

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования  
Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова  
Кафедра акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета

*Послеродовые  
гнойно-септические  
заболевания*

# **ПОСЛЕРОДОВЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ -**

*заболевания, наблюдаемые у родильниц, патогенетически непосредственно связанные с беременностью и родами и возникающие в течение 42 суток с момента родов.*

**Инфекционные заболевания, выявленные в послеродовом периоде, но патогенетически не связанные с беременностью и родами (грипп, ангина и др.), к группе послеродовых заболеваний не относят.**

*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 риска послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний

**1. Возраст старше 35 лет.**

**2. Низкий социально-экономический статус**

**женщины** (недостаточный уровень дородового обследования; неудовлетворительные условия жизни; недостаточное питание; вредные привычки).

**3. Экстрагенитальные заболевания:**

- заболевания почек, особенно воспалительного характера
- нейроэндокринные заболевания (сахарный диабет, метаболический синдром)
- артериальная гипертензия
- заболевания бронхо-легочной системы воспалительного характера
- аутоиммунные заболевания
- хронические очаги инфекции
- анемия
- иммунодефицитные состояния

# Факторы риска послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний

## *4. Гинекологические заболевания:*

- воспалительные заболевания женских половых органов*
- бесплодие (инфекционного генеза)*
- наличие ЗППП*
- инструментальные вмешательства (аборты, выскабливания и т.д.)*
- ВМК перед настоящей беременностью*

# Факторы риска послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний

## **5. Особенности течения настоящей беременности:**

- *анемия*
- *преэклампсия, эклампсия*
- *обострение инфекционных заболеваний*
- *рецидивирующие кольпиты и цервициты*
- *многоводие*
- *длительная терапия глюкокортикоидами (иммуносупрессия, нарушение биоценоза влагалища)*
- *угроза прерывания беременности*
- *хирургическая коррекция ИЦН (восходящая инфекция)*
- *аномальное расположение плаценты*
- *фетоплацентарная недостаточность*

# Факторы риска послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний

## ***6. Инвазивные методы диагностики:***

- амниоцентез*
- биопсия хориона*
- внутриматочный мониторинг в родах*

## ***7. Госпитальные факторы:***

- неоднократные госпитализации во время настоящей беременности*
- длительное пребывание в стационаре перед родоразрешением*

# Факторы риска послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний

## 8. Особенности течения родов:

- длительный безводный промежуток: 6 часов – критический безводный период (более 12 часов – в 100 % инфицирование родовых путей)
- длительность родов более 12 часов (даже при целостности околоплодных оболочек)
- большое количество влагалищных исследований
- инвазивные методы оценки состояния плода в родах
- патологическая кровопотеря
- хориоамнионит в родах
- ручное отделение плаценты и выделение последа
- контрольное ручное обследование послеродовой матки

# Факторы риска послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний

## ***9. Оперативное родоразрешение:***

- кесарево сечение*
- наложение акушерских щипцов*

## ***10. Интраоперационные факторы:***

- кесарево сечение в экстренном порядке*
- технические погрешности в ходе операции (неадекватный гемостаз, нарушение техники зашивания разреза на матке)*
- патологическая кровопотеря (более 1 % от массы тела пациентки)*
- корпоральное кесарево сечение*

# Факторы риска послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний

## *11. Особенности течения послеродового периода:*

- неадекватное ведение послеоперационного периода*
- неадекватное восполнение кровопотери*
- длительный постельный режим*
- анемия*
- обострение очагов хронической инфекции*
- замедленная инволюция матки*
- рождение ребенка с клиническими признаками инфекции (везикулез, пневмония, сепсис)*
- раневая инфекция (инфильтраты, гематомы, нагноение раны на промежности и передней брюшной стенке)*
- преходящий парез кишечника после операции кесарева сечения*

## *Инфекционный процесс*

*классически рассматривается как результат сложного взаимодействия трех факторов:*

- 1. Наличие возбудителя (его количество и вирулентность)*
- 2. Состояние первичного очага*
- 3. Сопротивляемость организма*

# *Возбудители ГСЗ*

## *Полимикробная этиология*

**Микробные ассоциации:  
более выраженные патогенные  
свойства, чем монокультуры  
в связи с наличие синергизма  
между ними.**

