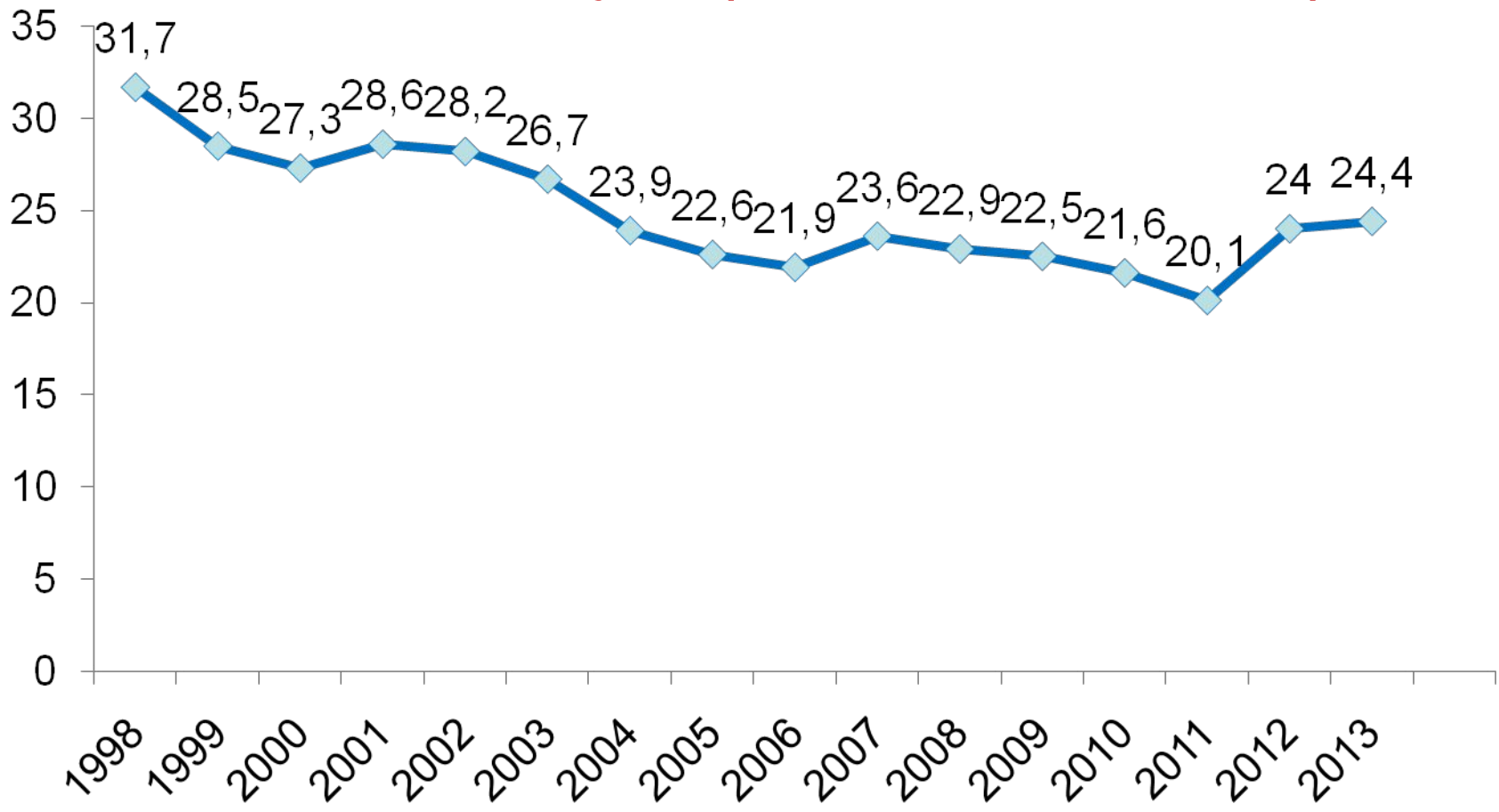


Инфекционно-воспалительная заболеваемость в акушерстве

Обоскалова Т.А

Кафедра акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО УГМУ
2015г.

