

*Послеродовые
гнойно-септические
заболевания*

КОНОНОВА ВЕРА НИКОЛАЕВНА,
преподаватель высшей
квалификационной категории

Понятие

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ наблюдаемые непосредственно беременностью, обусловленные инфекцией, возникающие в течение суток с момента родов

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ – это заболевания, у родильниц, связанные с родами и бактериальной инфекцией, возникающие в течение 42

Статистика

На протяжении последних **10-15 лет** сепсис и септические послеродовые осложнения остаются в числе **3** наиболее частых причин материнской смертности в РФ, составляя **26%** в ее структуре. От септических акушерских осложнений во всем мире ежегодно гибнет около **150 тысяч** женщин

Факторы развития ГСЗ

- **тяжелая экстрагенитальная патология;**
- **преэклампсия;**
- **анемия и пиелонефрит, возникшие во время беременности;**
- **предлежание плаценты;**
- **плацентарная недостаточность;**
- **внутриутробное инфицирование плода;**
- **многоводие;**
- **индуцированная беременность;**
- **гормональная и хирургическая коррекция недонашивания беременности;**
- **генитальная инфекция.**

Факторы развития ГСЗ

Осложненные роды:

- длительный безводный промежуток;
- слабость родовой деятельности;
- многократные влагалищные исследования;
- хориоамнионит в родах;
- травмы родовых путей;
- Кровотечения;
- оперативные вмешательства в родах

Факторы развития ГСЗ

Широкое применение в акушерской
практике инвазивных методов
диагностики:

- **фетоскопия, амниоцентез, кордоцентез и др.;**
- **внедрение в практику оперативных пособий у беременных (хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности при невынашивании беременности):**

Инфекционный процесс

Классически рассматривается как результат сложного взаимодействия **трех факторов:**

- наличия возбудителя (его количества и вирулентности);
- состояния первичного очага;
- сопротивляемости организма

Возбудители ГСЗ

К патогенным **возбудителям** относят:

- грамположительные - энтерококки, золотистый и эпидермальный стафилококки, стрептококки группы А и В;
- грамотрицательные - кишечная палочка, клебсиелла, протей, энтеробактерии, синегнойная палочка;
- аэробные бактерии - бактероиды, пептококки, пептострептококки.

Возбудители ГСЗ

В настоящее время ведущая роль принадлежит **энтерококкам** (до 65 % всех случаев послеродовых гнойно-септических заболеваний).

Это особенно важно знать, потому что энтерококки нечувствительны к цефалоспорином I и II поколения и аминогликозидам, которые чаще всего используются в акушерских стационарах.

Возбудители ГСЗ

Микроорганизмы, передаваемые половым путем:

- хламидии,
- микоплазмы,
- вирусы

Следует отметить, что микоплазмы (10%) и хламидии (2%) вызывают вялотекущие формы эндометритов, нередко присоединяясь к первичным возбудителям инфекции.

Резистентность организма

Обусловлена наличием:

- **нормальной микрофлоры** – лактобактерии, которая конкурирует с патогенными микроорганизмами за адгезию к эпителиальным клеткам,
- **факторов местного и системного иммунитета** женских половых путей.

Причинами изменения состава флоры влагалища у беременных

могут быть:

- необоснованное и/или непоследовательное антибактериальное лечение,
- применение **поверхностных дезинфектантов** практически **здоровых беременных.**

Резистентность организма

В родах возникают дополнительные факторы:

- **отхождение** слизистой пробки, являющейся механическим и иммунологическим препятствием (секреторный IgA) для микроорганизмов, приводит к потере одного из физиологических противоинфекционных барьеров женского полового тракта;
- **излитие** околоплодных вод вызывает повышение pH (снижение кислотности) влагалищного содержимого и полное отсутствие секреторного иммуноглобулина А.

При **12-часовом** безводном промежутке у **50%** рожениц развивается **хориоамнионит**, спустя **24** часа этот процент приближается к **100 %**.

Состояние первичного очага

В послеродовом периоде в половом тракте родильницы не остается ни одного противoinфекционного барьера.