**Это явление носит название  
«quorum sensing»**

# Возбудители ГСЗ

## 1. Потенциально патогенные:

- грамположительные аэробные бактерии (энтерококки, золотистый и эпидермальный стафилококки, стрептококки группы А и В)
- грамотрицательные аэробные бактерии семейства Enterobacteriaceae (кишечная палочка, клебсиелла, протей, энтеробактерии, синегнойная палочка)
- анаэробные неспорообразующие микроорганизмы (бактероиды, пептококки, пептострептококки)
- *Chlamydia trachomatis*

## 2. Условно-патогенные микроорганизмы:

- *Gardnerella vaginalis* (в 25-60 %)
- грамположительные кокки (*Streptococcus* группы D)
- нередко – *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*

# Резистентность организма

## Нарушение биоценоза родовых путей:

- *необоснованная антибактериальная терапия*
- *бактериальный вагиноз*
- *существенное изменение содержания в сыворотке крови отдельных классов иммуноглобулинов (G, A, M), снижение абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов (вторичный физиологический иммунодефицит) к концу беременности*
- *преждевременное излитие вод, затяжные роды, необоснованная ранняя амниотомия, многократные влагалищные исследования, инвазивные методы исследования, нарушение санитарно-эпидемиологического режима*
- *хориоамнионит в родах*

# Состояние первичного очага

*Внутренняя поверхность послеродовой матки - раневая поверхность.*

*Содержимое матки - сгустки крови, эпителиальные клетки, участки децидуальной оболочки - благоприятная среда для развития микроорганизмов.*

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

# Пути передачи инфекции

- *в 9 из 10 случаев - активация собственной условно-патогенной флоры*
- *восходящий путь инфицирования при инвазивных лечебно-диагностических манипуляциях*
- *во время оперативного родоразрешения*
- *заражение госпитальными штаммами при нарушении правил асептики и антисептики (высоко вирулентные, патогенные и устойчивые к антибиотиками)*

# Классификация Бартельса-Сазонова

различные формы послеродовых инфекционных заболеваний рассматриваются как *отдельные этапы единого инфекционного процесса*.

*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.*

# Классификация Бартельса-Сазонова

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

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

# Классификация Бартельса-Сазонова

**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)

# Послеродовая язва

Возникает вследствие инфицирования ссадин, трещин, разрывов слизистой оболочки влагалища и вульвы. К этой группе заболеваний относят также нагноение раны после перинеотомии или разрыва промежности.

Диагностика заболевания затруднений не вызывает:

- состояние родильниц остается удовлетворительным.
- наблюдается гиперемия, отек, некротический и гнойный налет в области инфицирования.

Лечение местное: обработка растворами антисептиков, при нагноении раны после перинетомии – накладывают вторичные швы.

# Послеродовый эндометрит

*- это проявление раневой инфекции.*

*Эпителизация и регенерация эндометрия заканчивается только через 5-6 недель после родов*

## Этиологический фактор:

- ▣ грамотрицательные бактерии семейства Enterobacteriaceae (кишечная палочка, клебсиеллы, протей)
- ▣ Gardnerella vaginalis (в 25-60 %)
- ▣ грамположительные кокки (Streptococcus группы D)
- ▣ анаэробные неспорообразующие микроорганизмы (бактероиды, пептококки и пептострептококки)
- ▣ нередко – Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis

# Послеродовый эндометрит

По клиническому течению:

1. Легкая форма ПЭМ
2. Тяжелый ПЭМ
3. Стертая форма ПЭМ
4. ПЭМ после кесарева сечения

# Послеродовый эндометрит

## Легкая форма ПЭМ

1. Общее состояние удовлетворительное
2. Позднее начало – на 5-12 сутки послеродового периода.
2. Температура 38-39 °С
3. Тахикардия до 80-100 уд/мин
4. Картина крови – лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, увеличение СОЭ.
5. Матка болезненная, увеличена в размерах
6. Выделения длительное время остаются кровянистыми

# Послеродовой эндометрит

## Тяжелый ПЭМ

1. Чаще возникает на фоне хориоамнионита, после осложненных родов или оперативного вмешательства.
2. Начинается рано – на 2-4 сутки после родов.
3. Жалобы: боли внизу живота, слабость, головные боли, нарушение сна, отсутствие аппетита.
4. Температура 39 °С и выше, сопровождается ознобами.
5. Тахикардия до 90-120 уд/мин.
6. Картина крови – высокий лейкоцитоз  $14-30 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофильный сдвиг влево, увеличение СОЭ, анемия.
7. Матка болезненная, увеличена в размерах, замедленная инволюция матки.
8. Выделения с 3-4 суток становятся бурыми, далее приобретают гнойный характер.

