

Септические послеродовые заболевания

выполнила: Алибекова А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Послеродовой инфекцией считают любое повышение температуры тела свыше 38°C , которое возникает на протяжении любых двух из десяти первых дней после родов, за исключением первых 24 ч.

Возбудители послеродовых гнойно-септических заболеваний

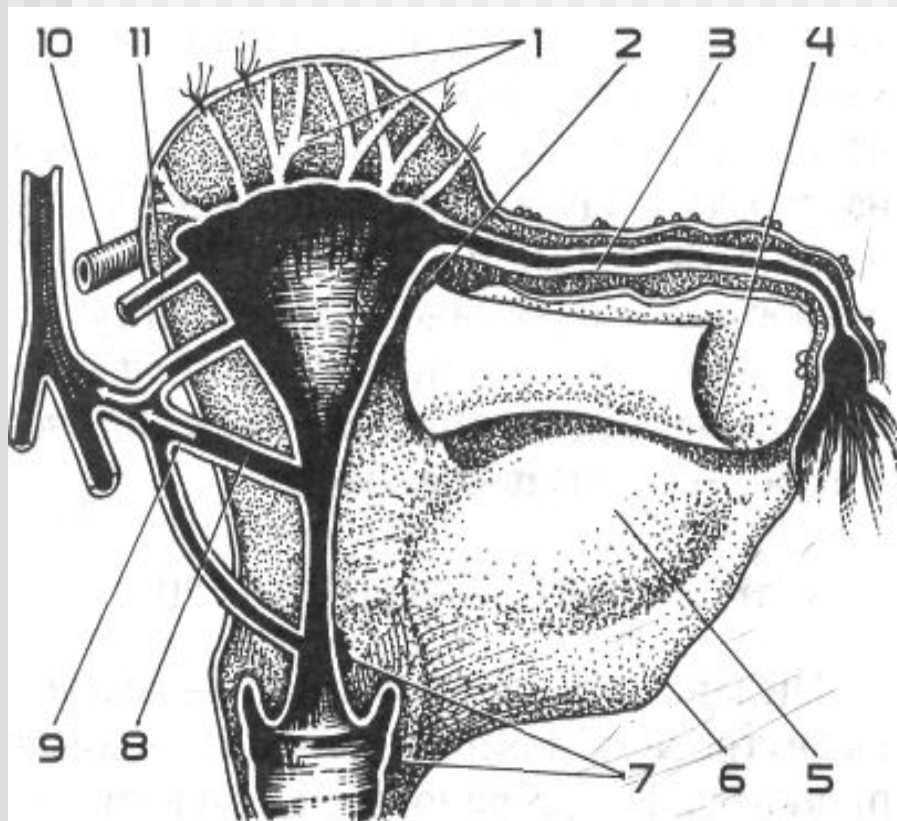
- *1. аэробные микроорганизмы (стрептококки групп А, В и D, энтерококки, кишечная палочка, клебсиела, протей, золотистый стафилококк),*
- *2. анаэробные (пептококки, пептострептококки, бактероиды, клостридии, фузобактерии) и их ассоциации,*
- *3. хламидии,*
- *4. микоплазмы,*
- *5. гарднереллы*

Классификация послеродовых гнойно-септических заболеваний

по С. В. Сазонову и А. В. Бартельсу

- *Первый этап* — инфекция ограничивается участком родовой раны (послеродовая язва на промежности, стенке влагалища, шейке матки; инфекция раны передней брюшной стенки, промежности после эпизиотомии; эндометрит).
- *Второй этап* — инфекция распространяется за границы родовой раны, но является еще локализованной (метрит, параметрит, тромбофлебит вен матки или малого таза, конечностей, аднексит, пельвиоперитонит).
- *Третий этап* — инфекция, которая является близкой к генерализованной (перитонит, септический шок, анаэробная газовая инфекция, прогрессирующий тромбофлебит).
- *Четвертый этап* — генерализованная инфекция (сепсис без метастазов — септицемия; сепсис с метастазами — септикопиемия).

