



Послеродовые гнойно-септические заболевания. Перитонит. Сепсис.

Чеченский государственный университет
Медицинский институт
Кафедра «Акушерство и гинекология»

Послеродовой период

- период в течении которого у рожениц заканчивается обратное развитие (инволюция) тех органов и систем, которые подвергаются изменениям в связи с беременностью и родами (6-8 недель)
- Ранний послеродовой период - первые 2 -4 часа после родов
- Поздний послеродовой период – от 2-4 часов после родов далее до 6-8 нед.

Ранний послеродовый период

Угроза возникновения кровотечения:

1. из-за нарушения гемостаза и в сосудах плацентарной площадки
2. нарушения сократительной активности матки
3. травматизации мягких родовых путей

Поздний послеродовой период

- Замедление сокращения матки (субинволюция матки)
- Нарушение процесс лактации
- Гнойно-воспалительные заболевания (послеродовой эндометрит, тромбофлебит, послеродовой мастит, перитонит, сепсис или септический шок)

Послеродовые ГВЗ - актуальная проблема современного акушерства

- ГВЗ после КС - в 8-10 раз чаще, чем после самопроизвольных родов - более тяжелое течение: воспалительные изменения швов, развитие перитонита
- Причина: хронич. и острые экстрагенитальные заболевания во время беременности, инфицирование в родах - затяжные роды, длительный безводный промежуток, родовой травматизм
- ГВЗ могут быть проявлением внутрибольничной инфекции

Классификация:

- Первый этап – инфекция ограничена только областью родовой раны:
 1. Послеродовой эндометрит
 2. Послеродовая язва

Второй этап:

- Инфекция распространяется за пределы родовой раны, но остается локализованной:
 1. Метрит, параметрит
 2. Ограниченный тромбофлебит (метрофлебит, тазовый тромбофлебит, тромбофлебит нижних конечностей)

Третий этап:

- Дальнейшее распространение инфекции:
 1. Перитонит
 2. Прогрессирующий тромбофлебит

Четвертый этап:

- Генерализация инфекции:
 1. Сепсис без метастазов – септицемия
 2. Сепсис с метастазами – септикопиемия
 3. Септический шок

Послеродовой эндомиометрит

- инфекционное воспаление внутренней поверхности матки и миометрия

КЛАССИФИКАЦИЯ

- **По характеру родоразрешения:**
 1. **Эндометрит после самопроизвольных родов**
 2. **Эндометрит после кесарева сечения**

КЛАССИФИКАЦИЯ:

- По клиническому течению:
 1. Легкая форма
 2. Средней степени
 3. Тяжелая форма

КЛАССИФИКАЦИЯ:

- По особенностям клинических проявлений:
 1. Классическая форма
 2. Стертая форма

ЭТИОЛОГИЯ

- ассоциации факультативных аэробных и облигатных неклостридиальных анаэробных микроорганизмов:
- *Escherichia coli*
- *Proteus*
- *Klebsiella*
- *Enterobacter*
- *Enterococcus*
- *Streptococcus*

Пути распространения инфекции

- Восходящий (условно-патогенные микроорганизмы, обитающие по влагалище)
- Гематогенный
- Лимфогенный
- Интраамниальный (при инвазивных методах исследования – амниоскопия, амниоцентез)

Предпосылки для развития послеродового эндометрита:

- наличие раневой поверхности в матке после отделения последа;
- скопление в полости матки крови — питательной среды для бактерий;
- дисбиотические и воспалительные заболевания нижних отделов родовых путей;
- снижение иммунитета роженицы, усугублённое кровопотерей в родах;
- снижение сократительной способности матки при отказе от исключительно грудного вскармливания.

Факторы риска послеродового эндомиометрита:

1. оперативное родоразрешение (КС);
2. большая продолжительность родов (в том числе, продолжительность безводного промежутка более 12 ч);
3. низкий социально-экономический статус пациенток;
4. заболевания, вызывающие иммуносупрессию (ВИЧ, активные формы гепатита).