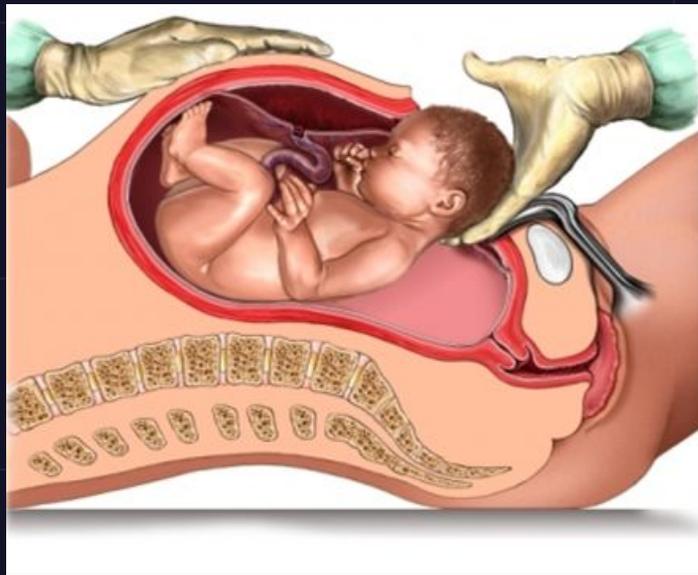
# Послеродовой эндометрит

## Стертая форма ПЭМ

1. Встречается чаще всего.
2. Общее состояние удовлетворительное
3. Начинается на 3-4 или 5-7 сутки послеродового периода.
4. Температура не превышает 38 °С
5. Картина крови – незначительный лейкоцитоз и увеличение СОЭ, отсутствует или слабо выражен нейтрофильный сдвиг влево.
6. Матка слегка болезненная, инволюция замедлена.
7. Выделения сукровичные, иногда – гнойные со специфическим ихорозным запахом.

# Послеродовый эндометрит

## ПЭМ после кесарева сечения



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

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

**Кесарево сечение обуславливает 80 – 90 % всех послеродовых эндометритов.**

# Послеродовый эндометрит

## Причины послеродового эндометрита после кесарева сечения

- < разрез на матке сопровождается **нарушением целостности кровеносных и лимфатических сосудов**, что способствует прямой бактериальной инвазии в кровеносную и лимфатическую систему матки (распространение процесса за пределы раны - миометрий, параметрий);
- < операция, выполненная на фоне хориоамнионита, вызывает **прямое распространение инфекции** на брюшину с возникновением “раннего перитонита”;
- < наличие шва на матке способствует **замедлению инволюции матки** в послеродовом периоде, нарушает нормальный отток лохий, создавая благоприятные условия для развития микроорганизмов.

# Послеродовой эндометрит

## ПЭМ после кесарева сечения

1. Чаще протекает в тяжелой форме (первичное инфицирование области разреза на матке)
2. Характерно быстрое распространение с развитием миометрита, лимфаденита, метротромбофлебита.
3. Начинается рано – на 1-2 сутки после родов.
4. Жалобы: головная боль, нарушение сна, аппетита, слабость, боли внизу живота.
5. Температура 39 °С и выше, сопровождается ознобами.
6. Тахикардия до 90-120 уд/ми (соответствует подъему t).
7. Картина крови – высокий лейкоцитоз  $14-30 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофильный сдвиг влево, увеличение СОЭ, анемия.

# Послеродовой эндометрит

## ПЭМ после кесарева сечения

8. Матка болезненная, увеличена в размерах, замедленная инволюция матки.

9. Выделения с 4-6 суток становятся мутными, обильными, водянистыми, приобретают гнойный характер.

