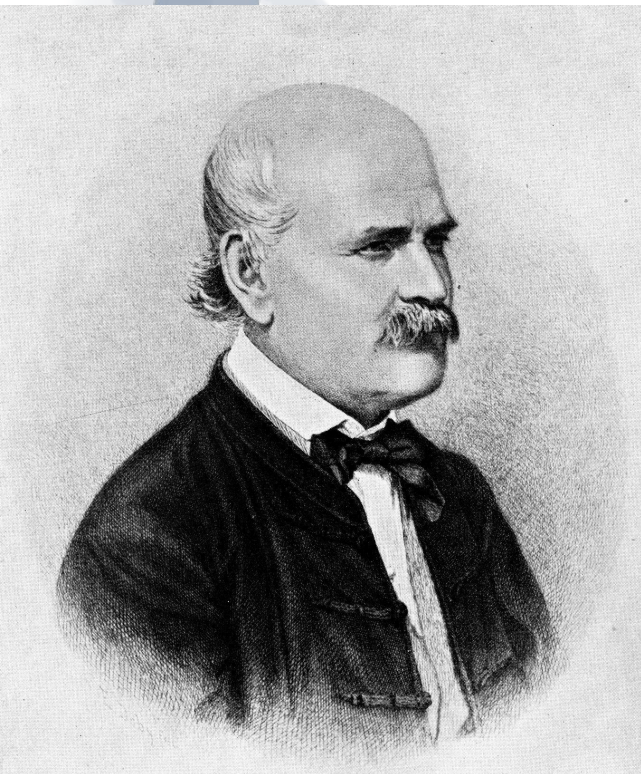


Післяпологові септичні ускладнення



Підготувала:
студентка 27 групи, 6 курсу
Фордзюн (Войтко) Марина
Захаріївна

Післяпологовий період — завершальна стадія гестаційного процесу, що характеризується зворотним розвитком змін, пов'язаних з вагітністю і пологами, становленням і розвитком лактаційної функції грудних залоз, відновленням діяльності гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи. Післяпологові інфекційні захворювання посідають одне з провідних місць серед причин материнської захворюваності і смертності. Своєчасна діагностика та науково обґрунтоване лікування належать до найважливіших проблем акушерства. Післяпологові септичні захворювання часто ускладнюють перебіг післяпологового періоду, виникають у 2—10 % породіль. Близько 80 % летальних наслідків поширених форм післяпологової інфекції зумовлені несвоєчасною діагностикою, пізнім хірургічним втручанням, неповним обсягом інтенсивної терапії.



**Ігнац Філіп
Земмельвайс**

нем. *Ignaz Philipp Semmelweis*

огові
и лікар-
ах інфекційних
ь («гігієнової»
пика, зрештою
ельвейс помітив
і серед породиль
із

ти.
ийсь
ся з с
оговий
поновано
на, завдяки
гову

оха,
ди.
Так
у при
ворювань.



Післяпологові інфекційні захворювання

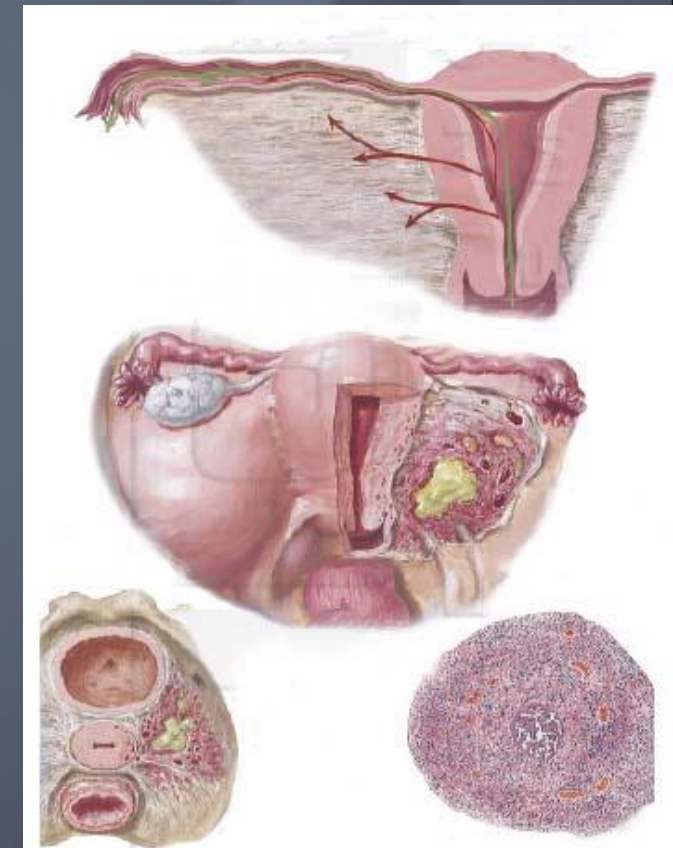
безпосередньо пов'язані з вагітністю і пологами, розвиваються в період від 2-3 доби після пологів до кінця 6-го тижня й обумовлені інфекцією (переважно бактеріальною).