Схема локализации и распространения послеродовой раневой инфекции в половых органах женщины



- 1 — перитонит вследствие распространения инфекции лимфатическими путями через мускулатуру; 2 — ;
- 3— перитонит вследствие распространения инфекции из трубы;
- 4— передний листок левой широкой связки; 5 — параметральный экссудат; 6 — задний листок широкой связки; 7 — послеродовые язвы шейки матки; 8 — неинфицированный тромб; 9 — отрыв части неинфицированного тромба (эмболия); 10— перитонит вследствие распространения инфекции лимфатическими путями от матки к маточной трубе; 11 — прорыв бактерий в вену без образования барьера из тромба (молниеносный сепсис)

Послеродовой метроэндометрит

- 1. Легкая форма возникает на 5-12 сутки, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, общее состояние удовлетворительное, лохиометра, повышение СОЭ, л – $9-12 \cdot 10^9$ /л .
- 2. Тяжелая форма возникает на 2-3 сутки, повышение температуры до $38-39^{\circ}\text{C}$, ознобы, ухудшение общего состояния, матка увеличена, гнойные лохии с неприятным запахом, частый пульс, давление нормальное, воспалительные изменения формулы крови.

Послеродовой метроэндометрит

(продолжение)

- 3. Стертая форма – температура нормальная, лохиометра, болезненность по ребрам матки, тахикардия, кровь – анемия.
- 4. Эндометрит после кесарева сечения – нарастание интоксикации, несмотря на дезинтоксикационную терапию, нарастание болей в животе, лихорадка 39°C и выше, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, анемия, клиника гиповолемии, гипопроотеинемии, нарастает парез кишечника, снижается диурез.

Лечение метроэндометрита

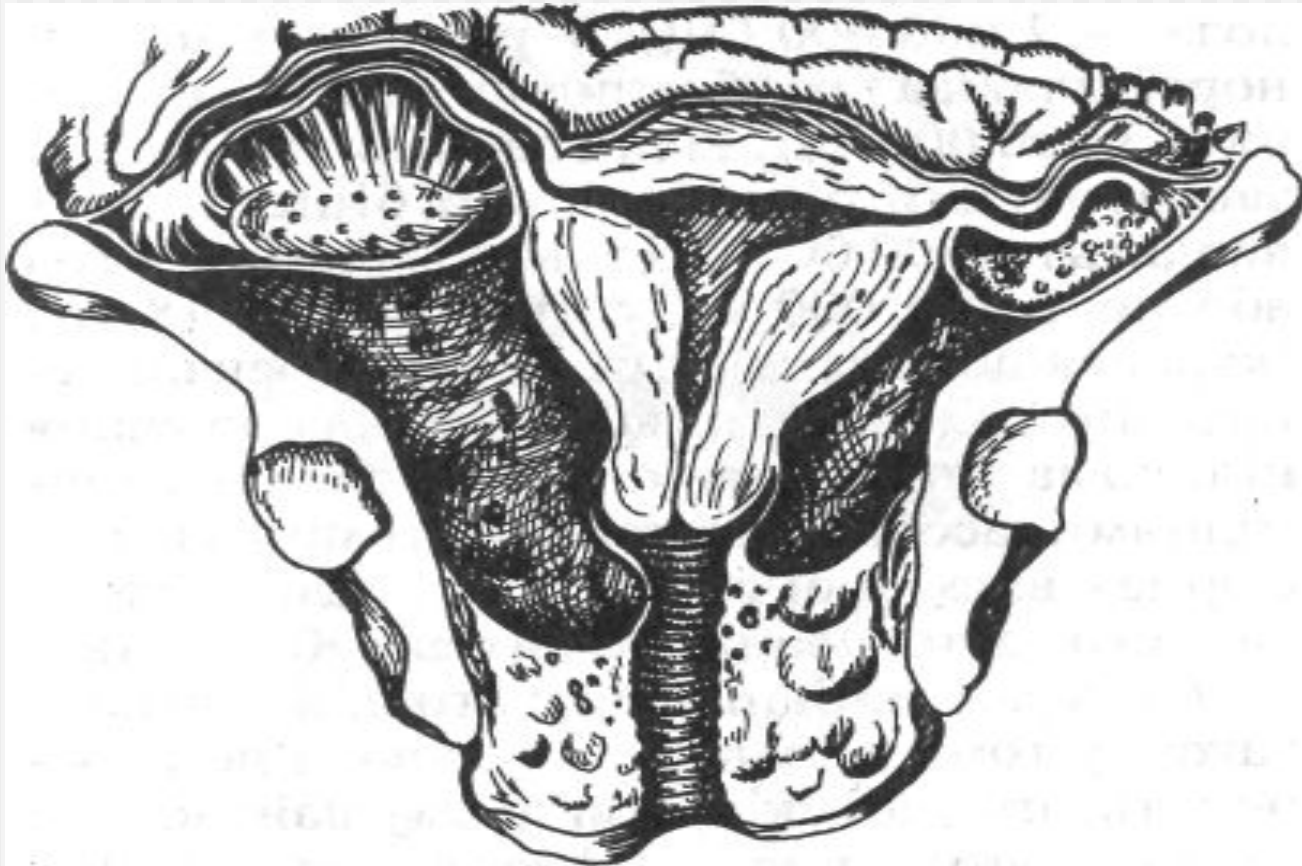
- 1. Дать отток лохиям (спазмолитики + механическое расширение цервикального канала). Инстиляции в полость матки раствора диоксидина, хлоргексидина, мирамистина и других антимикробных препаратов .
- 2. Удаление децидуальной ткани и детритов (вакуум-аспирация, абортцангом, или кюретаж большой послеродовой кюреткой).
- 3. Антибактериальная терапия с учетом полиэтиологии заболевания. Применяют минимум два антибиотика из группы полисинтетических пенициллинов, макролидов или цефалоспоринов + метронидазол (клиндомицин + гентамицин).
- 4. Инфузионная дезинтоксикационная терапия.