10. Частое осложнение – парез кишечника



нарушение барьерной функции кишечника с проникновением  
микробной флоры в брюшную полость



перитонит

# Послеродовый эндометрит

## ДИАГНОСТИКА

### 1. Клинические данные:

- неоднократный подъем температуры
- болезненность матки при пальпации
- гнойные лохии

### 2. Лабораторные методы диагностики.

### 3. Бактериологическое исследование.

### 4. УЗИ.

### 5. Гистероскопия.

# Послеродовый эндометрит

## ДИАГНОСТИКА

### 2. Лабораторные методы диагностики:

- лейкоцитоз  $12 \times 10^9/\text{л}$  и более
- палочкоядерные нейтрофилы 10 % и более
- гипохромная анемия
- ускорение СОЭ
- снижение уровня общего белка плазмы крови

# Послеродовый эндометрит

## ДИАГНОСТИКА

**3. Бактериологическое исследование – посев материала из полости матки и влагалища для определения характера возбудителей и определение чувствительности к антибиотикам:**

*выделение этиологически значимых микроорганизмов в количестве  $10^4$  КОЕ/мл и более.*

**При тяжелом течении эндометрита показатель обсемененности полости матки – в пределах  $10^5$  –  $10^8$  КОЕ/мл.**

# Послеродовой эндометрит

## УЗИ

- 1. Нарушение процессов инволюции матки**
- 2. Увеличение и расширение полости матки**
- 3. Различные по величине и эхогенности включения в полости матки.**
- 4. Линейные эхопозитивные структуры на стенках матки в виде прерывистого или непрерывного контура (наложения фибрина).**
- 5. Неоднородность структуры миометрия.**
- 6. Усиление сосудистого рисунка, появление резко расширенных сосудов**
- 7. Скопление газа в полости матки.**

# Послеродовой эндометрит после кесарева сечения

## Дополнительные эхографические критерии

- 1. Локальное изменение структуры миометрия в области швов в виде участков пониженной эхогенности.**
- 2. Деформация полости матки в области рубца («ниша») при несостоятельности швов на матке.**
- 3. Отсутствие положительной динамики при наличии гематом в проекции послеоперационного шва.**

# Послеродовый эндометрит

Гистероскопия – непосредственная визуализация эндометрия

1. Слизистая матки отечная, цианотичная.
2. Большое число инъецированных, легко кровоточащих сосудов и очагов кровоизлияний.
3. На стенках матки – белесоватый налет (отложения фибрина) вследствие фибринозного воспаления.
4. При наличии *некроза децидуальной ткани* – аморфные пласты серовато-черного цвета, тяжистого характера, лежащие пристеночно и свободно в полости матки.

# Послеродовый эндометрит

Гистероскопия – непосредственная визуализация эндометрия

**5. При наличии задержки плацентарной ткани – определяется тяжистая структура с синеватым оттенком, которая резко контурируется на фоне стенок матки.**

**6. При несостоятельности шва на матке – дефект послеоперационного шва в виде ниши, видны прорезавшиеся или свободно лежащие нити шовного материала и пузырьки газа в области дефекта шва.**

# Послеродовый эндометрит

## ЛЕЧЕНИЕ

### Комплексный характер:

- ограничение воспалительного процесса
- борьба с инфекцией
- активизация защитных сил организма
- дезинтоксикационная терапия
- коррекция гомеостаза

# Параметрит

это гнойно-инфильтративное поражение  
клетчатки малого таза (чаще  
лимфогенный путь инфицирования)

## Предрасполагающие факторы:

- ▣ боковые разрывы шейки матки II-III степени (нераспознанные, незашитые), иногда осложненные гематомой между листками широкой связки матки
- ▣ несвоевременная диагностика или неверная врачебная тактика при наличии раневой инфекции и послеродового эндометрита (генерализация !)
- ▣ послеродовый тромбофлебит вен параметрия в результате гнойного расплавления инфицированных тромбов

# Параметрит

## Стадии развития и прогрессирования:

**I стадия** - стадия экссудации: гиперемия и серозное пропитывание тканей;

**II стадия** – стадия инфильтрации: постепенное замещение экссудата плотным инфильтратом за счет выпадения фибрина;

**III стадия** – стадия нагноения: образование в структуре инфильтрата множества микроабсцессов. Возможен прорыв гноя в мочевой пузырь и прямую кишку, формирование абсцесса, паранефральных и поддиафрагмальных абсцессов.