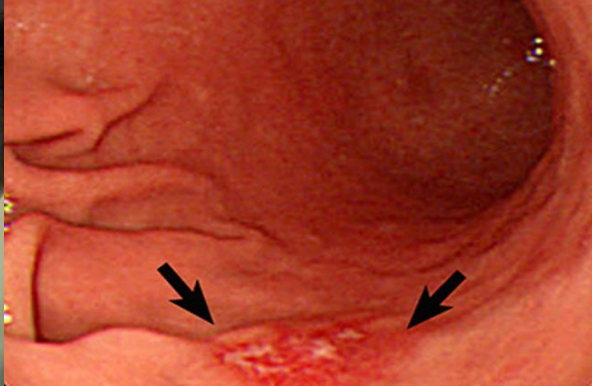
Післяпологові інфекційні захворювання –

це динамічний процес, що виникає і розвивається внаслідок взаємодії макро- та мікроорганізму під час потрапляння останнього в післяпологові шляхи породіллі.

Шляхи поширення

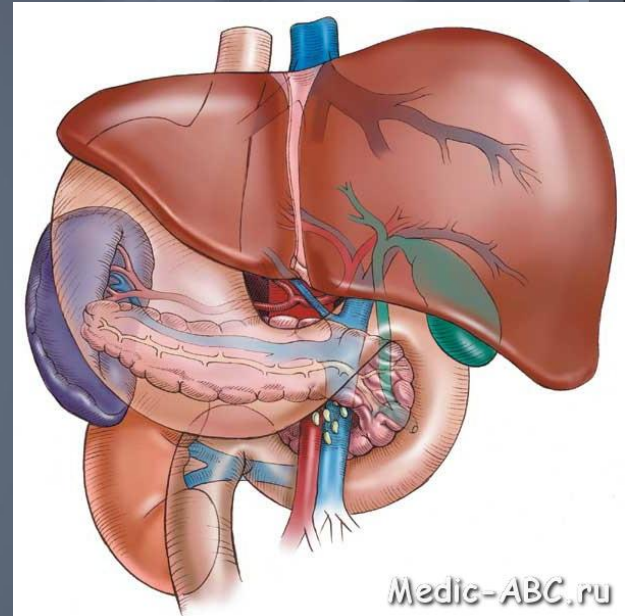
- 1) **Гематогенний шлях** - із септичного осередка інфекція поширюється найчастіше по кровоносних судинах;
- 2) **Лімфатичним шляхом** (лімфогенно);
- 3) **Інтраканікулярним шляхом** - по каналу шийки матки і трубах ;
- 4) **Периневральний**- рідко;
- 5) **Комбінований шлях**, наприклад гематогенно-



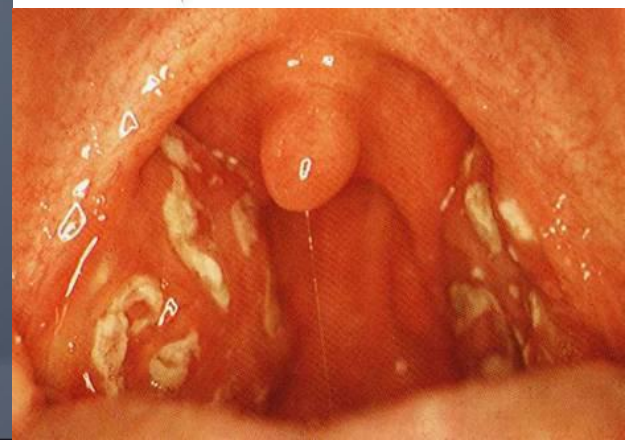


в організм породіллі **екзогенно** (з рук самої породіллі, медичного персоналу, через білизну, предмети догляду, перев'язувальний матеріал).

Однак можливий і розвиток **ендогенної** інфекції, коли мікроби потрапляють на ранову поверхню з несанованих вогнищ хронічного запалення в організмі самої жінки (хронічний гастрит, каріозні зуби, захворювання жовчовидільної



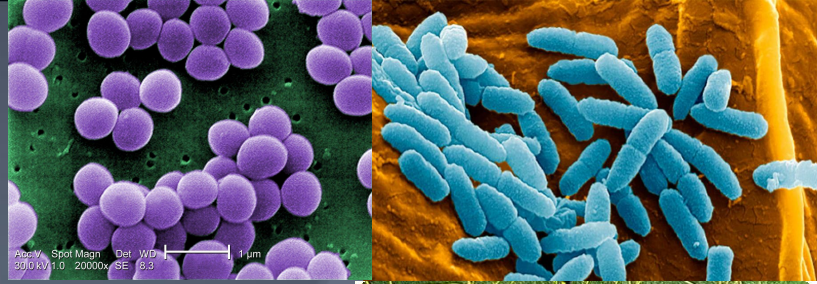
Medic-ABC.ru



**Ускладнення післяпологового періоду
інфекційного генезу поділяють на три групи
захворювань:**

- **власне післяпологові септичні захворювання, що виникли внаслідок попадання інфекції на пологові рани;**
- **інтеркурентні захворювання інфекційного характеру (грип, ГРЗ, ангіна тощо);**
- **екстрагенітальні післяпологові інфекції, при яких геніталії можуть і не ушкоджуватися (мастит, цистит, пієлонефрит).**

