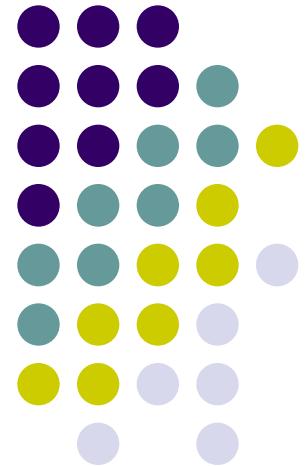


# ТЕМА: Особенности течения и терапии септических послеродовых заболеваний в современных условиях (маститы, перитониты)

Лекция № 23 для студентов 4 курса,  
обучающихся по специальности 060101 –  
Лечебное дело (очная форма обучения)

д.м.н., профессор В.Б. Цхай

Красноярск, 2012



# План лекции:



1. Актуальные проблемы
2. Факторы, способствующие развитию ГСЗ:
  - во время беременности
  - во время родов
  - в послеродовом периоде
3. Классификация ГСЗ по Сазонову-Бартельсу
4. Послеродовый мастит, его классификация по Гуртовому Б.Л.
5. Патогенез ГСЗ в современном аспекте
6. Клиническая картина по этапам ГСЗ:

 I этап

 II этап

 III этап

 IV этап

7. Выводы

# План лекции:

7. Диагностика и лечение по этапам

8. Акушерский перитонит:

 классификация перитонитов

9. Перитонит после операции кесарева сечения

-особенности течения

-факторы риска его развития

-варианты течения

-лечебные и тактические мероприятия

-варианты течения

-лечебные и тактические мероприятия

10. Профилактика ГСИ. Ученые нашей академии, внесшие вклады в лечении ГСЗ.

11. Предложенные кафедрой альтернативные методы лечения ГСИ с использованием лекарственного компонента на основе хитозана.



# Гнойно-септические заболевания в послеродовом периоде

Частота – от 2 до 10%. От септических акушерских осложнений ежегодно гибнет около 150 000 женщин.

**Способствующие факторы во время беременности:**

**Физиологическая иммуносупрессия во время беременности.**

**Тяжелая экстрагенитальная патология**

**Индуцированная беременность**

**Невынашивание беременности**


**Гестозы**

**Бактериальный вагиноз**

**Изменение характера микрофлоры (множественная устойчивость к антибактериальным препаратам)**

**Необоснованное применение антибиотиков**

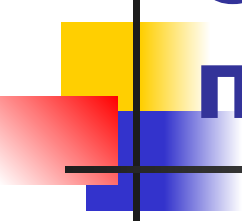




# **Способствующие факторы во время родов:**

---

- **Преждевременное излитие околоплодных вод**
- **Ранняя амниотомия**
- **Многократные влагалищные исследования**
- **Затяжные роды**
- **Родовой травматизм**
- **Кровотечения**
- **Хориоамниониты в родах**








# Способствующие факторы в послеродовом периоде:

---

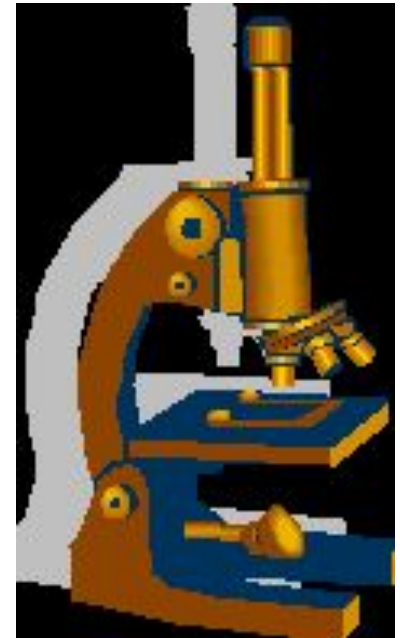
- **Внутренняя поверхность матки представляет собой раневую поверхность, а содержимое матки (сгустки крови, участки децидуальной оболочки) является питательной средой для развития микроорганизмов**
- **Нераспознанные и неушитые разрывы влагалища, промежности, шейки матки**
- **Задержка частей плода**
- **Наличие экстрагенитальных очагов инфекции**
- **Анемия**
- **Эндокринные заболевания**
- **Нарушение санитарно-эпидемического режима**

# Возбудители гнойно-септических заболеваний:



-  Условнопатогенные бактерии (аэробные и анаэробные)
-  Гонококки
-  Хламидии
-  Микоплазмы, уреоплазмы
-  Грибы

*В настоящее время ведущую роль играют микробные ассоциации (более 80%), обладающие более патогенными свойствами, чем монокультуры.*



# Пути распространения инфекционного процесса из первичного очага

- Гематогенный
- Лимфогенный
- По протяжению
- Периневральный



# Классификация послеродовых инфекционных заболеваний по Сазонову-Бартельсу



**I этап – инфекция ограничена областью родовой раны – послеродовый эндометрит, послеродовая язва (на промежности, стенке влагалища, шейке матки).**