# Параметрит

## Классификация:

### **1. В зависимости от топографии клетчатки малого таза:**

- ▣ боковой параметрит
- ▣ передний параметрит
- ▣ задний параметрит

### **2. По клиническому течению:**

- ▣ острый параметрит
- ▣ подострый параметрит
- ▣ хронический параметрит

# Параметрит

## Клиника:

- 1. Начинается на 7-10-е сутки после родов.*
- 2. Озноб, повышение температуры до 38-39° и выше.*
- 3. Жалобы на постоянные боли внизу живота, в левой или правой подвздошной области, иррадиирующие в крестец и поясничную область.*
- 4. Боли при мочеиспускании и пиурия (угроза прорыва абсцесса в мочевой пузырь), тенезмы и понос (угроза прорыва абсцесса в прямую кишку).*
- 5. Симптомы тромбэмболии (при верхнем боковом параметрите): связаны с перифлебитом и тромбозом наружной подвздошной вены.*

# Параметрит

## Диагностика:

**1. Клиника.**

**2. Бимануальное исследование:**

- ▣ *инфильтрация,*
- ▣ *резкая болезненность при пальпации параметрия*
- ▣ *укорочение свода влагалища на пораженной стороне*
- ▣ *асимметричное расположение шейки матки (смещена в сторону, противоположную пораженному параметрию)*
- ▣ *матка отдельно не пальпируется (определяется конгломерат образований – матка, придатки и смежные органы).*

# Параметрит

## Диагностика:

### ***3. Ректовагинальное исследование:***

- ▣ оценка пролабирования инфильтрата или абсцесса в сторону прямой кишки
- ▣ состояние слизистой прямой кишки над инфильтратом (ограниченно подвижна или неподвижна).

### ***4. Клинический и биохимический анализ крови.***

***5. УЗИ*** – эхопозитивное образование неправильной формы без четких контуров и капсулы, может содержать в своей структуре кистозные образования с гетерогенным содержимым (микроабсцессы).

### ***6. Компьютерная томография и эхография почек.***

# Параметрит

## Лечение:

*1. Комплексное лечение:*

*антибактериальная, инфузионная,  
десенсибилизирующая,  
иммунокорригирующая терапия и т.д.*

*2. Оперативное лечение:*

*вскрытие и дренирование абсцесса  
(вагинальным доступом)*

# Акушерский перитонит

*это воспаление брюшины, которое сопровождается комплексом тяжелых патофизиологических реакций, ведущих к нарушению функции всех систем организма*

*Возникает на фоне метроэндометрита, некроза миоматозного узла, перекрута ножки опухоли яичника, деструкции гнойных образований придатков матки, аппендицита.*

*Однако самой частой причиной акушерского перитонита является эндометрит после кесарева сечения.*

# Акушерский перитонит

Самая высокая степень риска  
развития перитонита после кесарева  
сечения:

- при обострении хронических инфекционных заболеваний
- при продолжительности родов более 12 часов
- при длительности безводного промежутка более 6 часов

# Акушерский перитонит

## Стадии течения:

Первая стадия - начальная или реактивная (первые 24 ч). Компенсаторные механизмы сохранены.

Характерно образование экссудата и максимальная выраженность “местных” симптомов:

- ▣ боль в животе,
- ▣ защитное напряжение мышц живота,
- ▣ диспептические расстройства (рвота, диарея),
- ▣ умеренный парез кишечника, перистальтика вялая.

Возможно двигательное возбуждение (больные несколько эйфоричны, возбуждены).

Тахикардия несколько опережает температурную реакцию тела.

В крови умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево.

# Акушерский перитонит

## Стадии течения:

### Вторая стадия - 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.*

*Болевой синдром и защитное напряжение мышц живота уменьшаются на фоне резкого угнетения перистальтики кишечника, нарастает метеоризм. Живот вздут.*

*Больная вялая, изменяется цвет кожных покровов, появляется тошнота, рвота.*

*Нарастает лейкоцитоз с токсической зернистостью нейтрофилов.*

*Характерен синдром полиорганной недостаточности.*

# Акушерский перитонит

## Стадии течения:

### Третья стадия - терминальная (свыше 72 ч)

*декомпенсация синдромных нарушений, возникающих в токсической фазе перитонита.*

*Наблюдается полное отсутствие перистальтики кишечника (парез), выраженный метеоризм, разлитая болезненность по всему животу.*

*Формируется гиповолемический и септический шок с полиорганной недостаточностью.*

*Больная заторможена, пульс аритмичный, появляется одышка, снижается АД.*

# **Акушерский перитонит**

*Варианты клинического течения (в зависимости от пути инфицирования):*

## ***I. Перитонит на фоне хориоамнионита (30%):***

- возникает вследствие инфицирования брюшины во время операции, которая выполняется на фоне хориоамнионита.*
- источник инфекции – содержимое матки, попавшее в брюшную полость во время вскрытия ее полости.*