Лечение метроэндометрита

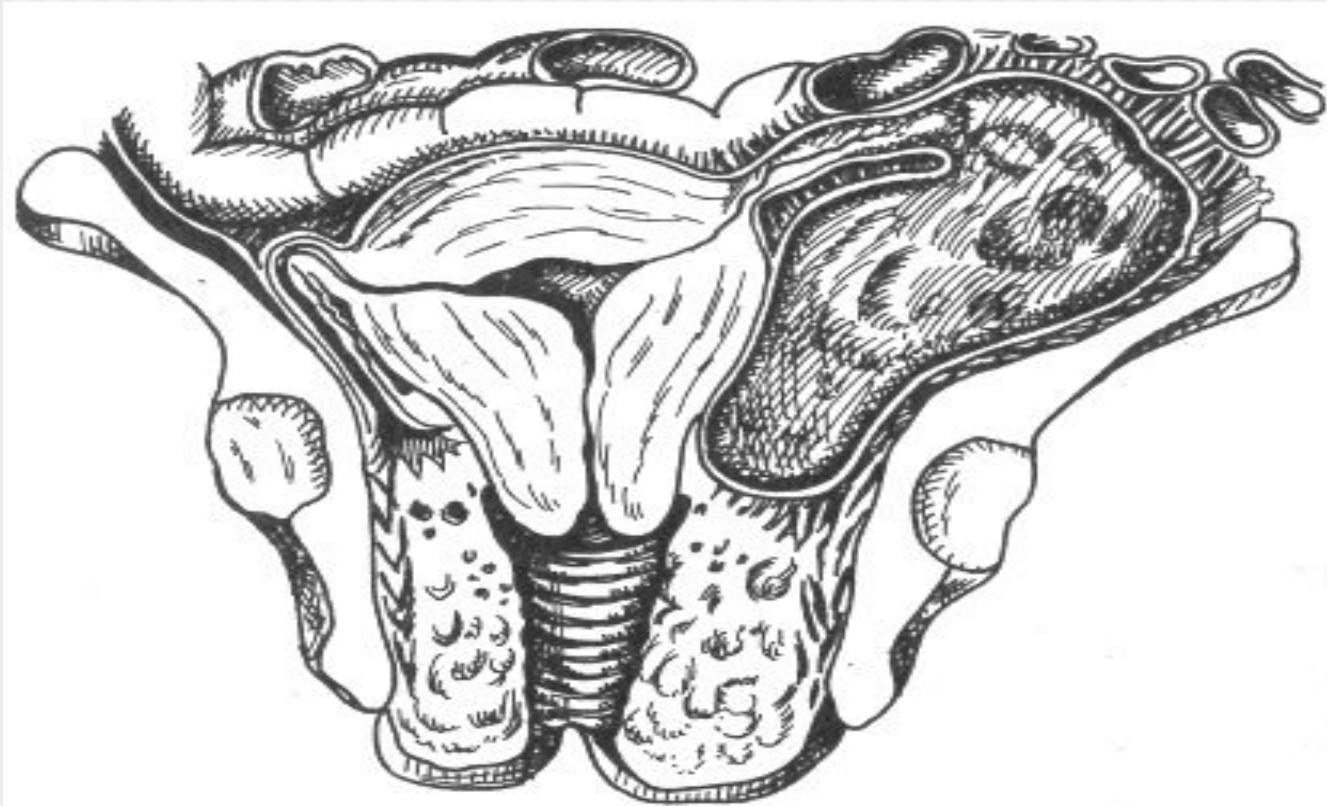
(продолжение)