**II этап – инфекция распространилась за пределы родовой раны, но осталась локализованной в пределах малого таза: метрит, параметрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, ограниченный тромбофлебит (метротромбофлебит, тромбофлебит вен таза).**

**III этап – инфекция вышла за пределы малого таза и имеет тенденцию к генерализации: разлитой перитонит, септический шок, анаэробная газовая инфекция, прогрессирующий тромбофлебит.**

**IV этап – генерализованная инфекция: сепсис (септицемия, септикопиемия).**

# Классификация послеродового мастита (Гуртовой Б.Л., 1975)

1. **Серозный**
2. **Инфильтративный**
3. **Гнойный:**
  - ✉ **Инфильтративно-гнойный (диффузный, узловой);**
  - ✉ **Абсцедирующий (фурункулез ареолы, абсцесс ареолы, абсцесс в толще железы, ретромаммарный абсцесс)**
  - ✉ **Флегмонозный (гнойно-некротический)**
  - ✉ **Гангренозный**

# Принципы лечения:

1. **Следует начинать как можно раньше**
2. **Комплексное лечение;**
3. **При гнойных формах – оперативное лечение в сочетании с антибактериальной терапией;**
4. **Родильница переводится из акушерского стационара в гнойное хирургическое отделение;**
5. **Прекращение лактации – эстрогены (синестрол 300 тыс. ЕД 1 раз в сутки в/м № 3-5), с последующим переходом на парлодел до полного прекращения лактации.**



# Литература

## Основная:

1. Савельева Г.М. Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2007
2. Айламазян, Э. К. - Акушерство: Учебник для мед. вузов / авт. текста Э. К. Айламазян . - 5-е изд., доп.. - Санкт-Петербург : Спец.лит., 2005. - 527 с. : ил., твердый (Учебник для медицинских вузов)

## Дополнительная

1. АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ОБЩЕЙ И ЧАСТНОЙ ХИРУРГИИ, ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, ОФТАЛЬМОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ, ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ, ВПХ, АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ПО СПЕЦ. 060101-ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО / СОСТ. А.В. АНДРЕЙЧИКОВ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2010
2. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / РЕД. В.Б. ЦХАЙ. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА 2007
3. ЦХАЙ В.Б. ПЕРИНАТАЛЬНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. - РОСТОВ-Н-Д. ФЕНИКС, 2007
4. АКУШЕРСТВО. КУРС ЛЕКЦИЙ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. А.Н. СТРИЖАКОВА, А.И. ДАВЫДОВА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009
5. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ / ПОД РЕД. Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ И Г.Т. СУХИХ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА 2009
6. АКУШЕРСТВО. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ: МЕТОД. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / АВТ. ТЕКСТА В.Б. ЦХАЙ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2007
7. РУКОВОДСТВО ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА / ПОД РЕД. Н.Н. ВОЛОДИНА, В.И. КУЛАКОВА, Р. А. ХАЛЬФИНА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
8. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / Е.Н. КОПТИЛОВА И ДР. - Н.НОВГОРОД: ИЗД-ВО НИЖЕГОРОДСКОЙ ГОСМЕДАКАДЕМИИ, 2007
9. ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. Т.Е. БЕЛОКРИНИЦКОЙ РОСТОВ-НА-ДОНУ: ФЕНИКС, 2007
10. АКУШЕРСТВО: НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО / ПОД РЕД. Э.К. АЙЛАМАЗЯНА, В.И. КУЛАКОВА, В.Е. РАДЗИНСКОГО, Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
11. СИДЕЛЬНИКОВА В.М. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ. - М.: МЕДПРЕССИНФОРМ, 2009

## ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. ИБС КРАСГМУ
2. БД МЕДАРТ
3. БД МЕДИЦИНА
4. БД EBSCO

# Преимущества грудного вскармливания



## Грудное молоко

- Полноценное питание
- Легко усваивается и полноценно используется
- Защищает от инфекций
- Стоит дешевле искусственного питания

## Кормление грудью

- Обеспечивает эмоциональный контакт и развитие
- Помогает избежать новой беременности
- Защищает здоровье матери

# Клиническая картина



---

*Первый этап*

# *Послеродовая язва*



Возникает после травмы кожи промежности, слизистой оболочки влагалища, шейки матки. Преобладает местная симптоматика: боль, жжение, гиперемия, отечность тканей, гнойное отделяемое, рана кровоточит.

## **Нагноение швов на промежности:**

Снятие швов, промывание, дренирование, использование некролитических ферментов, адсорбентов. После очищения раны накладывают вторичные швы.

# Послеродовой эндометрит



**Классическая** – возникает на 1-5 сутки: повышение температуры до 38-39 С., тахикардия до 80-100 уд. в мин. Угнетение общего сознания, озноб, сухость кожных покровов. При вагинальном осмотре – субинволюция и болезненность тела матки, гнойные с запахом выделения. В анализе крови – лейкоцитоз 10-15 тыс. с нейтрофильным сдвигом влево, повышение СОЭ до 45 мм/ч.