## ***II. Перитонит, обусловленный нарушением барьерной функции кишечника (15%):***

- проникновение инфекции через измененную стенку кишечника в брюшную полость в результате длительного пареза при послеоперационном эндометрите*

# Акушерский перитонит

Варианты клинического течения (в зависимости от пути инфицирования):

**III. Перитонит вследствие неполноценности швов на матке (55%):**

- возникает вследствие неполноценности швов на матке с последующим их расхождением (вторичный перитонит)

# Акушерский перитонит

## I. Перитонит на фоне хориоамнионита (30%): клиника напоминает эндометрит с парезом кишечника

- начало на 1-2-е сутки после операции
- высокая температура тела, выраженная тахикардия
- перистальтика кишечника первые 2 дня определяется, после стимуляции даже бывает стул.
- но далее: стойкий парез кишечника, перистальтика не определяется, стимуляция кишечника неэффективна
- появляется рвота застойным содержимым
- защитное напряжение мышц живота отсутствует
- симптом Щеткина-Блюмберга и боли в животе не выражены
- жажда, язык сухой
- гипотония, дыхательная недостаточность

# Акушерский перитонит

## II. Перитонит на фоне паралитической непроходимости кишечника и попадания инфекции в брюшную полость через кишечную стенку (15%):

- развивается к 3-4 дню после операции
- клиника тяжелого эндометрита
- ведущий симптом - парез кишечника, переходящий в паралитическую непроходимость.

**Если в течение 24-48 часов не удастся ликвидировать парез кишечника, восстановить гемодинамику и микроциркуляцию в стенке кишечника, то нарушается его барьерная функция и начинается проникновение микроорганизмов в брюшную полость.**

- с этого времени состояние больной резко ухудшается: высокая температура тела, выраженная тахикардия, общее угнетение или эйфория
- появляется рвота застойным содержимым
- защитное напряжение мышц живота отсутствует
- симптом Щеткина-Блюмберга и боли в животе не выражены
- в брюшной полости определяется экссудат

# Акушерский перитонит

## III. Перитонит вследствие неполноценности швов на матке (55%):

- характеризуется относительно поздним началом  
– на **4-9** сутки

- развивается постепенно:

**болезненность матки**

**симптом Щеткина-Блюмберга, невыраженное  
напряжение мышц**

**парез кишечника**

**появление экссудата в брюшной полости**

**нарастание интоксикации, ухудшение  
состояния больной**

# Акушерский перитонит

## Диагностика

**1. Клиническая картина** – оценка эффективности проводимой терапии, «возвратность симптомов»

**2. Лабораторная диагностика:**

- клинический анализ крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, анемия, лейкопения – плохой признак!).

- биохимический анализ крови (гипо- и диспротеинемия, гипокалиемия, метаболический ацидоз или алкалоз)

- коагулограмма – коагулопатия потребления, тромбоцитопатия

- общий анализ мочи (снижение относительной плотности мочи, белок, гиалиновые и зернистые цилиндры)

# Акушерский перитонит

## Диагностика

### 3. Эхография -

- свободная жидкость в маточно-прямокишечном пространстве, латеральных каналах брюшной полости, между петлями кишечника, под печенью и диафрагмой
- скопление газа и жидкости в перерастянутых петлях кишечника
- ослабление или отсутствие перистальтики кишечника.

### 4. Рентгенологическое исследование: паралитическая кишечная непроходимость

- перерастяжение стенок кишечника
- горизонтальные уровни жидкости и чаши Клойбера

### 5. Лапароскопия- при необходимости дифференциальной диагностики между эндометритом и перитонитом

# Акушерский перитонит

## Лечение

### I клинический вариант (на фоне хориоамнионита):

- единственный вариант, когда возможна только интенсивная консервативная терапия (при ее эффективности)
- консервативная терапия проводится не более суток
- далее – решается вопрос о хирургическом лечении.