Внутренняя поверхность послеродовой матки представляет собой раневую поверхность, а содержимое матки (сгустки крови, эпителиальные клетки, участки децидуальной оболочки) является благоприятной средой для развития микроорганизмов.

Состояние первичного очага

Послеродовая инфекция – преимущественно раневая.

Развитию инфекционного процесса в послеродовом периоде способствуют:

- субинволюция матки,
- задержка частей последа,
- воспалительные заболевания половых органов в анамнезе,
- наличие экстрагенитальных очагов бактериальной инфекции,
- анемия, эндокринные заболевания,
- нарушение санитарно-эпидемиологического режима.

Пути передачи

В 9 из 10 случаев возникновения послеродовой инфекции как такового **пути передачи инфекции** не существует, так как происходит активация собственной условно-патогенной флоры – **аутозаражение.**

В других случаях происходит заражение извне устойчивыми госпитальными штаммами при нарушении правил **асептики и антисептики.**

Сравнительно новый путь инфицирования – **интраамниальный**, связанный с внедрением в акушерскую практику **инвазивных** методов исследования: амниоцентез, фетоскопия, кордоцентез.

Классификация ГСЗ Сазонова-Бартельса

Первый этап - инфекция ограничена областью родовой раны:

- послеродовой эндометрит,
- послеродовая язва (на промежности, стенке влагалища, шейке матки),
- инфицирование послеоперационной раны на передней брюшной стенке после кесарева сечения.

Второй этап - инфекция распространилась за пределы родовой раны, но осталась локализованной в пределах малого таза:

- метроэндометрит,
- параметрит,
- сальпингоофорит,
- ограниченный тромбофлебит,
- абсцесс малого таза.

Классификация ГСЗ Сазонова-Бартельса

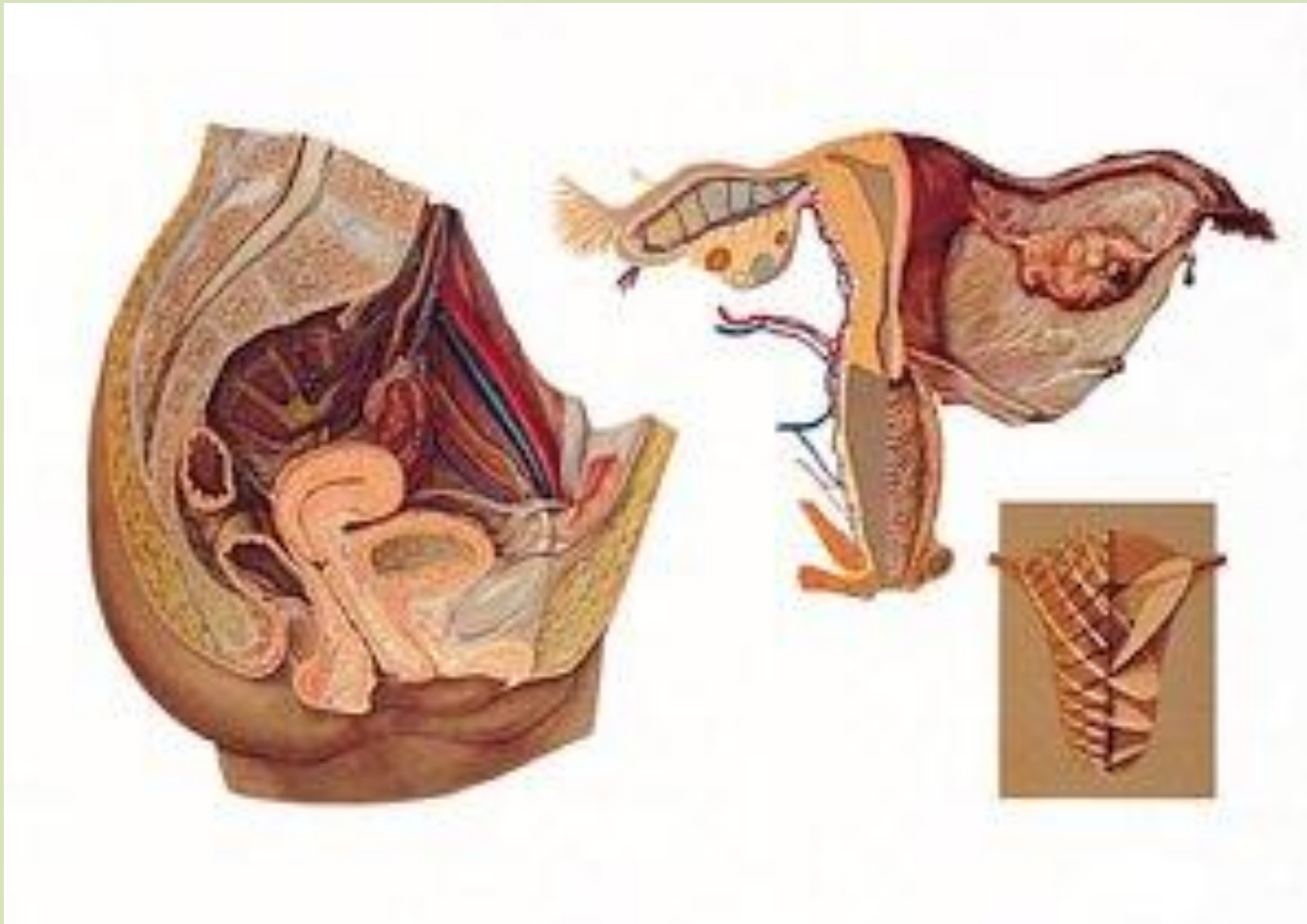
Третий этап – инфекция вышла за пределы малого таза и имеет тенденцию к генерализации:

- прогрессирующий тромбофлебит,
- перитонит,
- септический шок,
- анаэробная газовая инфекция.

Четвертый этап – генерализованная инфекция:

- сепсис (септицемия, септикопиемия).

Классификация ГСЗ Сазонова-Бартельса



Клиническая картина ГСЗ

Послеродовая язва.

Возникает вследствие инфицирования ссадин, трещин, разрывов слизистой оболочки влагалища и вульвы.

Состояние рожениц остается удовлетворительным.

К этой группе заболеваний относят также нагноение раны после перинеотомии или разрыва промежности.

Диагностика заболевания затруднений не вызывает.

Наблюдается гиперемия, отек, некротический и
гнойный

налет на ранке.

Лечение – местное: распускаем швы. обработка растворами антисептиков до появления грануляций, далее мази.

Послеродовый эндометрит

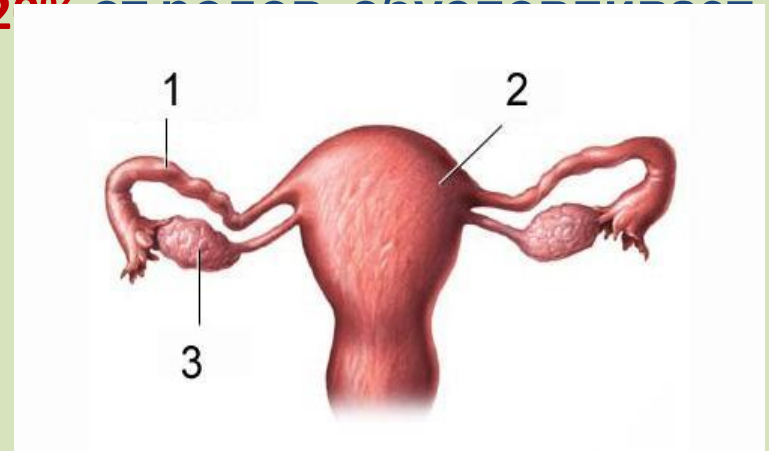
Статистика. После нормальных родов частота послеродового эндометрита составляет **3-8%**, после патологических родов - возрастает до **10-20%**.

Вероятность развития послеродового эндометрита после кесарева сечения возрастает в **5-10** раз по сравнению с родами через естественные родовые пути.

После повторного кесарева сечения возрастает еще в **2,5** раза.

Кесарево сечение, составляя всего **20%** от всех родов, обуславливает **80 – 90 %**

всех послеродовых эндометритов.