**Абортивная форма-** проявляется на 2-4 сутки, однако с началом адекватного лечения симптоматика исчезает.

**Стертая форма** – возникает на 5-7 сутки, развивается вяло. Температура не превышает 38 С, нет озноба. У большинства родильниц отсутствует изменения лейкоцитарной формулы. Местная симптоматика выражена слабо (незначительная болезненность матки при пальпации). В 20% случаев на 3-12 сутки после «выздоровления» возникает рецидив.

**Эндометрит после кесарева сечения** – всегда протекает в тяжелой форме с выраженными признаками интоксикации и парезом кишечника, сопровождается сухостью во рту, вздутием кишечника, снижением диуреза.

# Клиническая картина



---

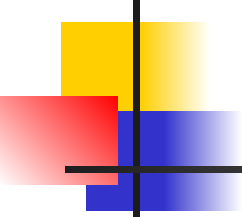
***Второй этап***



# Послеродовый метрит

---

Более глубокое, чем при эндометрите, поражение матки, развивающееся при «прорыве» лейкоцитарного вала в области плацентарной площадки и распространении инфекции по лимфатическим и кровеносным сосудам вглубь мышечного слоя матки. Метрит может развиваться вместе с эндометритом или явиться его продолжением. Заболевание начинается с озноба, повышения температуры до 39-40 С. Значительно нарушается общее состояние. Тело матки увеличено, болезненно. Выделения скудные, темно-красного цвета, с примесью гноя, с запахом.



# Послеродовой сальпингоофорит

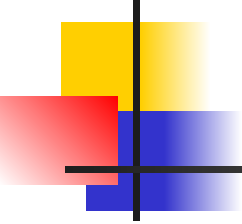
---

Развивается на 7-10 сутки после родов. Температура повышается до 40 С, появляется озноб, боли в нижних отделах живота, пояснице, симптомы раздражения брюшины, вздутие кишечника. Матка увеличена, пастозна, отклонена в сторону. В области придатков – болезненный инфильтрат без четких контуров.

# Послеродовой параметрит

**Это воспаление околоматочной клетчатки. Развивается на 10-12 день после родов.**

**Появляется озноб, температура повышается до 39 С. Общее состояние родильницы почти не меняется. Общее состояние родильницы почти не меняется. Могут быть жалобы на тянущие боли внизу живота. При влагалищном исследовании в области широкой связки матки определяют умеренно болезненный без четких контуров инфильтрат, уплощение свода влагалища на стороне поражения. Появляется симптоматика со стороны т. iliopsoas. Если не начато своевременное лечение, гной может распространяться над пупартовой связкой на область бедра, через седалищное отверстие на ягодицу, в околопочечную область. Вскрытие параметрита может произойти в мочевой пузырь, прямую кишку.**



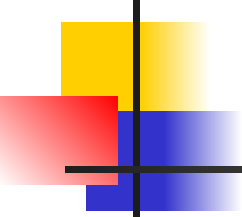
# Послеродовой пельвиоперитонит

---

Это воспаление брюшины,  
ограниченное полостью малого таза.

**Выделяют:**

- серозный
- серозно-фибринозный
- гнойный (становится на 3-4 день  
заболевания)



# Послеродовой пельвиоперитонит

---

При септической послеродовой инфекции развивается в течение первой недели после родов. Начинается остро, сопровождается высокой температурой, ознобом, резкими болями внизу живота, тошнотой, рвотой, вздутием и напряжением живота, определяют симптомы раздражения брюшины в гипогастрии. Тело матки увеличено, болезненно. В полости малого таза определяют инфильтрат без четких контуров. Движения тела матки болезненны и ограничены. Задний свод выбухает.



# Метротромбофлебит

---

Трудно диагностировать.

Симптомы: учащение пульса, субинволюция матки, длительные обильные кровянистые выделения из половых путей. При влагалищном исследовании – увеличенная и болезненная, особенно в области ребер, округлой формы матка, на ее поверхности извитые тяжи.





# Тромбофлебит вен таза

---

Обычно развивается в конце 2 недели после родов. Наиболее тяжелой формой является повздошно-бедренный (илиофemorальный тромбоз) венозный тромбоз. Первично вовлекаются в процесс мелкие протоки внутренней подвздошной вены, дальше процесс распространяется на ствол внутренней, а затем и общей подвздошной вены, а так как диаметр общей подвздошной вены значительно больше, чем внутренней, образуется флотирующий (плавающий) тромбоз, потенциальный эмбол.

Период распространения тромбоза на общую подвздошную вену протекают латентно и, часто, под маской других заболеваний.