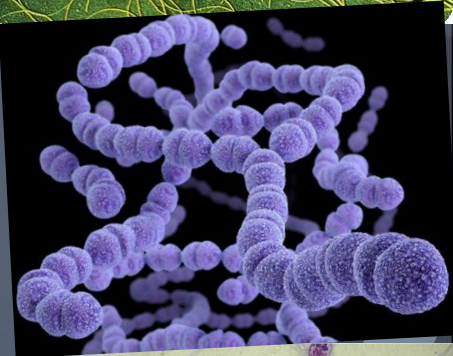
Етіологія



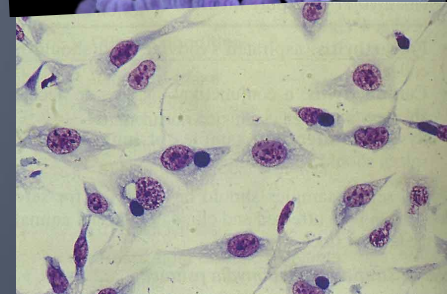
Найчастіше це - стафілококи, стрептококи, колібактерії, ентерококи, грамнегативна анаеробна мікрофлора тощо у вигляді моноінфекції або в складі мікробних асоціацій.



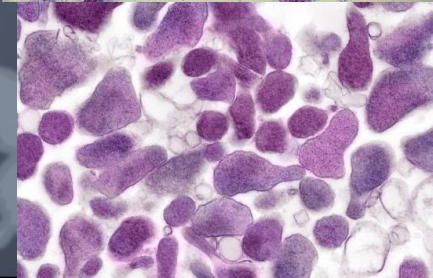
Зростає частка умовно-патогенних мікроорганізмів, що вегетують в організмі здорових людей, не спричинюючи інфекційних ускладнень, а за певних умов набувають патогенних властивостей.



Зростає етіологічна роль хламідій, генітальних мікоплазм, дріжджеподібних грибів.



Велику частку в етіології післяпологових захворювань займають госпітальні штами, у першу чергу **Staphylococcus aureus**.



Воротами інфекції є внутрішня поверхня матки, яка після відокремлення плаценти являє собою ранову поверхню значного розміру, а також розриви, тріщини м'яких пологових шляхів, особливо ті, що погано загоюються після пологів. Залишки некротизованих тканин, тромботичні утворення, інфільтрація пошкоджених тканин- безумовно створюють сприятливий субстрат для розмноження в рані мікроорганізмів, а значна васкуляризація та лімфовідтік геніталій у післяпологовий період створюють умови для швидкого поширення інфекції.

Таким чином, ПСЗ набувають постадійного перебігу: від первинного вогнища інфекції до її генералізації.

Саме такий погляд на прогресування післяпологових захворювань лежить в основі їхньої класифікації, що запропонована С. В. Сазоновим та А. В. Бартельсом у 1973 р. і до цього часу використовується в акушерстві. За цією класифікацією різні форми післяпологової інфекції розглядаються як окремі етапи єдиного динамічного процесу.

Етапи розвитку септичного процесу

I етап – клінічна картина захворювання визначається місцевими проявами інфекційного процесу в ділянці пологової травми:

- післяпологова виразка; післяпологовий ендометрит.

II етап – інфекція поширюється за межі пологової рани, однак залишається локалізованою:

- метрит; параметрії;
- обмежений тромбофлебіт (метротромбофлебіт, тромбофлебіт тазових вен);
- сальпінгоофорит; пельвіоперитоніт.

III етап – за тяжкістю перебігу інфекція близька до генералізованої:

- поширений перитоніт;
- септичний шок;
- прогресуючий тромбофлебіт.

Захворювання I етапу

Післяпологова виразка

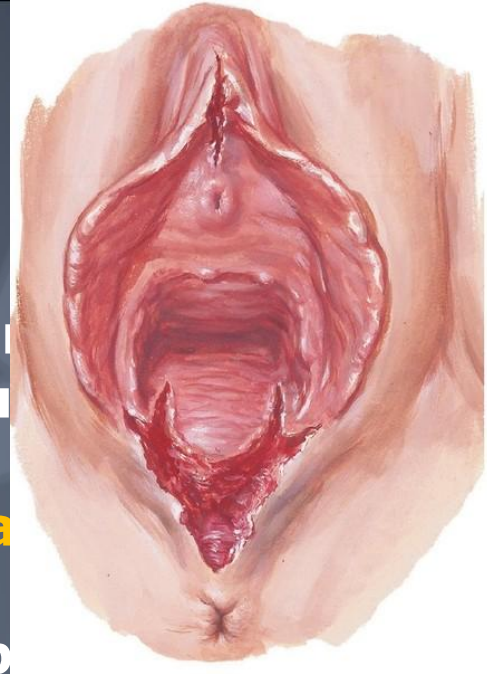
Це рани (тріщини чи розриви) на промежінні, вульві, піхві чи шийці матки, що утворилися під час пологів і були інфіковані.

