

Клиническое руководство по антибактериальной профилактике при акушерских процедурах (краткая версия)	
<p>Основой для создания данной версии служит: «Antibiotic Prophylaxis in Obstetric Procedures» SOGC Clinical practice guideline, No. 247, September 2010.</p> <p>Список разработчиков руководства: Данное клиническое руководство было подготовлено комитетом инфекционных заболеваний и утверждено исполнительным советом сообщества акушеров и гинекологов Канады. Группа разработчиков: Julie van Schalkwyk, MD, Vancouver BC, Nancy Van Eyk, MD, Halifax NS, Mark H. Yudin, MD (Chair), Toronto ON, Marc Boucher, MD, Montreal QC, Beatrice Cormier, MD, Montreal QC Andrée Gruslin, MD, Ottawa ON, Deborah M. Money, MD, Vancouver BC, Gina Ogilvie, MD, Vancouver BC, Eliana Castillo, MD, Vancouver BC, Caroline Paquet RM, Trois-Rivières QC Audrey Steenbeek, RN, Halifax NS, Nancy Van Eyk, MD, Halifax NS, Julie van Schalkwyk, MD, Vancouver BC, Thomas Wong, MD, Ottawa ON.</p>	
Цель клинического руководства:	рассмотреть доказательства и предоставить рекомендации по антибактериальной профилактике акушерских процедур.
Список Рабочей группы по адаптации клинического руководства:	Искаков С.С. – к.м.н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Медицинского университета г. Астана; Ан З.Н. - Руководитель Национального координационного центра по обеспечению безопасности

Клиническое руководство по антибактериальной профилактике при акушерских процедурах (краткая версия)	
<p>Основой для создания данной версии служит: «Antibiotic Prophylaxis in Obstetric Procedures» SOGC Clinical practice guideline, No. 247, September 2010.</p> <p>Список разработчиков руководства: Данное клиническое руководство было подготовлено комитетом инфекционных заболеваний и утверждено исполнительным советом сообщества акушеров и гинекологов Канады. Группа разработчиков: Julie van Schalkwyk, MD, Vancouver BC, Nancy Van Eyk, MD, Halifax NS, Mark H. Yudin, MD (Chair), Toronto ON, Marc Boucher, MD, Montreal QC, Beatrice Cormier, MD, Montreal QC Andrée Gruslin, MD, Ottawa ON, Deborah M. Money, MD, Vancouver BC, Gina Ogilvie, MD, Vancouver BC, Eliana Castillo, MD, Vancouver BC, Caroline Paquet RM, Trois-Rivières QC Audrey Steenbeek, RN, Halifax NS, Nancy Van Eyk, MD, Halifax NS, Julie van Schalkwyk, MD, Vancouver BC, Thomas Wong, MD, Ottawa ON.</p>	
Цель клинического руководства:	рассмотреть доказательства и предоставить рекомендации по антибактериальной профилактике акушерских процедур.
Список Рабочей группы по адаптации клинического руководства:	Искаков С.С. – к.м.н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Медицинского университета г. Астана; Ан З.Н. - Руководитель Национального координационного центра по обеспечению безопасности

	беременных, врач акушер-гинеколог; Темкин С.М. - заведующий отделением ГККП «Перинатальный центр» г. Астана, врач акушер-гинеколог; Раскалиева А.Х. - МВА, методолог по стандартизации, РГП на ПХВ «РЦРЗ».
Рецензенты клинического руководства	Дошанова А.М. – заведующий кафедры акушерства и гинекологии АО «МУА», д.м.н., профессор; Укыбасова Т.М. – руководитель отдела акушерства и гинекологии АО «ННЦМД», д.м.н., профессор.
Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертной Комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК (протокол № 21 от «14» декабря 2012г.).	
Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по антибактериальной профилактике при акушерских процедурах, но не реже чем 1 раз в 4 года.	
Пользователи руководства:	врачи акушеры-гинекологи, руководители-менеджеры, средний медицинский персонал.
Категория пациентов:	Беременные женщины, роженицы, родильницы.
Ключевые слова:	Антибактериальная профилактика, антибиотики в акушерстве, акушерские процедуры, эндометрит, профилактика инфекций.