- 5. Гепаринотерапия (если нет кровотечения и не предстоит оперативное лечение).
- 6. Противогрибковые препараты (флуконазол, низорал, нистатин).
- 7. Иммунотерапия (антистафилококковый гаммаглобулин, иммуноглобулин, гипериммунная антимикробная плазма, лейкоцитарная масса). Иммуностимуляторы (тактивин, тимамин, декарис).
- 8. Глюкокортикоиды.

Двухсторонний послеродовой параметрит



Послеродовой левосторонний пиосальпинкс



Послеродовой поверхностный тромбофлебит



Классификация сепсиса

- По локализации первичного очага: хирургический, акушерско-гинекологический, урологический, отогенный и др.
- По возбудителю:
 - 1. сепсис, вызванный аэробной флорой;
 - 2. сепсис, вызванный анаэробной флорой.
- По фазам: начальная, септицемия, септикопиемия.
- По клиническому течению:
 - 1. молниеносный;
 - 2. острый;
 - 3. подострый;
 - 4. хронический сепсис;
 - 5. септический шок
- По вариантам генерализации: перитонеальный, тромбофлебитический, лимфангитический, эндокардиальный.

■ Основные признаки сепсиса

- Септическая лихорадка, наличие первичного гнойного очага, наличие возбудителя или его токсинов в крови.

■ Дополнительные признаки

- Нарастание интоксикации, снижение диуреза, нарушение деятельности центральной нервной системы (эйфория, угнетение, сонливость), нарушение дыхания – одышка, цианоз, пневмония, отек легких, ; нарушение микроциркуляции (мраморность, горячий, холодный липкий пот); нарушение гемодинамики (снижение АД); электролитные нарушения, анемия, резкий сдвиг формулы влево .

Септицемия

- Высокая температура, вторичные ознобы, интоксикация, септический делирий, тахикардия, тахипноэ, ацидоз, гипотония, олигурия, протеинурия, желтушность окрашивания кожи, цианоз губ, петехиальная сыпь, жидкий стул, гипонатриемия, гипопротейнемия, гипогликемия, анемия, высокий лейкоцитоз, повышение СОЭ.

Септикопиемия:

- *Интоксикация на фоне метастазов гнойников.*

- Начинается на 6-9 сутки после родов.
- Высокая температура, потрясающие ознобы, адинамия, слабость, миалгии, артралгии, тахикардия, тахипноэ, гипотония, сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево.
- Повторные приступы ознобов, интоксикации с короткими ремиссиями.

Терапия сепсиса

- 1. Локализовать очаг инфекции:
 - - удалить очаг (плаценту, гнойник или матку).
- 2. Воздействие на очаг инфекции:
 - - инстиляции в полость матки или брюшную полость.
- 3. Общая комплексная терапия:
антибактериальная терапия, инфузионно-капельная, десенсибилизирующая, иммунокорригирующая, общеукрепляющая, симптоматическая, гормонотерапия, гепаринотерапия, ингибиторы протеаз, анаболические гормоны.