Початок захворювання звичайно припадає на 3-тю-4-ту добу післяпологового періоду.

Ранова поверхня вкривається бруднувато-сірою або сіро-жовтим нальотом, який важко відокремлюється від розташованих нижче тканин. Рана легко кровоточить, прилеглі тканини набряклі і гіперемовані, різко болючі.

Загальний стан хворої задовільний. Іноді впродовж 4-5 діб спостерігається висока температура тіла (до 39 °C і більше), яка потім повертається до субфебрильних цифр.

Лікування. Необхідно зняти шви, рану очистити перекисом водню, накласти пов'язку із гіпертонічним розчином хлориду натрію у поєднанні з антибіотиками. При очищенні рани накладають мазьові пов'язки (солкосерил, мазь Вишневського). Можна застосовувати опромінення гелій-неоновими лазерами.



Захворювання I етапу

Післяпологовий ендометрит

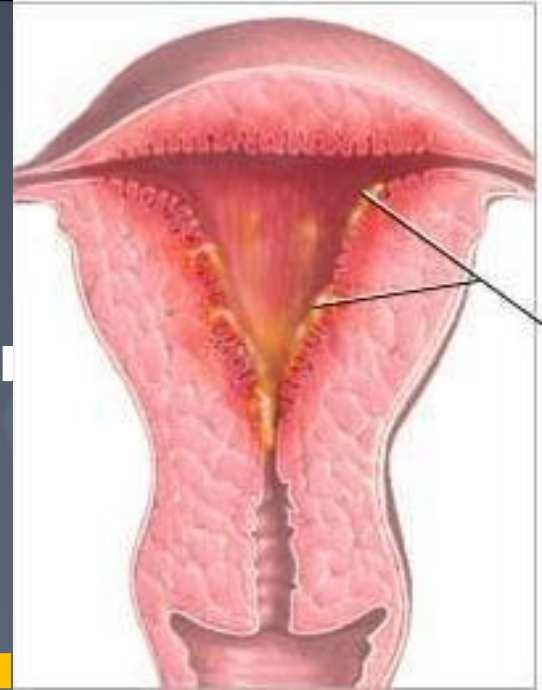


- Клініка післяпологового запалення внутрішньої поверхні матки залежить від форми перебігу (легка, середня, тяжка).
- Перші ознаки з'являються на 5-12-ту добу після пологів, а в тяжких випадках – на 2-гу– 3-тю добу. Підвищується температура тіла до 38—38,5 °С і вище, погіршується загальний стан, прискорюється пульс, з'являється гарячка. Матка дещо збільшена, болюча, лохії довго залишаються кров'янистими, можуть стати гнійними. Іноді вони затримуються в матці, спричинюючи розвиток лохіометри, яка може перейти в піометру.
- У загальному аналізі крові наявний лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, збільшена ШОЕ, може бути анемія.

- **Лікування ендометриту** має бути комплексним і включати антибактеріальну, детоксикаційну, десенсибілізуючу та імуностимулювальну терапію. З метою антибактеріальної терапії найчастіше використовують напівсинтетичні пеніциліни (оксацилін, ампіцилін, метицилін), цефтріаксон, цефатоксим, цефазолін.
- Детоксикаційну терапію проводять шляхом введення 0,9% розчину хлориду натрію, 5% розчину глюкози, інших сольових розчинів, гемодезу. Можна застосовувати декаріс (імуностимулятор) по 150 мг 1 раз на 3 дні протягом 10 днів. Із протизапальних препаратів призначають аспірин, анальгін, парацетамол.
- Хороший ефект дає аспіраційнопромивне дренування порожнини матки антисептичними розчинами у поєднанні з антибіотиками та внутрішньоматкове опромінення лазером. При необхідності проводять вишкрібання порожнини матки.



Захворювання II етапу Післяпологовий метроендометрит.



Це більш глибоке ураження матки яке виходить за межі ендометрія внаслідок поширення інфекції по лімфатичних щілинах та судинах у міометрій. **Розпочинається він одночасно з ендометритом або через 7 днів після пологів.**

Загальний стан породіллі значно погіршується, підвищується температура тіла до 40 °С, з'являється озноб та ознаки інтоксикації (головний біль, слабкість). Пульс прискорений. Матка погано скорочується, під час пальпації болюча, особливо по ребрах. Лохій мало, вони темно-червоні, з домішками гною, з неприємним запахом.