# Послеродовой тромбофлебит

---

## **Внетазовый**

- Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей
- Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей

## **Внутритазовый (центральный)**

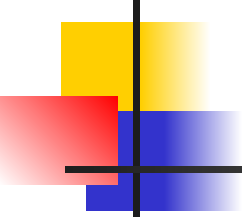
- Метротромбофлебит
- Тромбофлебит вен таза

# Тромбофлебит глубоких вен голени



---

Развивается на 2-3 неделе после родов, боль в икроножных мышцах, усиливающаяся при движении в голеностопном суставе (с-м Гоманса), умеренный отек лодыжки на стороне поражения. Симптом «манжетки» (на голень накладывают манжету от аппарата для определения артериального давления и нагнетают воздух: в норме болевые ощущения появляются при давлении 170-180 мм.рт.ст., при тромбофлебите – менее 140 мм.рт.ст.



# Тромбофлебит поверхностных вен голени

---

Как правило, развивается на фоне варикозного расширения вен нижней конечности. Симптомы: шнуровидный тяж по ходу вены, гиперемия, болезненность и инфильтрат в области поражения, отек лодыжек.

# Симптомы тромбоза общей подвздошной вены:

- Необъяснимая лихорадка;
- Ступенеобразное нарастание пульса (признак Малера);
- Боли в нижних отделах живота;
- Боли в крестцовой области;
- Дизурия;
- Плевропневмония;
- Сгибательная контрактура бедра (симптом «прилипшей пятки»);
- Болезненность по ходу крупных сосудов таза и их утолщение при влагалищном исследовании;
- Быстро нарастающий отек нижней конечности, ее цианоз и усиление венозного рисунка.

# *Акушерский перитонит*

**Одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода. Источником инфекции в большинстве случаев является матка (хориоамнионит, послеродовый эндометрит, расхождение швов на матке после кесарева сечения).**



# Акушерский перитонит

---

Воспаление брюшины- перитонит- является наиболее опасным осложнением острых заболеваний органов брюшной полости, сопровождающимся не только местными изменениями, но и тяжелой общей реакцией организма.

# **Сложность диагностики акушерского перитонита**

## **обусловлена рядом факторов**

- **Особенностями нейроэндокринной перестройки, гуморального и клеточного иммунитета беременных, рожениц и родильниц;**
- **Осложненным течением беременности и родов;**
- **Возрастанием частоты родоразрешения операцией кесарева сечения;**
- **Увеличением частоты экстрагенитальной патологии;**
- **Наличием смешанной инфекции, как аэробной, так и анаэробной на фоне иммунодефицитных состояний у беременных и родильниц;**
- **Учащением случаев акушерского перитонита, параллельным с общим нарастанием числа гнойно-воспалительных заболеваний.**



# Развитие перитонита в послеродовом периоде чаще всего обусловлено:



1. Метроэндометритом, метротромбофлебитом с последующей генерализацией инфекции, а также инфицированным расхождением швов на матке после кесарева сечения;
2. Заболеванием придатков матки (перфорация пиосальпинкса, разрыв капсулы кисты яичника или перекрут ее ножки);
3. Более редко встречающимися экстрагенитальными заболеваниями (острый аппендицит, повреждение стенки кишки. Мочевого пузыря, эндогенная инфекция).

# Классификация перитонитов:

---

## *По этиологии:*

-  Асептические
-  Инфекционные



# По виду возбудителя:

---

1. Колибациллярные, анаэробные
2. Стафилококковые
3. Стрептококковые
4. Вызванные смешанной инфекцией и т.  
д.



# По распространенности:

---

1. Ограниченные (местные)
2. Диффузные (распространенные)
3. Общие (разлитые)



# По причинам возникновения:

---

1. Перфоративный
2. Послеоперационный
3. Травматический
4. Гематогенный
5. Криптогенный



# По стадийности течения:

---

1. Реактивная фаза
2. Токсическая фаза
3. Терминальная фаза
4. Фаза разрешения



## Реактивная фаза:

**Компенсаторные механизмы сохранены, нет нарушений клеточного метаболизма, отсутствуют признаки гипоксии. Общее состояние относительно удовлетворительное, больные несколько эйфоричны, возбуждены. Отмечается умеренный парез кишечника. Показатели крови: лейкоцитоз, умеренный сдвиг влево.**



## **Токсическая фаза:**

**Связана с нарастающей интоксикацией. Страдает общее состояние больной, нарушаются обменные процессы, изменяется электролитный баланс, развивается гипопротейнемия, нарушается деятельность ферментативной системы. Нарастает лейкоцитоз.**



# Терминальная фаза:



Изменения имеют более глубокий характер. Преобладают симптомы поражения ЦНС. Общее состояние тяжелое, больные вялые, адинамичные. Нарушается моторная функция кишечника. Симптомы раздражения брюшины выражены весьма слабо. Кишечные шумы не прослушиваются.

Таким образом, чем больше времени проходит от начала заболевания, тем в большей степени брюшная полость «ведет себя негативно». Этим объясняется чрезвычайная важность ранней диагностики перитонита, ибо лечение, начатое в реактивную фазу, дает наилучшие результаты.