Септический шок:

- клинический синдром, который возникает при условиях системного воспалительного ответа на инфекцию и проявляется нарушением способности организма поддерживать гемодинамику и гомеостаз в результате неадекватной оксигенации тканей и циркуляторных расстройств.

Стадии септического шока

- **Гипердинамическая** – снижение периферического сопротивления, рефлекторно усиливающаяся работа сердца или сердечный выброс.
- **Гиподинамическая** – нарушение перфузии и оксигенации, вторичные по отношению к региональной вазоконстрикции и дисфункции миокарда.

Диагностика септического шока

- Артериальная гипотензия (систолическое давление менее 90 или снижение более чем на 40 мм рт.ст. от исходного уровня).
- Тахикардия более 100 ударов в минуту.
- Тахипноэ более 25 в минуту.
- Нарушение сознания.
- Олигурия (диурез меньше 30 мл в час).
- Гипоксемия.
- Петехиальная сыпь, некроз участков кожи.
- Тромбоцитопения менее $100 \cdot 10^9$ /л.
- Положительный посев крови с выявлением циркулирующих микроорганизмов.

Основные принципы интенсивной терапии

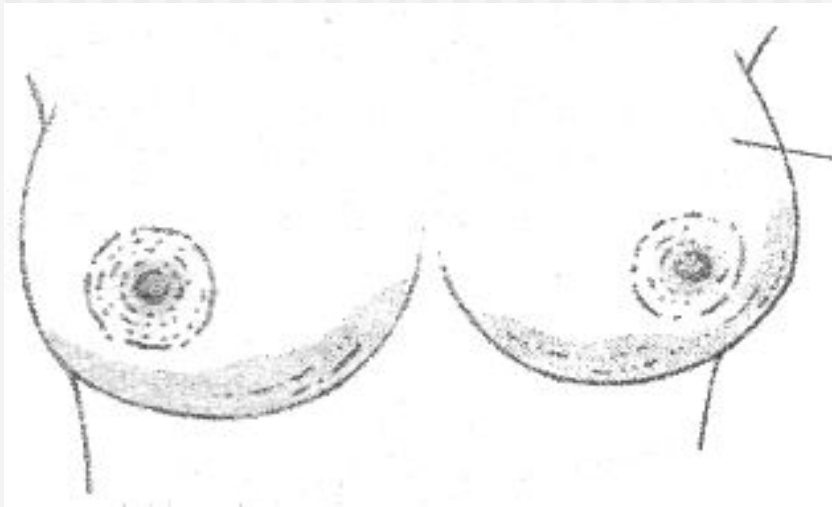
- 1. Срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии.
- 2. Коррекция гемодинамических нарушений путем проведения инотропной терапии и адекватной инфузионной терапии с постоянным мониторингом гемодинамики.
- 3. Поддержание адекватной вентиляции и газообмена.
- 4. Хирургическая санация очага инфекции.

Основные принципы интенсивной терапии

(продолжение)

- 5. Нормализация функции кишечника и раннее энтеральное питание.
- 6. Своевременная коррекция метаболизма под постоянным лабораторным контролем.
- 7. Антибактериальная терапия под постоянным микробиологическим контролем.
- 8. Антимедиаторная терапия.