Клинические симптомы

- Заболевание начинается на 3-4 сутки после родов - повышение t тела до 37,5 – 38, при тяжелых формах – до 39 с ознобом.
1. **Субинволюция матки**
 2. **Болезненность матки при пальпации**
 3. **Изменение характера лохий (мутные, кровянисто-гнийные с неприятным запахом)**

Клинические симптомы

- Нередко появляется задержка лохий – лохиометра
- При тяжелых формах - общая интоксикация
- Тяжесть заболевания коррелирует со степенью обсемененностью полости матки микрофлорой и составом микробных ассоциаций.
- Продолжительность забол. - 6-10 дней

Диагноз и рекомендуемые клинические исследования

- На основании клинической картины
- Результаты лабораторных исследований

Обследование

- Общее физикальное обследование роженицы
- Измерение температуры тела
- Определение пульса и АД
- Осмотр шейки матки в зеркалах
- Бимануальное влагалищное исследование

Обследование

- Макроскопическое исследование лохий
- Клинический анализ крови
- Гемостазиограмма (гиперкоагуляция, гиперфибриногенемия, пов. активность тромбоцитов)

Обследование

- УЗИ матки (измерение полости, выявление оболочек, остатков плацентарной ткани, пузырьков газа, фибрина, воспалительные изменения шва после КС)
- Бактериологическое исследование аспирата из полости матки

Обследование

- Цитологическое исследование (нейтрофилы в состоянии денегерации и деструкции)
- Морфологическое исследование биоптата эндометрия
- Гистероскопия

Дифференциальный диагноз

- Лохиометра
- Подапоневротическая гематома после КС
- Гинекологическая и хирургическая патология (сальпингоофорит, параметрит, перекрут ножки кисты яичника, аппендицит)

Клинические рекомендации

- Рациональная антибактериальная терапия (+прекращении лактации)
- Инфузионная терапия при интоксикации
- Терапия утеротониками и спазмолитиками
- Десенсибилизирующая терапия

Клинические рекомендации

- Профилактика тромботических осложнений при гиперкоагуляции
- Хирургическая санация полости матки (вакуум-аспирация содержимого, выскабливание стенок полости матки и удаление остатков плацент. ткани, промывное дренирование матки антисептическими растворами)

ОШИБКИ

- Проведение АТ без определения чувствительности к антибиотикам (допускается начальная эмпирическая терапия)
- Одновременное назначение антибиотиков одной и той же группы
- Недифференцированный путь введения антибиотиков (н-р: per os)

ОШИБКИ

- Назначение антибиотиков без учета аллергологического анамнеза
- Длительная АТ одним и тем же ЛС без оценки его эффективности в течении 48-72 час.
- Недостаточный эффект может быть связан с задержкой в полости патологического содержимого

- Родильниц нужно информировать о необходимости немедленного обращения к врачу при повышении температуры тела, появлении болезненности в нижних отделах живота и мутных выделений с неприятным запахом.
- **Послеродовой эндомиометрит — основание для предоставления послеродового отпуска продолжительностью**
- **86 календарных дней (дополнительно 16 дней).**



Перитонит — воспаление брюшины.

Акушерский перитонит (в подавляющем большинстве случаев) развивается после операции КС из-за эндомиометрита и несостоятельности швов на матке.

С этиопатогенетической точки зрения перитонит подразделяют на:

- первичный — редкая форма гематогенного происхождения;—
- вторичный —наиболее частая форма, развивающаяся в результате перфорации или деструкции органов брюшной полости (к вторичному относят и послеоперационный перитонит);
- третичный — без определённого источника и идентифицированного возбудителя.

По степени распространения патологического процесса выделяют

- местный и распространённый перитонит.
- К первому относят ограниченный (абсцесс) и неограниченный перитонит (например, пельвиоперитонит), ко второму —
- диффузный или разлитой перитонит.

