавулановой кислоты на кишечную стенку, особенно у недоношенных.
- Цефалоспорины I–IV поколений не включают в стартовую схему из-за отсутствия активности против Listeria monocytogenes и Enterococcus spp. и риска НЭК и инвазивного кандидоза у новорожденных с ЭНМТ.
- После получения микробиологии и чувствительности переходят на целенаправленную АБТ; при отсутствии чувствительности к стартовой схеме препарат меняют на активный или используют локальные протоколы с учетом микробиологического мониторинга отделения.
- Питание начинают энтерально как можно раньше, предпочтительно грудным молоком; при невозможности — адаптированная смесь, при невозможности энтерального питания — парентеральное питание растворами аминокислот, жировых эмульсий, углеводов, электролитов и препаратов кальция. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Лечение ИСДПП проводят в круглосуточном стационаре: ОРИТН, ПИТ, ОПНиНД или на посту для новорожденных в детских больницах.
- В зависимости от тяжести состояния ребенка с подозрением на ИСДПП переводят в ОРИТН, ПИТ или отделение патологии новорожденных.
- Выписка возможна при стабилизации состояния, отсутствии органной недостаточности, нормализации маркеров воспаления, отмене АБТ минимум за сутки до выписки и контроле ОАК с обязательной интерпретацией накануне выписки.
- Реабилитацию после ИСДПП проводят по сопутствующей патологии и осложнениям с участием профильных специалистов, например невролога и офтальмолога.

Частые вопросы

Когда у новорожденного чаще появляются признаки перинатальной инфекции?

Обычно в первые 72 часа жизни; в 85% случаев — в первые 24 часа, часто через 6–8 часов после рождения. У детей с экстремально низкой массой тела манифестация может задерживаться до 5–7 суток.

Какие лабораторные пороги в ОАК говорят в пользу инфекции?

Учитывают лейкопению $<5\times10^9$/л, лейкоцитоз $>30\times10^9$/л в 1–2 сутки или $>20\times10^9$/л в 3–7 сутки, нейтрофильный индекс >0,2, возрастные пороги нейтропении и нейтрофилеза, а также тромбоцитопению по номограммам.

Когда брать СРБ у новорожденного при подозрении на ИСДПП?

Из-за физиологического подъема СРБ в первые 2 дня его лучше определять не ранее 24 часов после рождения; контроль проводят через 48–72 часа и в конце курса антимикробной терапии. Раннее исследование в первые 6–8 часов имеет низкую чувствительность.

Когда можно отменить антибиотики, начатые из-за подозрения на перинатальную инфекцию?

Если в течение 48–72 часов жизни нет клинико-лабораторных и инструментальных данных за инфекцию, АБТ, начатую в первые сутки, отменяют после оценки СРБ, при возможности — прокальцитонина. При установленном диагнозе решение принимают по динамике, маркерам ССВО и результатам микробиологии.

Какие стартовые антибиотики указаны для эмпирической терапии ИСДПП?

При неотягощенном анамнезе матери — ампициллин с аминогликозидом (#гентамицин, амикацин или нетилмицин) либо ампициллин + сульбактам. При отягощающих факторах у матери или высоком риске у ребенка — ампициллин + сульбактам в сочетании с аминогликозидом.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/978-infekciya-specifichnaya-dlya-perinatalnogo-perioda. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/978_1