# Перитонит после операции кесарева сечения

Вследствие несостоятельности хирургического шва на матке.

**Патогенез:** Инфицирование брюшины вследствие несостоятельности хирургического шва на матке после операции кесарева сечения.

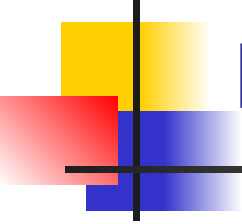
**Начало:** 4-9 сутки после операции.

# Клиническая картина:

- Определяются симптомы раздражения брюшины;
- Парез кишечника постоянно нарастает, экссудат в брюшной полости;
- Симптомы интоксикации – лихорадка, тахикардия, сухость слизистых, тахипноэ не выражены в реактивной фазе и нарастают в фазе интоксикации;
- Гематологическая картина: умеренный лейкоцитоз.

# Факторы риска развития инфекции при операции кесарева сечения:

- Безводный промежуток более 6 часов;
- Длительность родов более 10-12 часов;
- Кровопотеря более 600 мл.
- Продолжительность операции более 1 часа;
- Больная – носитель патогенного стафилококка;
- Анемия;
- Ожирение.



# Ранний перитонит после кесарева сечения

---

**Патогенез:** инфицирование брюшины во время кесарева сечения. Начало: 1-2 сутки после операции.

**Анамнез:** хориоамнионит в родах, длительный безводный промежуток, затяжные роды.



# Клиническая картина:

---

- Симптомы раздражения брюшины, боль, «мышечная защита», симптом Щеткина-Блюмберга не выражен;
- Парез кишечника выражен;
- Симптомы интоксикации – лихорадка, тахикардия, сухость слизистых оболочек, тахипноэ – выражены;
- Гематологическая картина: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг.

# Лечебная тактика:

- Немедленное оперативное лечение – гистерэктомия с трубами, оставить незащитым влагалище, дренирование верхних отделов брюшной полости, ее проточное орошение – перитонеальный диализ;
- Антибактериальная терапия – аминогликозиды, полусинтетические пенициллины, цефалоспорины;
- Восполнение ОЦК, управляемая гемодилюция и регуляция микроциркуляции;
- Восстановление перистальтики кишечника, включая ГБО
- Введение К, регуляция КЩС;
- Антигистаминные препараты;
- Ингибиторы протеаз;
- Лечение гепарином;
- Применение глюкокортикоидов.





# Перитонит после операции кесарево сечения вследствие нарушения барьерной функции кишечника

**Патогенез:** инфицирование брюшины вследствие нарушения барьерной функции кишечника при упорном его парезе и динамической непроходимости.

**Начало:** на 3-4 сутки после операции.



# Клиническая картина:



- **Симптомы раздражения брюшины не выражены;**
- **Парез кишечника, паралитическая динамическая непроходимость, редко-острое расширение желудка, в желудке-застойное содержимое, экссудат в брюшной полости;**
- **Гематологическая картина: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, токсическая зернистость нейтрофилов.**

# Перитонит после кесарева сечения

*По клиническому течению  
может проявляться в  
нескольких вариантах, в  
зависимости от пути  
инфицирования.*



# Вариант №1.

**Операция кесарево сечение была произведена на фоне имеющейся инфекции, чаще всего в виде хориоамнионита. Патологические симптомы развиваются очень рано, уже к концу 1-х суток или начале 2-х отмечается повышение температуры тела (38-39 С), выраженная тахикардия (120-140 уд. в мин.), вздутие живота. Реактивная фаза кратковременна, выражена недостаточно, быстро развивается токсическая фаза. Ухудшается общее состояние, парез кишечника имеет стойкий характер. Язык сухой. Держится рвота с примесью большого количества зеленых масс, затем она становится кровавой. Защитное напряжение мышц брюшной стенки может отсутствовать. Нарастает лейкоцитоз (свыше 18 тыс.), сдвиг лейкоцитарной формулы в лево, токсическая зернистость лейкоцитов. Развивается септический шок. Нарастает сердечно-легочная, почечная недостаточность.**

# Вариант № 2

**Возникает в тех случаях, когда инфицирование брюшины связано с развитием эндометрита в послеоперационный период.**

**Состояние больных после операции может оставаться относительно удовлетворительным. Температура тела 37,4 – 37,6 С, умеренная тахикардия (90-100 уд/мин.), рано появляется парез кишечника. Болей в животе нет. Периодически отмечаются тошнота, рвота. Живот остается мягким, отсутствуют симптомы раздражения брюшины.**

**Обращает на себя внимание, что после проведения лечебных мероприятий прекращается рвота, отходят газы и каловые массы. Больная отмечает улучшение самочувствия, но проходит 3-4 часа, и все опять меняется. Возобновляется вздутие живота, рвота становится более обильной с примесью зеленых масс, вновь не отходят газы.**

