

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

ПМ.02 Лечебная деятельность.
«Оказание акушерской помощи»

31.02.01 ^{Специальность} «Лечебное дело»

ВОПРОСЫ ЛЕКЦИИ

- Понятие «послеродовое заболевание»,
- Причины ПГСЗ,
- Этапы распространения инфекции,
- Пути проникновения послеродовой инфекции,
- Общие симптомы ПГСЗ,
- Послеродовый эндометрит,
- Пельвеоперитонит, ак. перитонит,
- Послеродовый сепсис, СШ,

1. Послеродовые заболевания неинфекционной этиологии - это заболевания, возникновение которых не связано с внедрением микроорганизмов.
 - Субинволюция матки,
 - Лохиометра,
 - Задержка остатков плодного яйца,
 - Трещины (ссадины) сосков,
 - Лактостаз,

2. Послеродовые инфекционно - воспалительные заболевания:

- ⊙ Послеродовая язва
- ⊙ Эндометрит, параметрит, сальпингоофорит, пельвеоперитонит, тромбофлебит,
- ⊙ Перитонит, СШ,
- ⊙ Сепсис,
- ⊙ Мастит.

СУБИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ

- замедление темпов обратного развития матки, непосредственно связанное с нарушениями ее контрактильной активности
- Клиника: матка увеличена, мягковатой консистенции, значительное количество мутных лохий бурого цвета,
- Нередко сопровождается субфебрильной температурой,
- УЗИ:
- Лечение: холод, окситоцин,

ЛОХИОМЕТРА

- задержка лохий в полости матки, что происходит в результате перегиба тела ее кпереди или вследствие механической закупорки шейечного канала кровяными сгустками, оболочками,
- ЛЕЧЕНИЕ: улучшение оттока лохий путем выведения матки в срединное положение при двуручном исследовании,
- Возможно опорожнение матки путем вакуум-аспирации содержимого полости,
- Легкий кюретаж путем гистероскопии,
- Спазмолитики-для расслабления внут. зева, затем утеротоники

ЗАДЕРЖКА ПЛОДОВЫХ ОБОЛОЧЕК

- ⊙ ЛЕЧЕНИЕ: обязательное удаление элем-в плаценты из п\матки под контролем ГС, а/б и ср-ва сокращающие матку,
- ⊙ Профилактика - имеет самое существенное значение, Осмотр последа,
- ⊙ При подозрении на дефект - ручной контроль стенок полости матки.

ТРЕЩИНЫ (ССАДИНЫ) СОСКОВ

- Обычно поражаются оба соска,
- В 2 раза чаще первородящие, на состояние сосков оказывает техника и длительность кормления, сила сосания, интервал м\д кормлениями,
- различают 3 стадии формирования трещин:
 - I - мацерация эпидермиса сосков,
 - II - корочка,
 - III - глубокая кровоточащая эрозия,

ЛАКТОСТАЗ

- Связана с неправильным режимом и техникой кормления,
- Болезненное уплотнение МЖ,
- Застой молока м.б. односторонним или двусторонним, отмечается боль в МЖ, отек ареолы, затруднение или отсутствие оттока молока,
- ЛЕЧЕНИЕ: правильное подобранное белье, сцеживание, кормление, холод при отеке на 15-20мин., ультразвук, лазер, парлодел,

ПОМОЩЬ ПРИ ЛАКТОСТАЗЕ

- ⦿ Активное прикладывание ребенка к груди,
- ⦿ Осторожное сцеживание и высокое положение молочных желез,
- ⦿ Окситоцин 1 мл + но-шпа 2 мл в\м 2р\сутки за 15-20 мин. до кормления,
- ⦿ Ограничить питье, отвлекающая терапия,
- ⦿ Фитотерапия: шалфей, шишки хмеля, листья грецкого ореха, чеснок,
- ⦿ Компресс с 10% р-ром камфарного масла,
- ⦿ Бромэргокриптин, парлодел по 2,5мг 2р\д 1-2 дня, во время еды.

ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПГСЗ И ПЕРИОДА ЛАКТАЦИИ

- Появление с-ов инф. заб-й у женщин в течение 42 дней ПП д.б. связано с развитием ГСЗ ПП и периода лактации.
- Запросить мед. док-ты, удостоверяющие наличие бер-ти, родов или карту бер-й, родильницы, выписку из род.дома с датой родов, их течение, осложнения.
- Оценить общее состояние родильницы: температура, цвет кожных покровов и слизистых, РС, дыхание, А/Д, диурез, осмотр вен нижних конечностей при ВБ.

- Определить акуш. статус и наличие местных с-ов ПГСЗ: - при пальпации определить болезненность живота, место болезненности, наличие (отсутствие) с-ов раздражения брюшины; - величину и форму матки, болезненность, консистенция; - хар-р выделений (лохий), цвет, запах; - наличие послеродовых язв или раневых поверхностей на промежности; - Осмотр и пальпация МЖ.

ЛЕЧ. МЕРОПРИЯТИЯ НА ДОГОСПИТАЛ. ЭТАПЕ НАПРАВЛЕННЫ НА:

- ⦿ Скорейшее начало лечения больной - время решающий фактор!
- ⦿ Организация транспортировки пациентки в специализир. стационар. Объем лечения ПГСЗ зависит от формы заб-я и этапа развития инфекционного процесса.
- ⦿ Леч. на догоспит. этапе начинают с борьбы с инфекцией.

БОРЬБА С ИНФЕКЦИЕЙ

- ⊙ 1 доза А/Б широкого спектра действия: при стафилококковой (наиболее распространенной в ПП) инфекции пенициллины (комбинированные и полусинтетические);
- ⊙ в\м метилциллин 1,0-2,0г или в\в 1,0-2,0г в 100мл физ.р-ра или карбенициллин 2,0г в/м, в/в на 40мл. физ. р-ра:
- ⊙ Цефалоспорины 3-го поколения: клафоран, цефтриаксон по 1,0 в/м, в\в

- Обязательно инфузионная терапия в\в, для восполнения ОЦК и улучшения микроциркуляции: гемодез, реополиглюкин, трисоль, физ. р-р по 400мл;
- 3мл 5% аскорбиновой к-ты,
- 10мл 10% кальция глюконата в\в,
- 2мл 5% р-ра анальгина и антигистаминные 1мл в\в в\м;

ПОСЛЕРОДОВАЯ ЯЗВА - 1 ЭТАП

- инфицированное травматическое повреждение кожи промежности, слизистой оболочки и предверия влагалища,
- Общее состояние не нарушается, температура субфебрильная, пульс незначительно учащен,
- местно: локальная боль, ощущение зуда,
- границы язвы четкие, несколько отечны и гиперемизированы, дно язвы с участками некроза, слизисто-гнойное отделяемое, с неприятным запахом.

ЛЕЧЕНИЕ

- ⊙ Местно антисептики и противовоспалительные,
- ⊙ Как гнойная рана: распустить швы, обработка дез. р-ми (хлоргексидин, H_2O_2), гипертонический р-р,
- ⊙ Ферменты для снятия некротического налета, и ускорения регенерации,
- ⊙ После очищения раны: левомиколь, актовегиновая мазь,
- ⊙ После полного очищения м. наложить вторичные швы на промежность,

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- ⦿ Физические: гелий - неоновый лазер, ультразвук, ультрафиолетовое облучение,
- ⦿ Медикаментозное: жидкостные, мазевые, аэрозольные аппликации, средства, улучшающие эпителизацию,
- ⦿ Лучший метод - многократные аппликации салфетки, смоченные молозивом или молоком родильницы,
- ⦿ Кормление ребенка затрудняет лечение, а прекращения кормления ведет к застою молока,

ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Компоненты комплексной терапии послеродового эндометрита

- ⊙ Антибактериальные препараты;
- ⊙ Хирургическое лечение (вакуум-аспирация);
- ⊙ Инфузионно-трансфузионная терапия;
- ⊙ Антигистаминные препараты;
- ⊙ Утеротонические препараты;
- ⊙ Антикоагулянты;
- ⊙ Иммуномодуляторы;
- ⊙ Физические методы лечения;
- ⊙ Эфферентные методы (гемосорбция, плазмаферез, лазерное облучение).