### II клинический вариант (вследствие пареза кишечника):

- промедление с операцией недопустимо

### III клинический вариант (вследствие неполноценности швов на матке):

- показана активная хирургическая тактика

# Акушерский перитонит

## Оперативное лечение

**Цель:** удаление источника инфекции – инфицированной матки и дренирование брюшной полости

### **Особенности операции:**

- аспирация патологического выпота из брюшной полости
- ревизия органов брюшной полости
- трансназальная интубация тонкого кишечника зондом (для предотвращения кишечной непроходимости)
- санация брюшной полости растворами антисептиков
- зашивание передней брюшной стенки отдельными швами (профилактика послеоперационной эвентрации и грыж)
- дренирование брюшной полости (2 дренажа трансвагинально, 2-3 дренажа через контрапертуры в мезогастральных и эпигастральных областях)

# Лечение послеродовых ГСЗ

## 1. Антибактериальная терапия:

- 2-3 препарата одновременно
- введение препаратов – парентеральное (лучше в/в)
- максимальные суточные и разовые дозы
- продолжительность терапии не менее 7-10 дней
- желательно с учетом чувствительности микрофлоры, **до получения результатов микробиологического исследования – антибиотики широкого спектра действия**
- оценка эффективности антибактериальной терапии – через 1-2 суток: при неэффективности смена антибиотика

# Лечение послеродовых ГСЗ

## Антибактериальная терапия:

*Цефалоспорины (кефзол, фортум, цефамезин, цефотаксим)*

*Нитроимидазолы (трихопол, тинидазол, метрогил)*

*Аминогликозиды (гентамицин)*

*Пенициллины с ингибиторами бета-лактамаз*

*Линкомицин или клиндамицин*

*+ Профилактика кандидоза (нистатин, флуконазол, итраконазол и др.)*

*+ Коррекция биоценоза влагалища и кишечника (пробиотики и эубиотики – бифидум- и лактобактерин, нормлофлорин, др.)*

*Иммуноглобулины (пентаглобин, интраглобин, октагам, др.)*

# Лечение послеродовых ГСЗ

## 2. Хирургическая обработка полости матки:

- . Гистероскопия, вакуум-аспирация содержимого матки, промывание ее полости охлажденными растворами антисептиков*
- . При задержке в матке частей последа - выскабливание полости матки или вакуум-аспирация (под контролем гистероскопии)*

# Лечение послеродовых ГСЗ

## 3. Инфузионная и дезинтоксикационная терапия:

- кристаллоиды и корректоры электролитного обмена (5 и 10 % растворы глюкозы, физ. раствор, лактосоль, дисоль, ацесоль и др.)*
- плазмозамещающие коллоиды (гемодез, реополиглюкин, желатиноль, растворы ГЭК 6 % и 10 %)*
- белковые препараты (свежесзамороженная плазма, 5-10-20 % альбумин)*
- препараты, улучшающие реологические свойства крови (антикоагулянты, антиагреганты, реоплиглюкни с тренталом)*

# Лечение послеродовых ГСЗ

## 3. Инфузионная и дезинтоксикационная терапия:

- *Объем – от 1500 до 2500 мл в сутки*
- *Длительность 3-5 дней*
- *Соотношение коллоидов:кристаллоидов - 1:2 – 1:3*
- *При повышении температуры на 1°C - объем инфузионной терапии увеличивается на 10 %*
- *при тяжелом состоянии- управляемая гемодилюция с форсированным диурезом: 20 мг лазикса в сочетании со спазмолитиками после каждого литра введенной жидкости с почасовым учетом диуреза*

# Лечение послеродовых ГСЗ

## 4. Лечение и профилактика пареза кишечника:

- *устранение гипокалиемии и других электролитных нарушений (введение 6-12 г калия в сутки)*
- *назогастральное зондирование*
- *стимуляция моторной функции кишечника (прозерин, убретид и др.)*

# Лечение послеродовых ГСЗ

**5. Экстракорпоральные методы детоксикации – гемосорбция, гемодиализ, плазмаферез, перитонеальный диализ**

## Плазмаферез:

- ▣ *удаление патологических компонентов плазмы, криоглобулинов, микробов и их токсинов, продуктов метаболизма и др.*
- ▣ *положительное влияние на систему гемостаза, реологические свойства крови, состояние иммунной системы*

# Лечение послеродовых ГСЗ

**6. Десенсибилизирующая и антигистаминная терапия:** *димедрол, супрастин, тавегил и др.*

**7. Утеротонические средства:**

окситоцин 1,0 мл (5 ЕД) в/м 2-3 раза в день или  
в/в капельно с 5-10 % раствором глюкозы 200,0 мл или с  
физ. раствором