Инфекционно-воспалительная заболеваемость после родов. Екатеринбург(на 1000 родов)



Риск инфекционного осложнения обусловлен:

- Хроническими инфекционными очагами в организме беременной
- Экстрагенитальной патологией
- Осложнениями беременности
- Длительная дородовая госпитализация
- Длительный безводный промежуток
- Затяжные роды
- Кровопотеря более 800,0мл
- Длительность операции КС более 1 часа
- Выполнение операции в экстренном порядке и расширение объема операции

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД классификация

- **Ранний** – 2 суток
- **Поздний** – 42 суток.

Анатомические и физиологические изменения в послеродовом периоде

Инволюция матки

- сразу после родов соответствует 20 нед. беременности;
- Дно пальпируется на 1-2 пальца ниже пупка;
- Отторжение децидуальной оболочки;
- Эпителизация внутренней поверхности матки (восстановление эндометрия заканчивается к 6 нед.);
- Связочный аппарат восстанавливается к 3 нед.

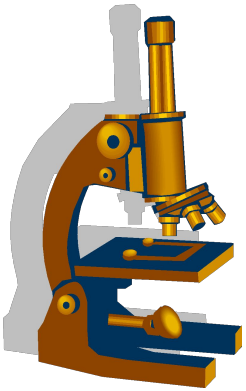
Анатомические и физиологические изменения в послеродовом периоде

- Сокращение циркулярных мышечных волокон – формирование внутреннего зева;
- Через 3 суток внутренний зев пропускает 1 исследующий палец;
- Формирование канала завершается к 10 дню – закрытие внутреннего зева;
- Смыкание наружного зева – через 3 нед., - щелевидная форма;

Анатомические и физиологические изменения в послеродовом периоде

- Послеродовые выделения (кровь, слизь, продукты распада мышечных клеток и децидуальная ткань;
- За 6 нед. – 500 – 1500мл;
- рН нейтральный или щелочной;
- Первые 2-3 дня – кровянистые, 3-4 сутки – кровянистосерозные;
- Прекращаются через 5-6 нед.

Инфекционные агенты, выделяемые при ИВЗ в послеродовом периоде ОАО ЦГБ № 7



- Грамм(+) -72,3%(1998-32%) (из них 44%-MRSA)
- Грамм(-)-27,7%
- Энтерококки-62,8% (1998-12,3%)
- Кишечная палочка- 21,5%
- Гемолитический и золотистый стафилококк- 12,1%
- Эпидермальный стафилококк- 6,2%
- *Strept. agalactiae*- 5,8%

**Высеваемость из полости матки и цервикального канала-
52-56%**

Повседневное наблюдение за родильницей

- Контроль за самочувствием, температурой, пульсом;
- Контроль за состоянием важнейших органов;
- Контроль за состоянием молочных желез;
- Контроль за состоянием органов малого таза, в особенности матки (высота состояния дна матки, болезненность)

Повседневное наблюдение за родильницей

- Контроль за состоянием наружных половых органов;
- Наблюдение за характером лохий;
- Контроль за функцией мочевого пузыря и кишечника;

- **Послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания** – болезни, наблюдаемые у женщин в послеродовом периоде (от момента выделения последа до конца 6-й недели), непосредственно связанные с беременностью и родами, и обусловленные инфекцией.
- Частота – 8 – 10 %, после операции кесарево сечение – до 20 %.