**Наиболее характерным для данного клинического варианта является возвратность симптомов.**

**Со стороны гемограммы: сдвиг лейкоцитарной формулы влево, нарастание лейкоцитоза ( иногда количество лейкоцитов может быть в пределах нормы). При прогрессировании процесса, несмотря на проводимую терапию, с 3 - 4- го состояние больной ухудшается, нарастают симптомы интоксикации.**

# Лечебная тактика:

1. Антибактериальная – полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды.
2. Воспаление ОЦК, управляемая гемодилюция и регуляция микроциркуляции – полиглюкин, гемодез, раствор глюкозы, мочегонные средства, форсированный диурез.
3. Ликвидация дисфункции белка – вливание плазмы, белковых препаратов, переливания крови.
4. Восстановление функции кишечника- применение назогастрального зонда прозерина, электростимуляция кишечника, очистительные клизмы.
5. Введение К, регуляция КЩС.
6. Антигистаминные препараты.
7. Ингибиторы протеаз.
8. Постоянное наблюдение 12-24 часа.

*При улучшении* – консервативная терапия

*При ухудшении* – неразрешающийся парез кишечника, непроходимость, экссудат в брюшной полости, тахикардия, тахипноэ – показано оперативное лечение и продление интенсивной терапии.




Следует подчеркнуть, что дифференциальный диагноз между обычным послеоперационным парезом кишечника и развивающимся перитонитом непросто. Необходимо проводить тщательное наблюдение за больной (общее состояние, пульс, А.Д., диурез, изменение данных пальпации и аускультации живота, клинический и биохимический анализы крови в динамике) и сразу же начинать комплексную терапию. Особенно важно проанализировать и сопоставить с клинической симптоматикой фон, на котором произведена операция кесарева сечения: длительность безводного промежутка, наличие кольпита, объем кровопотери, травматичность операции, вздутие кишечника и т.п. Важным для диагностики перитонита является отсутствие улучшения состояния больной несмотря на проводимую терапию.

# Вариант № 3

**Развитие перитонита при несостоятельности швов на матке. Чаще всего это бывает связано с инфекцией, реже - с технической погрешностью наложения швов. При расслоении мышцы, выделения из матки начинают поступать в брюшинное пространство и брюшную полость. Клинические симптомы обычно проявляются рано: с 1-х суток нарастают признаки перитонита. Состояние больной ухудшается, беспокоят боли в нижних отделах живота справа или слева. Отмечается болезненность в этой же области. Обращает на себя внимание скудность выделений из матки. Стойко держатся тахикардия, рвота, вздутие живота.**


При перкуссии определяется экссудат в брюшной полости, количество которого возрастает. Интоксикация развивается быстро. При инфицировании швов и последующей их несостоятельности заболевание проявляет свою остроту значительно позднее – на 4-5-9-е сутки. Состояние больных остается удовлетворительным, пульс 90-100 уд/мин. Температура тела повышается рано и стойко держится в пределах 38-39 С, несмотря на проводимую терапию. Парез кишечника сначала умеренный, симптомы раздражения брюшины отсутствуют, отмечается болезненность над лоном.





Так как кесарево сечение в настоящее время производится обычно поперечным разрезом в нижнем сегменте, то симптоматика со стороны живота при этой разновидности перитонита может быть более стертой. Скопление экссудата и развитие инфильтрата происходит забрюшинно.

Уточнению диагноза помогает влагалищное исследование, при котором определяется пониженный тонус шейки матки, свободно проходимый цервикальный канал. Можно осторожно прощупав шов, выявляется его несостоятельность, в забрюшинном пространстве – отек тканей, инфильтрация, скопление экссудата.



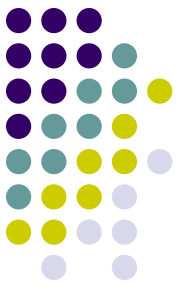
На наличие гнойного очага позднее начинает реагировать и брюшная полость – развивается перитонит. Живот вздут, мягкий. Перистальтические шумы вначале прослушиваются отчетливо, затем становятся вялыми и исчезают. При прорыве содержимого в брюшную полость клиническая картина бывает достаточно выраженной. Ухудшается состояние больной, нарастает интоксикация, повторная рвота, периодически появляется жидкий стул. Живот напряжен. Отмечаются выраженные симптомы раздражения брюшины.

# Лечебные мероприятия



- При установленном диагнозе перитонита показано оперативное лечение в сочетании с комплексной интенсивной терапией, направленной на восстановление или поддержание витальных функций организма;
- Предоперационная подготовка в течение 1,5-2,5 часов включает в себя коррекцию ОЦК, водно-электролитных нарушений, энергетического баланса и имеет целью увеличить толерантность больной к предстоящей операции;
- Оперативное вмешательство должно выполняться бригадой квалифицированных специалистов, в состав которой должен входить врач-хирург.