Лактостаз

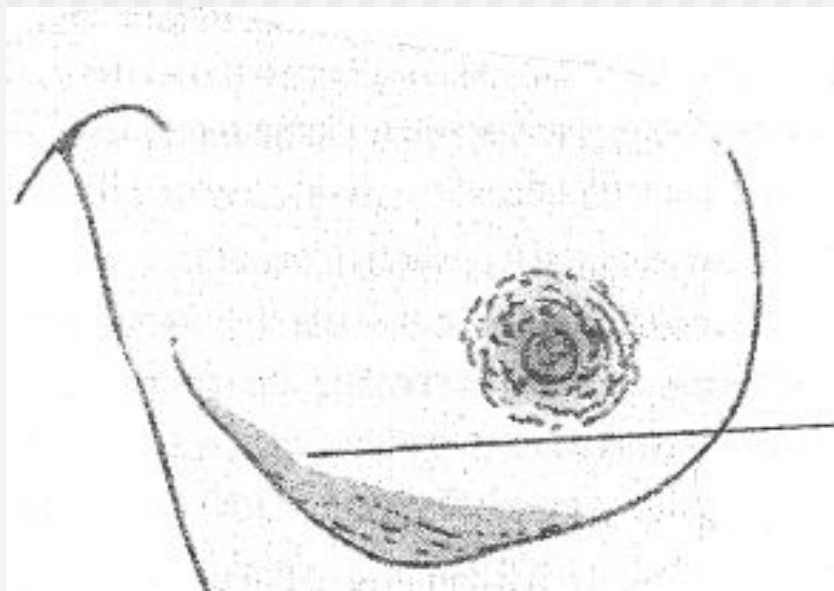


- Молочные железы тяжёлые, болезненные, горячие, твёрдые и болезненные при пальпации

послеродового периода

- Лактостаз может возникнуть на 2-4-й день послеродового периода у женщин, не кормящих ребёнка грудью, или в любой другой период времени при прекращении грудного вскармливания.
- Консервативные мероприятия (ношение тугого бюстгалтера, холодные компрессы на молочную железу, анальгетики) обычно достаточно эффективны, в противном случае можно назначить бромокриптин.

Мастит



- Хорошо очерченная зона индурации, в 10% случаев формируется абсцесс

Мастит

- Местная инфекция паренхимы молочной железы, обычно вызванная *Staphylococcus aureus*.
- Наблюдают сравнительно редко. В 50% случаев возникает у первородящих.
- Диагностика мастита основывается на клинических данных (лихорадка с ознобом, фокальные эритема, отёк и болезненность молочной железы). Заболевание обычно развивается на 3-й или 4-й неделе послеродового периода.
- Лечение. Необходимо устранить обструкцию протоков (продолжают кормление ребёнка грудью или сцеживают молоко), назначают симптоматические средства и антибиотики перорально. У 10% женщин формируется абсцесс, требующий хирургического лечения

Классификация септических гинекологических заболеваний

- 1) неосложненный инфицированный аборт (инфекция локализуется в пределах матки);
- 2) осложненный инфицированный аборт (инфекция распространяется за пределы матки, но процесс остается местным);
- 3) септический аборт (инфекция носит генерализованный характер — септицемия, пиемия).

Неосложненный инфицированный аборт

- Составляет 80 % инфицированных абортов. Он проявляется только лихорадкой. Озноб, симптомы поражения паренхиматозных органов, несоответствие пульса и температуры и распространение инфекции на органы и ткани малого таза отсутствует.
- После опорожнения матки может отмечаться однократное повышение температуры и однократный озноб, после чего наступает выздоровление.

Осложненный инфицированный аборт

- Составляет приблизительно 15 % инфицированных абортов. В этом случае инфекция распространяется на матку и за ее пределы - на трубы, брюшину, яичники, клетчатку органов малого таза. В клинической картине сочетаются признаки аборта и местного воспалительного заболевания матки, придатков, брюшины тазовых органов и клетчатки. Выраженных признаков тяжелой общей инфекции обычно нет.

Септический аборт

- Встречается в 3—5 % случаев инфицированных абортов. При этом виде аборта инфекция распространяется за пределы внутренних половых органов и таза. Клиника заболевания состоит из признаков аборта и общего септического состояния. На передний план выступают явления поражения паренхиматозных органов: склеры субиктеричны, в моче определяются белок и форменные элементы, отмечаются признаки вторичной токсической анемии и истощения кроветворного аппарата. Ранними симптомами являются потрясающий озноб и частый пульс. По

Септический аборт (продолжение)

- При молниеносном сепсисе температура может не повышаться, и о тяжести состояния судят лишь по частому, мягкому, аритмичному пульсу, свидетельствующему о глубоком поражении миокарда. Часто развиваются тромбофлебит, метастатические абсцессы легких, печени, почек, подкожной основы. Быстро нарастает общее истощение. В тяжелых случаях септического аборта симптомы самого аборта отступают на задний план, преобладают признаки общей ; инфекции. Даже после опорожнения матки озноб и другие проявления общей инфекции не исчезают. При этом местный