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

1. Ингибиторозащищенные пенициллины.

- ⊙ амоксициллин + клавулановая к-та 1,2г ч\р 8час в/в
- ⊙ Ампициллин+сульбактам 1,5-3г ч/р 8час в/в, в/м

2. Цефалоспорины 3-го поколения

- ⊙ Цефоперазон 2г в/в, в\м ч/з 12час 5-6дней;
- ⊙ Цефтриаксон 2г ч\з 12час в\в 5-6дн.

При тяжелой форме эндометрита

- ⊙ Цефоперазон+ сульбактам по 2-4г ч/з 12час в/в или в\м 5дней;
- ⊙ Меропенем по 0,5-1г в\в ч/р 8час. 5дней

1. ПРИНЦИПЫ АБ-ТЕРАПИИ

1. При выборе АБ-препаратов необходимо сочетать применение средств, воздействующих на анаэробный и аэробный спектр возбудителей.
2. Во всех схемах лечения д.б. включен метронидазол по 0,5г 3р/д в\в (трихопол 0,5г 3р/д). Эффективен на все виды анаэробов.
3. Антианаэробным действием обладают -
 - ◉ *Линкосамиды*: клиндамицин 1,2 2р\д в\в, линкомицин 1,2 2р/д в/в, диоксидин 1%-60мл в/в, карбенициллин 1,0 4р\д в\м

4. При грамм (-) флоре назначают преимущественно:

- ⊙ *Аминогликозиды*: канамицин по 0,5-1,0 Зр/д в/м,
 - Бруломицин 80мг в 2-3 приема - более активен в отношении синегнойной палочки;
 - Нетилмицин 4-6,5мг/кг Зр/д менее токсичен
 - Амикацин - АБ резерва, обладает наиболее широким спектром , а/бактериального действия,
 - используют, когда др. аминогликозиды не эффективны, малотоксичен - 15мг\кг 2р\д

- ⊙ *Полусинтетические пенициллины*: ампициллин, амоксициллин, карбенициллин 1,0 4р\д и др.
- ⊙ *Комбинированные пенициллины* - в состав этих препаратов входят ингибиторы В-лактамаз (сульбактам, клавулановая к-та): унасин 1,5 4р\д в/в, в\м, амоксиклав 0,625 3р\д, тиментин 3,1 4 - 6р/д;
- ⊙ *Урендопенициллины* - мало эффективны к грамм(+) м/организмам: азлоциллин.
- ⊙ *Цефалоспорины 3-го поколения*: клафоран, цефомонил, цефтриаксон по 1,0 2-3р/д в/в, в\м;

- ⊙ Цефалоспорины 4-го поколения: цефепим, цефпиром по 1,0 2р/д в/в. Менее активны в отношении к грамм (+);
- ⊙ Монобактамы - новая группа β-лактамных АБ, не эффективны в отношении грамм (+) м/о -азтреонам 1,0 3р/день в/в, при тяжелых инфекциях - 2,0 4р/день.

ПРИ ГРАММ (+) ФЛОРЕ

- ⊙ Препараты *оксациклинового ряда*, активны в отношении пенициллиназообразующего стафилококка:
 - оксациллин - 0,5 6р/д в\м,
 - Унипен 0,5-1,0 4-6р/день в/м, в/в.
- ⊙ *Цефалоспорины 1-го и 2-го поколения*:
 - Цефазолин (кефзол) 1,0 4р/день в/в, в/м,
 - Цефокситин 1,0 4р/д в/м и др.

