

---

## 13. PERINATÁLNÍ INFEKCE A PODÁVÁNÍ ANTIBIOTIK PODLE NOVÝCH POZNATKŮ – DOPORUČENÝ POSTUP

---

Autoři

A. Měchurová, J. Melichar, Z. Straňák, P. Švihovec, J. Mašata

Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny a výbor České  
neonatologické společnosti

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČGPS  
ČLS JEP

---

### ANTIBIOTICKÁ STRATEGIE PRO SNÍŽENÍ INCIDENCE ČASNÝCH A POZDÍCH NOVOROZENECKÝCH A MATEŘSKÝCH INFEKČÍ

---

Gravidita nezvyšuje ani nesnižuje pohotovost k výskytu nežádoucích účinků antibiotik.

---

#### Antibiotická profylaxe GBS

---

V doporučeném postupu léčby vaginální kolonizace streptokoky skupiny B v těhotenství a za porodu je antibiotikem první volby Penicilin G v infuzi – 5 mil. IU, dále 2,5 mil. IU po 4 hod. do porodu plodu.

Ampicillin pro nárůst časných novorozeneckých infekcí koliformní gramnegativní flórou rezistentní k Ampicillinu v současné době nepodáváme, je vyhrazen pro léčbu symptomatických infekcí.

Při alergii na penicilinová antibiotika s nízkým rizikem anafylaxe – nevěrohodnou alergickou anamnézou – podáváme cefalosporiny I. generace i.v. – Cefazolin 2 g v infuzi a dále 1 g po 8 hodinách do porodu.

Při vysokém riziku anafylaxe podáváme Klindamycin 600 (900) mg v infuzi po 8 hodinách do porodu plodu, nebo makrolid Erythromycin 500 mg i.v. po 6 hodinách (není v současné době k dispozici, proto podáváme Azitromycin 500 mg v infuzi po 24 hod. do porodu plodu).

Vankomycin je určen pouze pro pacientky s vysokým rizikem anafylaxe a prokázanou rezistencí k předchozím antibiotikům.

Streptokoková seps je léčena dvojkombinací antibiotik – Ampicillinem 1 g v infuzi po 6 hod. (při alergii na penicilinová antibiotika Klindamycinem 600 (900) mg v infuzi po 8 hod.) a Gentamycinem 240 mg v infuzi po 24 hodinách.

---

#### Antibiotická profylaxe u předčasně odteklé plodové vody (PROM)

---

V profylaxi pre-, intra- a postpartální infekce u předčasně odteklé plodové vody postupujeme podle nejnovějších poznatků a zahajujeme empirickou antibiotickou terapii, kterou následně upravujeme na cílenou podle výsledku kultivace – tu odebíráme vždy před zahájením

---

# DOPORUČENÉ POSTUPY V PERINATOLOGII

---

ATB terapie. Prenatální ATB terapie profylaxe GBS infekce se řídí samostatným standardem (viz výše).

## **Gestační stáří >36. týden, PROM >12 hod.**

(při negativních zánětlivých markerech – provokace porodu po 24 hodinách)

Aplikujeme PNC G 5 mil. IU v infuzi 100 ml fyziologického roztoku, dále 2,5 mil. IU v infuzi za 4 hodiny a dále 2,5 mil. IU v infuzi po 6 hodinách.

Při alergii na penicilinová antibiotika podáváme Klindamycin 600 – 900 mg v infuzi podle hmotnosti pacientky ve 100 ml fyziologického roztoku, pokračujeme stejnou dávkou po 8 hodinách, nebo podáme makrolid Erythromycin – 500 mg v infuzi po 6 hod. do porodu plodu (vzhledem k nedostupnosti v České republice aplikujeme Azitromycin amp. 500 mg v infuzi po 24 hodinách).

Od aplikace antibiotika možno upustit v závěrečné fázi porodu.

## **Gestační stáří <36. týden, PROM**

(provokace porodu po 24 hodinách, do 34. týdne těhotenství po ukončení aplikace kortikosteroidů, tj. za 48 až 72 hodin – podle gestačního týdne a dynamiky zánětlivých markerů).

Aplikujeme makrolid Erythromycin – 500 mg v infuzi po 6 hod. do porodu plodu (vzhledem k nedostupnosti v ČR aplikujeme Azitromycin amp. 500 mg i.v. po 24 hodinách).

**Gestační stáří <26. týden, PROM** – indikaci ATB individualizujeme po konzultaci s neonatologem.

**ATB strategie u PROM u gravidity s pozitivními zánětlivými markery** – podle hodnot event. dynamiky aplikujeme Azitromycin 500 mg v infuzi, při septickém stavu matky podáváme dvojkombinaci antibiotik - Ampicillin 1 g v infuzi po 6 hodinách (při alergii na penicilinová antibiotika Klindamycin 600 – 900 mg v infuzi po 8 hod.) a Gentamycin 240 mg v infuzi po 24 hodinách a graviditu ukončujeme co nejdříve.

**Z nejnovějších poznatků o působení ATB v perinatální medicíně** vyplývá – nepodávat amoxicilin s kyselinnou klavulanovou pro zvýšené riziko nekrotizující enterokolitidy u novorozenců.

Nepodáváme ampicilin pro nárůst časných novorozeneckých infekcí koliformní gramnegativní flórou rezistentní k ampicilinu (klebsielové sepse), je vyhrazen pro léčbu symptomatických infekcí – septických stavů.

Nepodáváme cefalosporiny u nozokomiálních kmenů gramnegativních bakterií se zvýšeným výskytem širokospektrých  $\beta$ -laktamáz, které rozkládají cefalosporinová antibiotika všech 3 generací s nebezpečím klebsielové sepse (především cefuroxim).

Při dlouhodobé aplikaci makrolidů existuje riziko vývoje sekundární rezistence u stafylokoků.

U hrozícího předčasného porodu bez odtoku plodové vody aplikujeme identická antibiotika v odůvodněných případech.