Послеродовый эндометрит

Эндометрит протекает в двух формах:
острой и стертой.

- **Острая форма** возникает на **2-5** день послеродового периода с подъема температуры до **38,5 – 39 °С**, болей внизу живота и примеси гноя в лохиях.
- Инволюция матки задерживается.
- Наблюдается выраженная интоксикация.
- В анализах крови – анемия, лейкоцитоз, нейтрофиллез со сдвигом лейкоформулы влево, лимфоцитопения.

В диагностике используется метод УЗИ-исследования, которое позволяет выявить задержку инволюции матки, расширение полости, наличие в ней плацентарной и децидуальной ткани.

Послеродовой эндометрит

Однодневная лихорадка

Клиника:

- температура – **38°С**
- анализ крови – в норме

Тактика:

- холод на низ живота
- экстракт водяного перца по **30** капель
- утеротоники

Послеродовый эндометрит

Путридный эндометрит (на **2** сутки)

Клиника:

- температура – **38°С**
- сухость во рту
- анализ крови – есть лейкоцитоз без сдвига формулы влево

Тактика:

- поднимаем женщину
- утеротоники

Послеродовой эндометрит

Стертая форма эндометрита протекает без выраженной клинической симптоматики. Заболевание начинается поздно, на **7-9** сутки, часто уже после выписки женщины из стационара.

Основными **признаками** этой формы эндометрита являются:

- субфебрильная температура,
- субинволюция матки
- мажущие кровянистые выделения из половых путей.

Часто к этой форме эндометрита приводит микоплазменная и хламидийная инфекция.

Параметрит

Процесс развивается при **наличии** травмы или инфекции в шейке матки.

Чаще поражаются боковые отделы параметральной клетчатки, реже - задний.

Распознается параметрит при влагалищном исследовании:

- инфильтрат доходит до стенок таза,
- слизистая оболочка влагалища на стороне поражения становится неподвижной.

Лечение – консервативное, по общим принципам терапии гнойно-воспалительных заболеваний.

В случае нагноения параметральной клетчатки показано вскрытие абсцесса через влагалищный свод.

Метротромбофлебит

Чаще наблюдается после оперативного родоразрешения.

Клинические симптомы появляются обычно не ранее **6 суток** послеродового периода.

Протекает тяжело, с высокой температурой и интоксикацией.

При **влагалищном исследовании** определяется увеличенная, болезненная при пальпации боковых поверхностей матки, иногда на боковых поверхностях пальпируются плотные, болезненные «шнуры».

В клиническом **анализе крови** отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево.

Послеродовый мастит

Статистика. Послеродовый мастит является одним из наиболее частых осложнений послеродового периода.

Частота маститов колеблется в широких пределах - от **1%** до **16%**, составляя в среднем **3-5%**. Среди кормящих женщин частота его не имеет тенденции к снижению.

Классификация маститов

1. Негнойный мастит:

- а) серозный (начинающийся) мастит;
- б) инфильтративный мастит.

2. Гнойный мастит:

- а) инфильтративно-гнойный
- б) абсцедирующий фурункулез ареолы:
 - абсцесс ареолы
 - абсцесс в толще железы
 - абсцесс позади железы (ретромаммарный)
- с) флегмонозный
- д) гангренозный



Этиология, патогенез, клиника, диагностика

Основным возбудителем лактационного мастита является **золотистый стафилококк**, который характеризуется высокой вирулентностью и устойчивостью ко многим антибактериальным препаратам.

Проникновение возбудителя в ткани молочной железы происходит **лимфогенным** путем через трещины сосков и **галактогенным** путем - через молочные ходы.

Чрезвычайно редко воспалительный очаг в железе формируется вторично, при генерализации послеродовой инфекции, локализующейся в половом аппарате.

Развитию воспалительного процесса в молочной железе способствует **лактостаз**, связанный с окклюзией протоков, выводящих молоко, поэтому мастит в **80-85%** случаев возникает у **первородящих**.