руководствами, разработанными канадской рабочей группой профилактической медицинской помощи. При помощи консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано данное клиническое руководство для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане. Польза, вред и расходы: Внедрение данного клинического руководства должно сократить расходы и степень вреда в результате введения антибиотиков в случаях, когда их введение не требуется, и вреда в результате неприменения антибиотиков в случаях, когда их введение было бы полезным.
Ссылки
www.rcrz.kz
http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui247CPG1009E_000.pdf

	беременных, врач акушер-гинеколог; Темкин С.М. - заведующий отделением ГККП «Перинатальный центр» г. Астана, врач акушер-гинеколог; Раскалиева А.Х. - МВА, методолог по стандартизации, РГП на ПХВ «РЦРЗ».
Рецензенты клинического руководства	Дошанова А.М. – заведующий кафедры акушерства и гинекологии АО «МУА», д.м.н., профессор; Укыбасова Т.М. – руководитель отдела акушерства и гинекологии АО «ННЦМД», д.м.н., профессор.
Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертной Комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК (протокол № 21 от «14» декабря 2012г.).	
Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по антибактериальной профилактике при акушерских процедурах, но не реже чем 1 раз в 4 года.	
Пользователи руководства:	врачи акушеры-гинекологи, руководители-менеджеры, средний медицинский персонал.
Категория пациентов:	Беременные женщины, роженицы, родильницы.
Ключевые слова:	Антибактериальная профилактика, антибиотики в акушерстве, акушерские процедуры, эндометрит, профилактика инфекций.

руководствами, разработанными канадской рабочей группой профилактической медицинской помощи. При помощи консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано данное клиническое руководство для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане. Польза, вред и расходы: Внедрение данного клинического руководства должно сократить расходы и степень вреда в результате введения антибиотиков в случаях, когда их введение не требуется, и вреда в результате неприменения антибиотиков в случаях, когда их введение было бы полезным.
Ссылки
www.rcrz.kz
http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui247CPG1009E_000.pdf

6. Для пациентов с патологическим ожирением (ИМТ > 35), может быть рассмотрено удвоение дозы антибиотика.	III-B
7. Антибиотики не должны применяться исключительно для предотвращения эндометрита у пациентов, которые подвергаются акушерским процедурам любого рода.	III-E
Методология	
<p>Опубликованная литература была получена с помощью поиска в источниках Medline иCochraneLibrary на тему антибактериальная профилактики при акушерских процедурах. Результаты были подвержены систематическому анализу, рандомизированному контролируемому испытанию/контролируемому клиническому испытанию и обсервационному исследованию. Поиски были обновлены на регулярной основе и статьи, опубликованные в период с января 1978 по июнь 2009, были включены в клиническое руководство. Текущие клинические руководства, опубликованные Американским колледжем акушерства и гинекологии, были также включены в данное руководство. Серая (не опубликованная) литература была выявлена в ходе поиска веб-сайтов оценки медицинских технологий и учреждений, связанных с оценкой медицинских технологий, сборников клинических руководств, реестров клинических испытаний, а также веб-сайтов национальных и международных медицинских сообществ. Полученные доказательства были рассмотрены и оценены комитетом инфекционных заболеваний сообщества акушеров и гинекологов Канады под руководством главных авторов, рекомендации были разработаны в соответствии с клиническими</p>	

Уровень доказательности	Описание
I	Доказательства, полученные, по крайней мере, из одного рандомизированного контролируемого испытания.
II-1	Доказательства хорошо проведенного контролируемого испытания без рандомизации.
II-2	Доказательства хорошо проведенного когортного (проспективного или ретроспективного) или случай-контроль исследования, предпочтительно более чем одного центра или исследовательской группы.
II-3	Доказательства, полученные путем сравнения сроков или мест с интервенцией или без нее. Впечатляющие результаты неконтролируемых экспериментов (например, результаты лечения пеницилина в 1940 году) также могут быть включены в эту категорию.
III	Мнения авторитетных специалистов, основанные на клиническом опыте, описательном исследовании или отчетах экспертных комитетов.
Степень рекомендаций	Описание
A	Имеется хорошее доказательство для того, чтобы рекомендовать клинические профилактические

6. Для пациентов с патологическим ожирением (ИМТ > 35), может быть рассмотрено удвоение дозы антибиотика.	III-B
7. Антибиотики не должны применяться исключительно для предотвращения эндометрита у пациентов, которые подвергаются акушерским процедурам любого рода.	III-E
Методология	
<p>Опубликованная литература была получена с помощью поиска в источниках Medline иCochraneLibrary на тему антибактериальная профилактики при акушерских процедурах. Результаты были подвержены систематическому анализу, рандомизированному контролируемому испытанию/контролируемому клиническому испытанию и обсервационному исследованию. Поиски были обновлены на регулярной основе и статьи, опубликованные в период с января 1978 по июнь 2009, были включены в клиническое руководство. Текущие клинические руководства, опубликованные Американским колледжем акушерства и гинекологии, были также включены в данное руководство. Серая (не опубликованная) литература была выявлена в ходе поиска веб-сайтов оценки медицинских технологий и учреждений, связанных с оценкой медицинских технологий, сборников клинических руководств, реестров клинических испытаний, а также веб-сайтов национальных и международных медицинских сообществ. Полученные доказательства были рассмотрены и оценены комитетом инфекционных заболеваний сообщества акушеров и гинекологов Канады под руководством главных авторов, рекомендации были разработаны в соответствии с клиническими</p>	