Принципи лікування ті ж самі, що й при ендометриті

Захворювання II етапу

Післяпологовий параметрит



- **Захворювання виникає внаслідок поширення запального процесу на навколоматкову клітковину і розпочинається, як правило, на 7-му– 10-ту добу післяпологового періоду.**
- **Першими його ознаками є підвищення температури тіла до 39-40 °С, озноб, тахікардія. В аналізі крові помітний лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, збільшується ШОЕ. Хвору турбує помірний тягнучий біль унизу живота.**
- **Під час піхвового дослідження на початку захворювання спостерігається пастозність і болючість матки. Потім з'являється інфільтрат щільної консистенції, помірно болючий, нерухомий, що розміщується між боковою або задньою поверхнею матки і стінкою таза.**

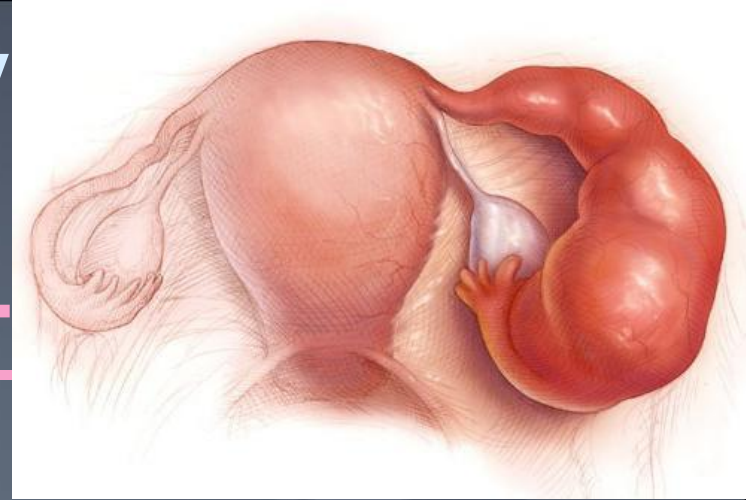


Лікування. Застосовують антибіотики широкого спектра дії. Призначають холод на низ живота. Проводять активну детоксикаційну терапію (ізотонічні розчини хлориду натрію, глюкози, неогемодез, поліглюкін, білкові розчини), десенсибілізуючу — димедрол, супрастин, піпільфен. Із протизапальних препаратів використовують аспірин, фенацетин, парацетамол, анальгін, вольтарен. При нагноєнні інфільтрату проводять пункцію з дрениванням порожнини абсцесу.

Захворювання II етапу

Післяпологовий

сальпінгоофорит



Запальний процес спочатку поширюється на маткові труби, а згодом переходить на яєчники з утворенням єдиного конгломерату. **Захворювання розвивається на 9-10-ту добу після пологів**, супроводжується погіршенням загального стану, підвищенням температури, гарячкою, тахікардією, сильним болем у животі, нудотою, метеоризмом, перитонеальними симптомами. Під час бімануального обстеження придатки матки пастозні і різко болючі. У разі гіперергічного перебігу можливе нагноєння (піосальпінкс, піоварум) із загрозою розвитку гнійного перитоніту.

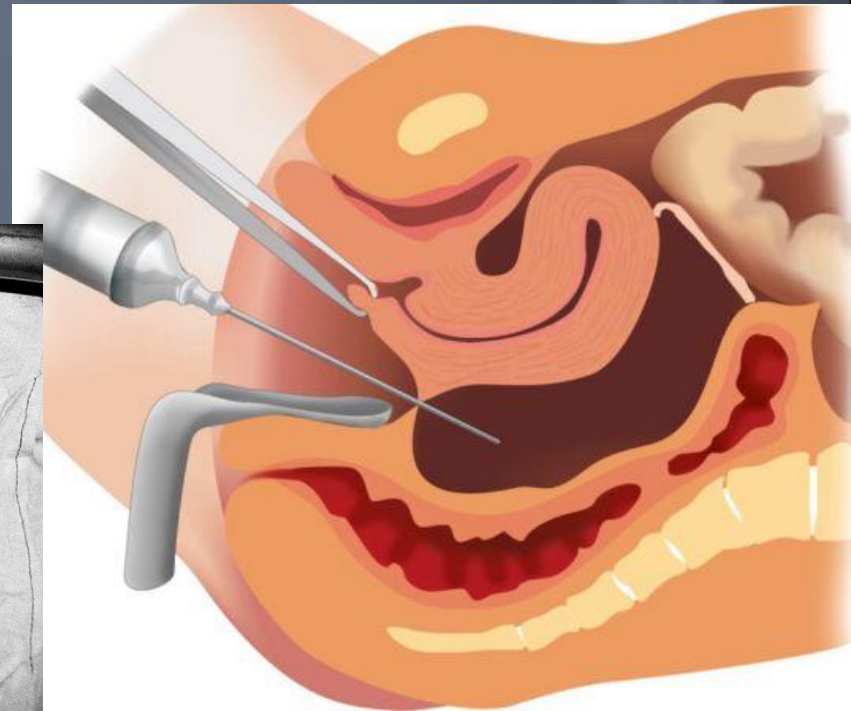
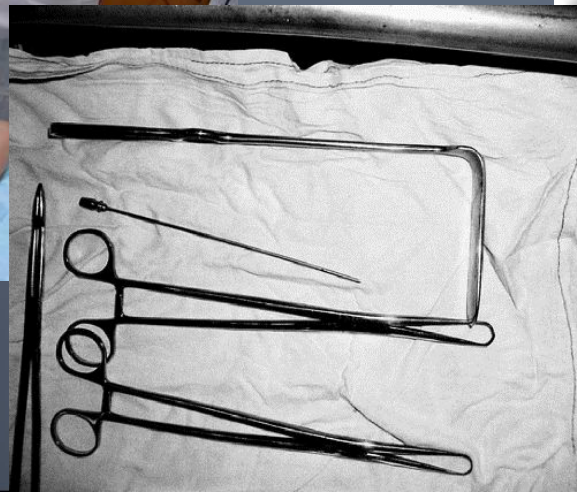
Принципи лікування. Як і при ендометриті, проводиться комплексна антибактеріальна, детоксикаційна, десенсибілізуювальна терапія. При піосальпінксах проводять пункції з метою евакуації гною, при туберкульозних обсягах показують