Клиника мастита

Для **типичной** клинической формы **серозного** мастита характерно острое начало обычно на **2-4** неделе послеродового периода:

- Температура тела быстро повышается до **38-39°C**, нередко сопровождается ознобом.
- Развиваются общая слабость, разбитость, головная боль.
- Возникает боль в молочной железе.

Однако могут быть такие варианты клинического течения маститов, при которых общие явления предшествуют местным.

При неадекватной терапии начинающийся мастит в течение **2-3** дней переходит в инфильтративную форму.

В молочной железе начинают пальпировать довольно плотный болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом - всегда **гиперемирована**.

Переход мастита в **гнойную форму** происходит в течение **2-4** дней.

Температура повышается до **39°C**,

появляются ознобы,

нарастают признаки **интоксикации**: вялость, слабость, плохой аппетит, головная боль.

Нарастают **местные признаки** воспалительного процесса:

отек и болезненность в очаге поражения, участки размягчения в области инфильтративно-гнойной формы мастита, встречающейся примерно у половины больных гнойным маститом.

Основные принципы терапии начинающегося (серозного) мастита

Важнейшим компонентом комплексной терапии лактационных маститов является комплексное применение **антибиотиков**.

Перед началом антибактериальной терапии производят посев молока из пораженной и здоровой молочных желез на флору.

В настоящее время золотистый стафилококк обнаруживает наибольшую чувствительность к полусинтетическим пенициллинам (метициллин, оксациллин, диклоксациллин), цефалоспорином III - IV поколения, линкомицину и аминогликозидам (гентамицин, канамицин).

При сохранении грудного вскармливания выбор антибиотиков связан с возможностью их неблагоприятного воздействия на новорожденного. Применяют пенициллины и цефалоспорины (сумамед).

Акушерский перитонит

Первая фаза - начальная или **реактивная** (первые **24** ч). Компенсаторные механизмы сохранены. Нет гипоксии.

Больные несколько эйфоричны, возбуждены. Умеренный парез кишечника, перистальтика вялая.

Тахикардия несколько опережает температурную реакцию тела.

В крови умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево.

Акушерский перитонит

Вторая фаза - токсическая (**24-72 ч**).

В этом периоде начинают преобладать "общие" реакции:

- развиваются нарушения гемодинамики, микроциркуляции,
- изменяется функция печени и почек, постепенно нарастает гипоксия и ухудшается тканевое дыхание.

Больная вялая, изменяется цвет кожных покровов, появляется тошнота, рвота. Нарастает лейкоцитоз с токсической зернистостью нейтрофилов. Живот вздут.

Акушерский перитонит

Третья фаза - терминальная (свыше **72 ч**), характеризуется декомпенсацией синдромных нарушений, возникающих в токсической фазе перитонита.

Наблюдается полное отсутствие перистальтики кишечника, выраженный метеоризм, разлитая болезненность по всему животу.

Формируется гиповолемический и септический шок с полиорганной недостаточностью. Больная заторможена, пульс аритмичный, появляется одышка, снижается АД.

Основные принципы лечения послеродовых гнойно-септических заболеваний

Лечение должно быть этиотропным, комплексным, систематическим и активным.

Лечение начинается с **санации первичного очага:**
в ране, влагалище, матке.

В случае наличия лихорадки и признаков интоксикации у женщины с эндометритом лечение начинается с дезинтоксикационной и антибактериальной терапии (во избежание развития бактериально-токсического шока), а после купирования симптомов интоксикации проводится **вакуум-аспирация.**

Цель аспирации или выскабливания полости матки - удалить субстрат (некротизированная децидуальная ткань, оболочки, остатки плацентарной ткани, сгустки крови), являющимся причиной персистенции инфекции.

Немаловажная роль при этом отводится **гистероскопии**, которая позволяет оценить наличие субстрата, а после кесарева сечения – оценить состояние шва на матке, его состоятельность, провисание лигатур, произвести контроль после вакуум-аспирации.

Инфузионная и детоксикационная терапия

- С **целью** устранения **гиповолемии**, осуществления детоксикации и коррекции сопутствующих нарушений коллоидно-осмотического состояния проводят многокомпонентную инфузионную терапию. Для **инфузии** используют кристаллоиды, коллоидные растворы, по показаниям - белковые растворы.
- **Объем инфузии** варьирует в зависимости от формы заболевания от **1 500 мл** (при эндометрите) до **3000 - 3500 мл** (при перитоните).