ПАТОГЕНЕЗ

- распространение возбудителя в брюшной полости и развитие синдрома системной воспалительной реакции и признаков ПОН, важнейшая из которых — кишечная недостаточность.
- Источник инфекции
- при акушерском перитоните (в подавляющем большинстве случаев) — матка (эндомиометрит, несостоятельность швов на матке после КС).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Клиническая картина перитонита характеризуется

1. симптомами воспаления брюшины

2. признаками общей интоксикации
(синдром системной воспалительной реакции, ПОН).

Клинические признаки воспаления брюшины:

- 1. локальная или разлитая болезненность при пальпации живота;**
- 2. положительные симптомы раздражения брюшины;**
- 3. признаки кишечной недостаточности (нарушения перистальтики, метеоризм, сухость во рту, тошнота, рвота, отсутствие отхождения газов, стула).**

Синдром системной воспалительной реакции:

- температура тела $>38\text{ }^{\circ}\text{C}$ или $<36\text{ }^{\circ}\text{C}$;
- тахикардия >90 в минуту;
- тахипноэ <20 в минуту или $\text{pаCO}_2 <32$ мм рт.ст.;
- лейкоцитоз $>12 \cdot 10^9/\text{л}$ или $<4 \cdot 10^9/\text{л}$,
или $>10\%$ незрелых форм лейкоцитов.

Признаки ПОН:

- изменение психического статуса;
- гипоксемия ($p_aO_2 < 72$ мм рт.ст. при дыхании воздухом);
- гиперлактатемия ($> 1,6$ ммоль/л);
- олигурия (< 30 мл/ч);
- гипотензия ($A_{д} < 90$ мм рт.ст. или снижение на 40 мм рт.ст.).

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- · Клинический анализ крови.
- · Биохимический анализ крови.
- · Гемостазиограмма.
- · Общий анализ мочи.
- · Микробиологическое исследование отделяемого из полости матки и брюшной полости (при операции).

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- При УЗИ органов брюшной полости и матки оценивают состояние швов на матке, определяют наличие свободной
- жидкости в брюшной полости.
- По данным рентгенологического исследования выявляют признаки динамической
- кишечной непроходимости

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- с острой хирургической патологией:
ОА,
- холецистита,
- панкреатита.

Лечение

- Удаление очага воспаления и эрадикация возбудителя

Медикаментозное лечение

- рациональная антибактериальная терапия в госпитальных условиях.
- По показаниям проводят
- симптоматическую, дезинтоксикационную, иммунокорригирующую, гормональную терапию и др

Хирургическое лечение

- ликвидация очага инфекции, хирургическая
- деконтаминация и детоксикация. Чаще всего проводят экстирпацию матки с маточными трубами, ревизию, санацию и дренирование брюшной полости. Обязательно выполняют ревизию всех отделов брюшной полости.

Важно завершить

- операцию экстирпации
- матки санацией брюшной полости (не менее 3 л антисептика), введением 100–120 мл 0,25% раствора прокаина в
- брыжейку тонкой и сигмовидной кишки, широким дренированием полости малого таза с двух сторон и через культю
- влагалища по Брауде (просвет дренажей не менее 0,8–1,2 см).



Тромбофлебит

воспалительный процесс стенки вены с внутрисосудистым тромбообразованием (у беременных и родильниц с варикозным расширением вен – 3,5%)

КЛАССИФИКАЦИЯ

- **По клиническому течению**

1. Острый
2. Подострый
3. рецидивирующий

По топографическому признаку:

Поверхностных вен

Глубоких вен:

1. Метрофлебит
2. Тромбофлебит тазовых вен
3. Тромбофлебит глубоких вен голени
4. Тромбофлебит подвздошно –
бедренных артерий
5. Тромбофлебит бедренных вен