Уровень доказательности	Описание
I	Доказательства, полученные, по крайней мере, из одного рандомизированного контролируемого испытания.
II-1	Доказательства хорошо проведенного контролируемого испытания без рандомизации.
II-2	Доказательства хорошо проведенного когортного (проспективного или ретроспективного) или случай-контроль исследования, предпочтительно более чем одного центра или исследовательской группы.
II-3	Доказательства, полученные путем сравнения сроков или мест с интервенцией или без нее. Впечатляющие результаты неконтролируемых экспериментов (например, результаты лечения пеницилина в 1940 году) также могут быть включены в эту категорию.
III	Мнения авторитетных специалистов, основанные на клиническом опыте, описательном исследовании или отчетах экспертных комитетов.
Степень рекомендаций	Описание
A	Имеется хорошее доказательство для того, чтобы рекомендовать клинические профилактические

	меры.
B	Имеется достаточно убедительное доказательство для того, чтобы рекомендовать клинические профилактические меры.
C	Имеющиеся доказательства противоречивы и не позволяют сделать рекомендации за или против использования клинических профилактических мер, однако, другие факторы могут повлиять на принятие решений.
D	Имеется обоснованное доказательство того, чтобы не рекомендовать применение клинических профилактических мер.
E	Имеется хорошее доказательство для того, чтобы не рекомендовать применение клинических профилактических мер.
L	Не имеется достаточных доказательств (в количественном или качественном значении) для того, чтобы сделать рекомендации, однако, другие факторы могут повлиять на принятие решений.

Рекомендации	
1. Все женщины, подвергающиеся плановому или экстренному кесареву сечению, должны получить антибактериальную профилактику.	I -A
2.Выбором антибиотика для кесарева сечения должна быть разовая доза цефалоспорины первого поколения. Если у пациента имеется аллергия на пенициллин, можно использовать клиндамицин или эритромицин.	I -A
3.Сроки введения профилактических антибиотиков при кесаревом сечении должны быть от 15 до 60 минут до кожного разреза. Никакие дополнительные дозы не рекомендуются. *В Республике Казахстан данная рекомендация применяется согласно рекомендациям ВОЗ: «Введение профилактической дозы цефалоспорины первого поколения – 2гр. в/в после пересечения пуповины».	I -A
4. В случае длительной (> 3 часов) открытой брюшной процедуры или кровопотери больше 1500 мл, можно ввести дополнительную дозу профилактических антибиотиков в период от 3 до 4 часов после первой дозы.	III-L
5.Введение профилактических антибиотиков может быть рассмотрено для снижения уровня инфекционной заболеваемости, связанных с репарацией промежностной раны третьей и четвертой степени.	I-B

	меры.
B	Имеется достаточно убедительное доказательство для того, чтобы рекомендовать клинические профилактические меры.
C	Имеющиеся доказательства противоречивы и не позволяют сделать рекомендации за или против использования клинических профилактических мер, однако, другие факторы могут повлиять на принятие решений.
D	Имеется обоснованное доказательство того, чтобы не рекомендовать применение клинических профилактических мер.
E	Имеется хорошее доказательство для того, чтобы не рекомендовать применение клинических профилактических мер.
L	Не имеется достаточных доказательств (в количественном или качественном значении) для того, чтобы сделать рекомендации, однако, другие факторы могут повлиять на принятие решений.

Рекомендации	
1. Все женщины, подвергающиеся плановому или экстренному кесареву сечению, должны получить антибактериальную профилактику.	I -A
2.Выбором антибиотика для кесарева сечения должна быть разовая доза цефалоспорины первого поколения. Если у пациента имеется аллергия на пенициллин, можно использовать клиндамицин или эритромицин.	I -A
3.Сроки введения профилактических антибиотиков при кесаревом сечении должны быть от 15 до 60 минут до кожного разреза. Никакие дополнительные дозы не рекомендуются. *В Республике Казахстан данная рекомендация применяется согласно рекомендациям ВОЗ: «Введение профилактической дозы цефалоспорины первого поколения – 2гр. в/в после пересечения пуповины».	I -A
4. В случае длительной (> 3 часов) открытой брюшной процедуры или кровопотери больше 1500 мл, можно ввести дополнительную дозу профилактических антибиотиков в период от 3 до 4 часов после первой дозы.	III-L
5.Введение профилактических антибиотиков может быть рассмотрено для снижения уровня инфекционной заболеваемости, связанных с репарацией промежностной раны третьей и четвертой степени.	I-B