Захворювання II етапу

Післяпологовий пельвіоперитоніт

Це обмежене запалення очеревини малого таза внаслідок поширення інфекції із сусідніх органів (матки, придатків). Виникнення пельвіоперитоніту припадає **на різні терміни післяпологового періоду**. Розпочинається він бурхливо, з надзвичайно швидкого підвищення температури, значної тахікардії, нудоти, блювання. Різко виражений біль у нижніх відділах живота, позитивним є симптом Щоткіна-Блумберга. Приєднується відчуття сухості в роті, метеоризм, можливі дизурійні розлади. Живіт стає напруженим, твердим. Під час вагінального дослідження іноді вдається встановити випинання заднього склепіння внаслідок накопичення ексудативного випоту в позаматковому просторі. Однак це не постійна ознака пельвіоперитоніту. Пальпація матки різко болюча, іноді через це не вдається встановити її чіткі контури. Перебіг захворювання може бути різноманітним. Найчастіше в результаті адекватного лікування температура тіла знижується, а випіт розсмоктується. Іноді процес прогресує, виникає нагноєння з високою ймовірністю прориву гнійного вогнища в пряму кишку, є тенезми, часті рідкі випорожнення з домішками слизу. У разі загрози прориву в сечовий міхур з'являються імперативні позиви до

Лікування. При лікуванні пельвіоперитоніту дотримуються тих самих принципів, що й при попередніх захворюваннях. Крім того, проводять пункції заднього склепіння для евакуації гною з наступним введенням антибіотиків, до яких чутливі мікроорганізми.



Захворювання II етапу

Післяпологовий тромбофлебіт

Передумови: застійні явища в обширній судинній сітці після спорожнення матки, і уповільнення кровотоку у венах ніг у перші дні післяпологового періоду, коли жінка лежить, і фізіологічна гіперкоагуляція, притаманна всім породіллям навіть у фізіологічних умовах.

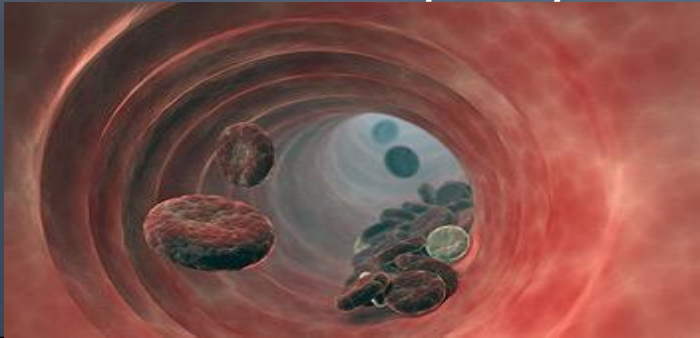
Розрізняють тромбофлебіт поверхневих і глибоких вен. Тромбофлебіт глибоких вен, у свою чергу, ділиться на метротромбофлебіт, тромбофлебіт глибоких вен ніг.



□ **Метротромбофлебіт** є ускладненням метроендометриту. Відмежований тромбофлебіт розпізнати важко. Загальний стан хворих звичайно задовільний. Температура тіла тримається у межах $37-38,5^{\circ}$, пульс прискорений і не відповідає температурі. Іноді буває одноразовий озноб. В аналізі крові — незначний лейкоцитоз, помірний зсув формули вліво, порівняно незначне збільшення ШОЕ. Привертають увагу субінволюція матки, довготривалі і значні кров'янисті виділення з матки.