Антиинфекционное лечение

Является основным компонентом в комплексном лечении гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний.

Антибактериальная терапия начинается на фоне **инфузионной** терапии, так как назначение антибиотиков с бактериолитическим действием (пенициллины, цефалоспорины) может вызвать высвобождение больших доз эндотоксинов, что приведет к усилению синдрома системного воспалительного ответа и к септическому шоку.

В качестве альтернативных средств можно использовать защищенные пенициллины - аугментин, амоксиклав; в качестве монотерапии или в сочетании с аминогликозидами. Сочетание цефалоспоринов III и IV поколений с метронидазолом. Метронидазол можно сочетать с фторхинолонами для внутривенного введения.

Широким спектром действия обладают препараты группы карбапенемов – меронем, имипинем, которые вводятся в/в капельно 2-3 раза в сутки. Применение антибиотиков требует профилактики кандидоза, для чего прибегают к назначению нистатина, при отсутствии грудного вскармливания - флюконазол в таблетках, при тяжелых инфекциях –

Иммунокоррекция

С целью **иммунокоррекции** используют препараты для пассивной иммунотерапии -

- **интерфероны** (генферон, виферон), иммуноглобулин человеческий и антистафилококковый, пентаглобин, интраглобин;
- иммуномодуляторы (тактивин, тималин, тимоген, онколейкин).

Следует подчеркнуть, что иммуномодуляторы используют только под контролем иммунограммы, согласовав назначения с иммунологом.

В курс лечения обязательно включают **седативные, десенсибилизирующие, обезболивающие** средства.

Методы эфферентной терапии

Относятся:

- плазмаферез,
- гемофильтрация,
- энтеросорбция.

Они способствуют элиминации биологически активных веществ (гистамин, активные формы кислорода, метаболиты арахидоновой кислоты) и устраняют синдром системного воспалительного ответа.

На фоне использования эфферентных методов терапии **смертность** от септического шока снижается в **4** раза.

Другие виды лечения

Антикоагулянтная и антиагрегантная терапия

проводятся с целью как улучшения микроциркуляции, так и профилактики тромбозмболических осложнений.

Из **антиагрегантов** используют **трентал** и **курантил**, из антикоагулянтов предпочтительно использовать низкомолекулярные гепарины - **фраксипарин, клексан**.

Особенно показано использование низкомолекулярных гепаринов при наличии метротромбофлебита (высокий риск ТЭЛА) и перитонита (из-за массивного разрушения тканей развивается ДВС-синдром).

Профилактика пареза кишечника у женщин с перитонитом в послеоперационном периоде проводится **прозерин**ом, **церукалом**, назначается очистительная клизма.

Симптоматическая терапия – утеротоники при эндометрите, при перитоните – средства, поддерживающие функцию сердца (строфантин, коргликон), печени (эссенциале, сирепар).

Профилактика послеродовых гнойно-септических заболеваний

Профилактику гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний должны начинать с первых недель беременности.

- В женской консультации проводить санацию очагов хронической инфекции (кариозных зубов, ЛОР-заболеваний, вагинитов, заболеваний, передающихся половым путем).
- Во время родов не допускать длительного безводного периода, предупреждать кровопотерю, снижать материнский травматизм.
- Во время операции кесарево сечение производить по Дерфлеру, использовать современный шовный материал, предпочтителен однорядный шов на матке.
- В послероперационном периоде проводить антибиотикопрофилактику пациенткам после ручной ревизии полости матки, с хорионамнионитом в родах.
- В послеродовом периоде: ранее прикладывание новорожденного к груди, совместное пребывание матери с ребенком с последующей ранней выпиской из родильного дома.
- С целью предотвращения образования полирезистентных штаммов госпитальной инфекции используем ограниченное количество антибиотиков первой очереди и их комбинаций, а антибиотики второй очереди используем строго по показаниям.

**Спасибо за
внимание!**