- Целью операции является удаление источника инфекции и дренирование брюшной полости;
- Во время операции необходимо уточнить форму перитонита по характеру экссудата (серозный, фибринозный, гнойный) и распространенность поражения брюшины (ограниченный, диффузный, полный);
- В послеоперационном периоде – мониторинг основных жизненно важных функций организма с использованием лабораторных и функциональных методов исследования;
- Комплексная терапия больных в послеоперационном периоде проводится с учетом формы перитонита, распространенности поражения брюшины и степени интоксикации.



# Тактические мероприятия



- Оценка общего состояния и степени тяжести интоксикационного синдрома;
- Срочное полное клинико-лабораторное обследование больной, включая бактериологическое (кровь, моча, отделяемое из раны и т.д.);
- В течение часа осмотр больной консилиумом врачей в составе акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, хирурга, терапевта, заместителя главного врача по лечебной работе для уточнения диагноза, организации и тактики ведения, объема необходимых лечебно-диагностических мероприятий, характера и объема оперативного лечения;



- В течение 1-2 часов информированное ОПЦ и специалистов ГНОК для согласования тактики ведения больной, а при необходимости консультативной или оперативной помощи – вызов на себя;
- Обязательной дистанционный мониторинг состояния больной специалистами ОПЦ и ГНОК в послеоперационном периоде до полной стабилизации ее состояния.

# Диагностика послеродовых гнойно-септических заболеваний

- Жалобы больной
- Анамнез
- Клинические проявления
- Общий осмотр
- Гинекологический осмотр
- Данные лабораторных исследований (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, показатели гуморального и клеточного иммунитета, бактериологическое исследование);
- Аппаратные и инструментальные методы исследования (УЗИ, гистероскопия, лапароскопия, обычная и цветная термография).





***Ученые нашей  
академии,  
внесшие вклады в  
лечении ГСЗ.***



**Воино-Ясенецкий Валентин Феликсович** - крупный хирург и богослов, профессор, архиепископ, лауреат Сталинской премии I степени.

1903 году В.Ф. Воино-Ясенецкий окончил медицинский факультет Киевского университета и получил звание с отличием. По его собственному признанию, прошел «чрезвычайно тяжелый путь земского хирурга-самоучки».


В 1916 году защитил в Москве докторскую диссертацию на тему «Региональная анестезия».

В 1921 году он стал священником. В 1923 году отец Валентин принимает монашеский подстриг и имя Лука в честь апостола, евангелиста, врача и художника святого Луки. 28 мая его арестовывают и ссылают в деревню Хая на реке Чуне, притоке Ангары.

Находясь в ссылке он оперировал больных. В конце 1923 года закончился срок его ссылки. 23 апреля 1930 года произошел –повторный арест, и на этот раз ссылка в Архангельск. В 1937 году ссылка в село Большая Мурта. Здесь Воино-Ясенецкий оперировал в местной больнице. В операционной он медсестрам казался богом. Оперировал широко: на костях, на глазах, в брюшной полости, убирал у детей гланды и лечил женские недомогания. Талантливый врач Воино-Ясенецкий не терпел равнодушия к врачебному долгу. Здесь Валентин Феликсович закончил «Очерки гнойной хирургии», дополнив первое издание 1934 года.

В конце лета 1941 года он был переведен в Красноярск и назначен главным хирургом эвакогоспиталя. В 1942 году читал курс военно-полевой хирургии в Красноярском медицинском институте. В 1943 был возведен в сан архиепископа Красноярского.

В.Ф. Воино-Ясенецкий внес большой вклад в медицинскую науку и практическое здравоохранение. Он основательно разработал вопросы гнойной хирургии, первым в России решил проблему региональной анестезии, разработал множество методик ведения операций, обосновал необходимость раннего и радикального лечения остиомиелита и др.



**Волков Николай Александрович. В 1965 году закончил Томский медицинский институт. С 1965 по 1968 г. Работал акушером-гинекологом в г. Красноярск -26. Закончил в . Томске аспирантуру и в 1971 г. Был ассистентом этой кафедры.**

**С 1973 года жил и работал в Литве. С 1983 г. Н.А. Волков был докторантом кафедры акушерства и гинекологии медицинского факультета Вильнусовского университета. С 1990 являлся старшим научным сотрудником Вильнусовского НИИ.**

**С 1991 до 1999 г. Заведовал кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета Красноярской государственной медицинской академии. Н.А. Волков был крупным специалистом в области перинатального акушерства, занимался вопросами гнойного воспаления в акушерстве и гинекологии, регенерации ран, вопросами патологии лактации послеродового мастита и мастопатии. В 1984 году за разработанный метод Н.А. Волковым метод лечения гнойных маститов при помощи оригинальной мази (мазь Волкова) Главным комитетом ВДНХ СССР ему присуждена серебрянная медаль ВДНХ СССР.**

**Н.А. Волков является основателем и бессменным главным редактором ежегодного издания «Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии».**