□ При бімануальному дослідженні поверхня матки пальпується іноді у вигляді «фасетки». Якщо процес поширюється на вени таза, то пальпують збільшену матку і болючі звивисті тяжі — запалені вени.

Метротромбофлебіт розвивається у перші 6–13 днів післяпологового періоду.



□ **Тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок** розвивається на 2–3-му тижні після пологів. З'являються сильний біль у нижніх кінцівках, озноб, підвищується температура тіла. Через 1–2 дні з'являється набряк кінцівки, її похолодання.

□ При тромбофлебіті стегнової вени першим симптомом є згладжування пахової складки, болючість у ділянці скарпівського трикутника, у глибині його пальпуються потовщені судини.



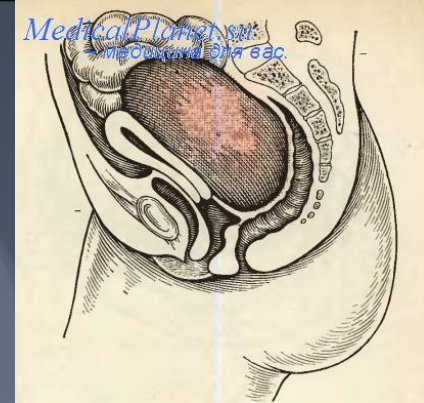
□ Лікування післяпологового тромбофлебіту.

Проводять лікування антикоагулянтами прямої дії (гепарин). У перші 8 днів гепарин вводять через 4 або 6 годин (залежно від тяжкості захворювання) по 5000–7500 ОД, на 9-ий і наступні дні дозу гепарину зменшують удвічі, порівняно з попереднім днем. Тривалість лікування — 3 тижні й більше. Крім антикоагулянтів при тромбофлебіті використовують антибіотики, десенсибілізуючі, спазмолітики. За наявності нормальної температури, при ШОЕ не вище 30 мм/год, відсутності «повзання мурах» хворій дозволяють підводитись. Після перенесеного тромбофлебіту слід обов'язково бинтувати ноги еластичним бинтом або носити еластичні панчохи.



Захворювання III етапу

Післяпологовий перитоніт



- Частіше перитоніт виникає при переході інфекції на очеревину при нагноєнні швів на матці чи розривах гнійників маткових труб і яєчників. Перитоніт супроводжується підвищенням температури до 39–40°C. Ознобу не буває.
- Пульс частий, слабкого наповнення, АТ знижується. Дихання прискорене, поверхневе. Спостерігається сухість язика, він обкладений нашаруваннями. Нерідко бувають нудота, блювання. Напруження м'язів черевної порожнини виражене нечітко, симптом Щоткіна-Блумберга нерідко слабо позитивний, перистальтика кишечника сповільнена, гази не відходять, випорожнення затримуються. У крові виявляють лейкоцитоз із зміщенням формули вліво, збільшена ШОЕ.



Розрізняють три варіанти інфікування черевної порожнини у хворих, що перенесли кесарів розтин.

Перший варіант – перитоніт виникає внаслідок інфікування очеревини під час кесаревого розтину на фоні тривалого безводного періоду. Джерелом інфекції є вміст матки, який потрапляє в черевну порожнину під час операції. При цьому клінічні ознаки перитоніту виявляються на 1-шу– 2-гу добу після операції. Герметичність швів на матці зберігається, якщо процес не дуже тривалий.

Другий варіант – джерелом інфікування черевної порожнини після кесаревого розтину може бути підвищена, внаслідок парезу, проникність стінки кишок для токсинів і бактерій.

Третій (найчастіший) варіант перитоніту зумовлений інфікуванням черевної порожнини

Клініка акушерського перитоніту

Форми акушерського перитоніту:

При першій переважають прояви інтоксикації:

психомоторне збудження, спрага, сухість слизової оболонки, тахікардія, слабкість.

Тяжкість стану хворої залежить від вірулентності інфекції і швидкості розвитку синдрому поліорганної недостатності в організмі, ослабленому пологами.

У клінічній картині другої форми акушерського перитоніту на початку захворювання домінують симптоми парезу кишок, а явища інтоксикації наростають згодом.

Третя форма характеризується найбільш чітко, порівняно з іншими формами, вираженою місцевою симптоматикою. На фоні парезу кишок спостерігаються симптом Щоткіна-Блюмберга,

Лікування

Передопераційна підготовка полягає в обов'язковій декомпресії шлунка з допомогою назо-гастрального зонда, інфузійній та антибактеріальній терапії протягом 2 год перед операцією.



Негайне оперативне втручання охоплює лапаротомію, екстирпацію матки з трубами, інтубацію кишківника, дренування черевної порожнини, перитонеальний діаліз.