# Лечение послеродовых ГСЗ

## 8. Иммунокорректирующие препараты:

*тималин, лавомакс, циклоферон, ректальные свечи «Виферон», «Генферон» и др.*

## 9. Витаминотерапия.

**10. Препараты, ускоряющие репаративные процессы:** *актовегин 5-10 мл в/в капельно.*

**11. Физиотерапия** (*низкоинтенсивный лазер, иглорефлексотерапия, импульсные токи низкой частоты, постоянное магнитное поле низкой частоты, терапия интерференционными токами по Немеку и др.*)

# Сепсис

это неспецифическое инфекционное заболевание, характеризующееся системным ответом на воспаление, возникающим в условиях постоянного или периодического поступления из очага инфекции в циркулирующую кровь микроорганизмов и их токсинов, и приводящим к развитию полиорганной недостаточности вследствие неспособности иммунных сил организма к локализации инфекции.

# Сепсис. Патогенез

Сепсис – всегда вторичный процесс.

## Первичный очаг:

- в 30% - эндометрит
- в 30% - мастит
- в 30% - акушерский перитонит

Основной механизм патогенеза послеродовых гнойно–воспалительных заболеваний - синдром системного воспалительного ответа:

первый этап - послеродовый эндометрит  
последний – септический шок.

# Сепсис. Патогенез

**ЭНДОТОКСИН** (липополисахарид клеток грамотрицательных бактерий)

воздействие на рецепторы макрофагов, их активация

**выброс цитокинов иммунокомпетентными клетками**

**TNF  
α**

**ИЛ-  
1**

**ИЛ-  
2**

**ИЛ-  
6**

**ИЛ-  
8**

**ИЛ-1  
5**

**γ-ИФН**

**повреждение эндотелия сосудов  
синдром системной воспалительной  
реакции**

# Сепсис. Патогенез

поверхностные АГ грамположительных микроорганизмов

(пептидогликан, тейхоевые кислоты)

воздействие на рецепторы макрофагов, их активация

выброс цитокинов иммунокомпетентными клетками

TNF  
 $\alpha$

ИЛ-1

ИЛ-2

ИЛ-6

ИЛ-8

ИЛ-15

$\gamma$ -ИФН

повреждение эндотелия сосудов  
синдром системной воспалительной реакции

# Сепсис

## Классификация:

1. **Молниеносный** – развивается в течение 1-3 суток после инфицирования
2. **Острый** – развивается от 4 суток до 2 месяцев от момента инфицирования
3. **Подострый** – от 2 до 6 месяцев после возникновения инфекционного очага
4. **Хронический** – свыше 6 месяцев

# Сепсис

## По клиническому течению:

*1. Септицемия – сепсис без метастазов*

*2. Септикопиемия – сепсис с метастазами*

# Сепсис

## Клинические признаки ССВО:

- температура тела более  $38^{\circ}\text{C}$  или менее  $36^{\circ}\text{C}$
- частота сердечных сокращений более 90 уд/мин
- частота дыхания более 20 в мин
- $\text{PCO}_2$  менее 32 мм рт.ст.
- количество лейкоцитов крови более  $12 \times 10^9/\text{л}$  или менее  $4 \times 10^9/\text{л}$ , доля палочкоядерных, юных форм превышает 10%

# Септицемия

- раннее начало – 2-3 сутки
- температура тела до 40°C и более, озноб
- симптомы интоксикации – общая слабость, головная боль, головокружение, повышенная возбудимость или сопорозное состояние
- язык сухой, обложен белым налетом
- кожа бледная, сероватого оттенка, покрыта холодным потом (*facies hippocratica* – в предагональной стадии)
- петехиальная сыпь на коже и слизистых
- выраженная тахикардия (120 уд/мин и более)
- острая дыхательная недостаточность
- высокий лейкоцитоз и СОЭ, нейтрофильный сдвиг формулы влево, анемия, токсическая зернистость нейтрофилов, лимфопения, тромбоцитопения

# Септикопиемия

*в 95% - гнойное поражение легких, в 60% - почек, в 20% - сердца и головного мозга*

## *Клиническая картина:*

*проявления общей интоксикации, характерной для сепсиса,*

*+*

*локальные симптомы поражения.*

# Сепсис

## Лечение:

- комплексное медикаментозное лечение
- воздействие на очаг инфекции – чаще экстирпация матки с маточными трубами, санация и дренирование брюшной полости