**С 1992-1999 гг. он был президентом Ассоциации врачей акушеров гинекологов и перинатологов Красноярского Края.**



# ***Альтернативные методы лечения ГСЗ***

# Хитозан – биополимер полисахаридной природы.

- Используется нами в качестве основы лекарственной композиции – 2% мелкодисперсный водорастворимый гель аскорбата- хитозана (медицинский продукт деацетилирования хитина панциря камчатского краба со степенью деацетилирования 75-99%, молекулярной массой 70-100 КД, рН 5,5-7,4.
- Препарат характеризуется высокой биосовместимостью, низкой токсичностью, антитоксическими и мукоадгезивными свойствами. Способен сорбировать антигенный материал, обладает свойствами переноса лекарственных веществ через агрессивные биологические среды.




# Механизм действия:




---

При условии создания естественного барьера между воспалительным очагом и хитозаном формируется мукоадгезивная мембрана, которая в кислой среде (влагалище) благодаря положительному заряду биополимера обеспечивает взаимодействие с анионными компонентами эпителиальных клеток. В результате происходит ассиметричная контракция цитоскелета клеток с расхождением апикальных фрагментов клеток и, как следствие открываются плотные клеточные контакты, усиливается параклеточный транспорт, возникает феномен перфузии жидкой и клеточной части в сторону заряженного биополимера.



**Хитозан**, проникая в ткани, сорбирует продукты воспаления (БАВ), ингибирующие фагоцитоз, что создает благоприятные условия для привлечения перитонеальных макрофагов, которые являются антагонистами по отношению к фибробластам и их продукции, при этом прерывается цепь патологического процесса, препятствуя организации и формированию обширного спайкообразования.

**Аскорбиновая кислота** улучшает регенерацию тканей, нормализует проницаемость капилляров, уменьшает транссудацию тканей. **Метронидазол** оказывает ингибирующее действие к анаэробной микрофлоре, что целесообразно с учетом современной этиологии воспалительных заболеваний органов малого таза.



При микробиологическом исследовании установлено, что хитозановые гели, не содержащие официальных антибактериальных средств, оказывают бактерицидное и бактериостатическое действие на грамположительные кокки (*Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus*) и более слабое бактериостатическое действие на грамотрицательные палочки (*Escherichia coli*) и дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Хитозановые гели не оказывают отрицательного влияния на *Lactobacillus acidophilus*, которая образует интенсивный рост даже при наличии в составе геля антибактериальных средств. С ростом молекулярной массы хитозана антибактериальное действие усиливается, уменьшается высвобождение антибактериального препарата, что приводит к пролонгированию антимикробного действия.

# Литература

## Основная:

1. Савельева г.М. Акушерство: Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2007
2. Айламазян, Э. К.. - Акушерство: Учебник для мед. вузов / авт. текста Э. К. Айламазян . - 5-е изд., доп.. - Санкт-Петербург : Спец.лит., 2005. - 527 с. : ил., твердый (Учебник для медицинских вузов)

## Дополнительная

1. АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ОБЩЕЙ И ЧАСТНОЙ ХИРУРГИИ, ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, ОФТАЛЬМОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ, ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ, ВПХ, АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ПО СПЕЦ. 060101-ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО / СОСТ. А.В. АНДРЕИЧИКОВ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2010
2. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / РЕД. В.Б. ЦХАЙ. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА 2007
3. ЦХАЙ В.Б. ПЕРИНАТАЛЬНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. - РОСТОВ-Н-Д. ФЕНИКС, 2007
4. АКУШЕРСТВО. КУРС ЛЕКЦИЙ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. А.Н. СТРИЖАКОВА, А.И. ДАВЫДОВА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009
5. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ / ПОД РЕД. Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ И Г.Т. СУХИХ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА 2009
6. АКУШЕРСТВО. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ: МЕТОД. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / АВТ. ТЕКСТА В.Б. ЦХАЙ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2007
7. РУКОВОДСТВО ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА / ПОД РЕД. Н.Н. ВОЛОДИНА, В.И. КУЛАКОВА, Р. А. ХАЛЬФИНА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
8. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ /Е.Н. КОПТИЛОВА И ДР. - Н.НОВГОРОД: ИЗД-ВО НИЖЕГОРОДСКОЙ ГОСМЕДАКАДЕМИИ, 2007
9. ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. Т.Е. БЕЛОКРИНИЦКОЙ РОСТОВ-НА-ДОНУ: ФЕНИКС, 2007
10. АКУШЕРСТВО; НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО / ПОД РЕД. Э.К. АЙЛАМАЗЯНА, В.И. КУЛАКОВА, В.Е. РАДЗИНСКОГО, Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
11. СИДЕЛЬНИКОВА В.М. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ. - М.: МЕДПРЕССИНФОРМ, 2009

## ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. ИБС КРАСГМУ
2. БД МЕДАРТ
3. БД МЕДИЦИНА
4. БД EBSCO





**Благодарю за внимание!**