У післяопераційному періоді проводять антибактеріальне, інфузійне, підтримуюче лікування, стимуляцію функції кишківника, гепаринотерапію. Протягом цього періоду тривалий час застосовують інтенсивну інфузійно-трансфузійну терапію, спрямовану на усунення гіповолемії та метаболічного ацидозу, корекцію реологічних властивостей крові, водно-електролітного і білкового балансу, дезінтоксикацію організму; застосовують серцеві глікозиди, сечогінні засоби, інгібітори фібринолізу, антикоагулянти, вітамінотерапію, оксигенацію. Антибіотики

Захворювання III етапу

Септичний шок

Це клінічний синдром, що виникає за умови системної запальної відповіді на інфекцію та проявляється порушенням здатності організму підтримувати гемодинаміку і гомеостаз у результаті неадекватної оксигенації тканин і циркуляторних розладів.

Діагноз септичного шоку встановлюється, якщо до вище перерахованих клініко-лабораторних ознак приєднуються:

- артеріальна гіпотензія (сistolічний тиск менше 90 мм рт. ст. або знижений більше ніж на 40 мм рт. ст. від вихідного рівня);
- тахікардія більше 100 уд/хв.; тахіпноє більше 25 за хвилину;
- порушення свідомості (менше 13 балів за шкалою Глазго);
- олігурія (діурез менше 30 мл/год);
- гіпоксемія (P_{aO_2} менше 75 мм рт. ст. при диханні атмосферним повітрям):

Лікування септичного шоку:

- Введення плазми та плазмозамінників (поліглюкін, реополіглюкін).
- За великої крововтрати проводять одночасне переливання крові.
- Введення спазмолітиків і антигістамінних препаратів. Стимулятори судинного тонуусу протипоказані.
- Внутрішньовенне введення кортикостероїдів (преднізолон 100–120 мг, гідрокортизон 1000–1500 мг/добу).
- Для попередження ДВЗ-синдрому — гепарин 5–10 тис. од. кожні 6 год, а далі — плазма, інгібітори протеаз — контрикал, трасилол, гордокс.
- Інгаляції кисню, а при необхідності — штучна вентиляція легень.
- Антибіотики III–IV поколінь.
- Використовують форсований діурез, гемосорбцію. При необхідності переводять на «штучну нирку».
- При відсутності ефекту від консервативної терапії протягом 6–8 год, наростанні явищ ниркової недостатності, ДВЗ-синдромі показана екстирпація матки.

Захворювання IV етапу Сепсис



це загальна (генералізована) форма післяпологової інфекції, що спричинена реакцією макроорганізму на вторгнення інфекційного агента.

Не можна вважати його лише наслідком прямої дії мікроба. Поняття сепсис – більш об'ємне і включає в себе порушення всіх життєво важливих функцій організму.

Безумовно, це вторинний стан, тобто завжди є первинне вогнище запалення, бо служить вхідними воротами для інфекції.

Сепсис перебігає у вигляді двох форм, що можуть розглядатися як фази одного процесу: сепсис без метастазів та сепсис із метастазами (септицемія,

Сепсис без метастазів (септицемія)

- Виникає у ослаблених породіль через 3–4 дні після пологів і перебігає бурхливо — висока температура з лихоманкою. Частіше викликається грамнегативною флорою (кишкова паличка, протей, іноді синьогнійна паличка), нерідко з анаеробною флорою.



Сепсис з метастазами (септикопіємія)

- Перебігає хвилеподібно. Періоди погіршення стану, пов'язані з метастазуванням інфекції і утворенням нових вогнищ, змінюються відносним покращенням.
- Септикопіємія виникає в результаті інфікування грампозитивною флорою, частіше золотистим стафілококом.
- **Діагностика.** Діагноз встановлюють з урахуванням наявності вогнища інфекції, високої температури з ознобом, виявлення збудника у крові. Блідість, сірість або жовтяничність шкірних покривів, іноді наявність петехій свідчать про сепсис.
- Проявами його також можуть бути тахікардія, лабільність пульсу, схильність до гіпотензії. З'являються ознаки порушення функції ЦНС, що проявляються ейфорією, пригніченістю, порушенням сну. Збільшуються печінка і селезінка.
- У крові різко знижується рівень гемоглобіну і число еритроцитів, високий лейкоцитоз із різким зсувом формули вліво, лімфопенія, анеозинофілія, поява токсичної зернистості у нейтрофілах.
- Порушення гомеостазу проявляється гіпо- і диспротеїнемією, гіпоглікемією, гіповолемією.

Лікування повинно йти за двома напрямками:



1. **ліквідація вогнища інфекції**

2. **комплексна терапія**, що включає:

- антибактеріальну (нітрофуранові похідні, метронідазол, метрагіл);
- імуностимулювальну та імунозамінну терапію (антистафілококова плазма, гамма-глобулін, лейкомаса, тималін, Тактивін);
- десенсибілізуючу терапію;
- протизапальну — інфузійну і детоксикаційну терапію;
- **Якщо терапія малоефективна, проводять екстирпацію матки з видаленням маткових труб.**
- При тривалій антибактеріальній терапії розвивається кандидоз. З метою його профілактики призначають орунгал по 100 мг 2 рази на день.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