- ◎ *Линкосамиды*: линкомицин клиндамицин.
Высоко эффективны против
стафилококков, стрептококков,
пневмококков, клостридий и др грамм (+)
м/о

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ПРОЦЕССА

А. при неосложненном эндометрите
предпочтительны сочетания:

- ⊙ Цефалоспорины 1-го 2-го поколения + метронидазол;
- ⊙ Линкосамиды + аминогликозиды;
- ⊙ Ампициллины + метронидазол;
- ⊙ Аминогликозиды + метронидазол.

Б. при тяжелом эндометрите:

- ⊙ Цефалоспорины 2-4-го поколения + метронидазол;
- ⊙ Ингибиторозащищенные пенициллины;
- ⊙ Фторхинолоны в сочетании с метронидазолом;
- ⊙ Монотерапия карпапенемами .

СУЛЬФАНИЛАМИДЫ, ПРОИЗВОДНЫЕ НИТРОФУРАНОВ, НАЛИДИКСОВОЙ К-ТЫ

- ⊙ Показания - инфекция мочевыводящих путей.
- ⊙ Бисептол по 5мл в/в кап! На физ р-ре 2р/сутки.
- ⊙ Продолжительность курса АБ-терапии определяется индивидуально.
- ⊙ АБ проникают в грудное молоко, что влияет на выбор и дозу а\б

- ⊙ Возросла роль вирусов в развитии послеродового эндометрита
- ⊙ Включить в комплекс лечебных мероприятий п\вирусные препараты - ацикловир, валацикловир (валтрекс) и др.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И АБ-ТЕРАПИЯ

- ⊙ *Ампициллин* хорошо накапливается в молоке м. привести к дисбактериозу и сенсебилизации новорожденного;
- ⊙ *Амоксициклин* практически не накапливается в молоке;
- ⊙ *Аминогликозиды* хорошо накапливаются в молоке, практически не всасываются в кишечнике ребенка, не дают биоценоз;

- Концентрация *линкомицина и клиндамицина* в грудном молоке незначительна и практически не оказывает действия на ребенка;
- Не рекомендуется грудное вскармливание при назначении *метронидазола*;
- *Тетрациклины* не накапливаются в молоке в значительных количествах, однако, в связи с невозможностью исключения отдаленного влияния (риск задержки роста костей ребенка), препараты этой группы не рекомендуются;
- *Левомецетин* противопоказан - разрушительное действие на развитие костного мозга;
- Сульфаниламиды длительного д-я п\показаны.

2. ПРИНЦИПЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭНДОМЕТРИТАХ

- При гиповолемии вводить кристаллоиды,
- Соотношение коллоиды:кристаллоиды = 1: или 1:3
- При гипоонкотическом состоянии использовать коллоиды в соотношении 2:1, 3:1 (реополиглюкин, инфукол, рефортан, стабизол и др).
- Объем ИТ зависит от степени тяжести пациентки: легка-400-600мл, при тяжелом и септическом - 2,0-2,5л\сутки

3. ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

- Панавир, α -интерферрон - генферон свечи вагинальные 1р\д до 10дн;
- Деринат 5мл №5 в\м (очень болезненно), в\в кап! по 10мл;
- Лавомакс - стимулирует интерфероногенез.

4. НПВС: нимесулид, диклофенак, дикловит -
ректальные суппозитории, цефекон, аспирин и др.

5. Антиагрегатная терапия: трентал, аспирин,
курантил;

Сокращающие препараты: окситоцин,
мэтилэргометрин;

6. Витаминотерапия (вит. С и гр В)
стимулирует неспецифические защитные
силы организма;
7. Антигистаминные препараты: димедрол,
супрастин;
8. Десенсебилизирующая терапия: хлористый
кальций 10%-10,0 в/в
9. Местное лечение.