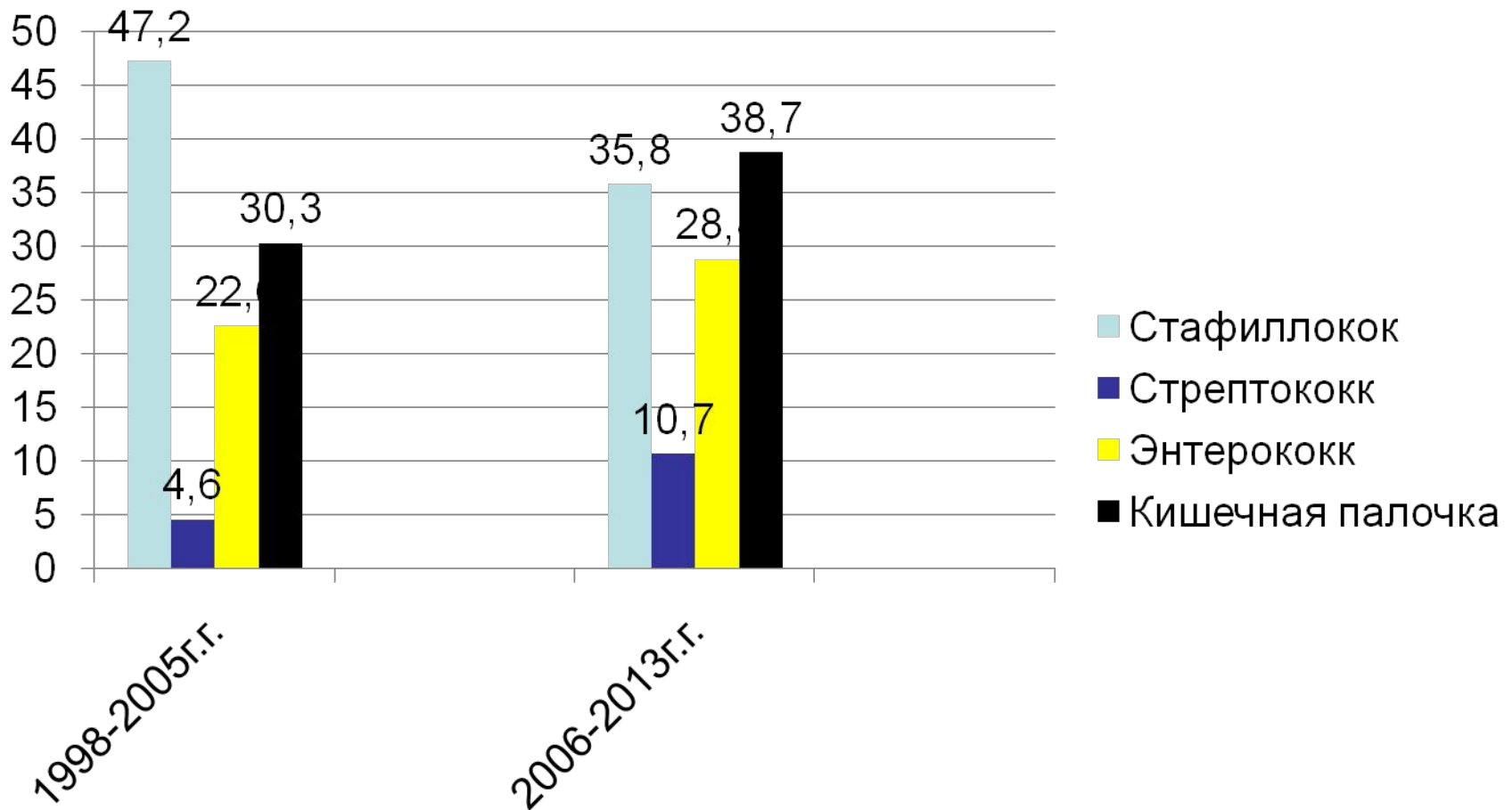
Факторы риска

- Хронические или острые инфекционные заболевания во время беременности и в родах;
- Инфицирование во время родового акта;
- затяжные роды;
- Длительный безводный промежуток (более 12 часов);
- Родовой травматизм;
- Задержка частей последа;
- Оперативные роды;
- Нарушение санитарно-гигиенического режима;
- Субинволюция матки;

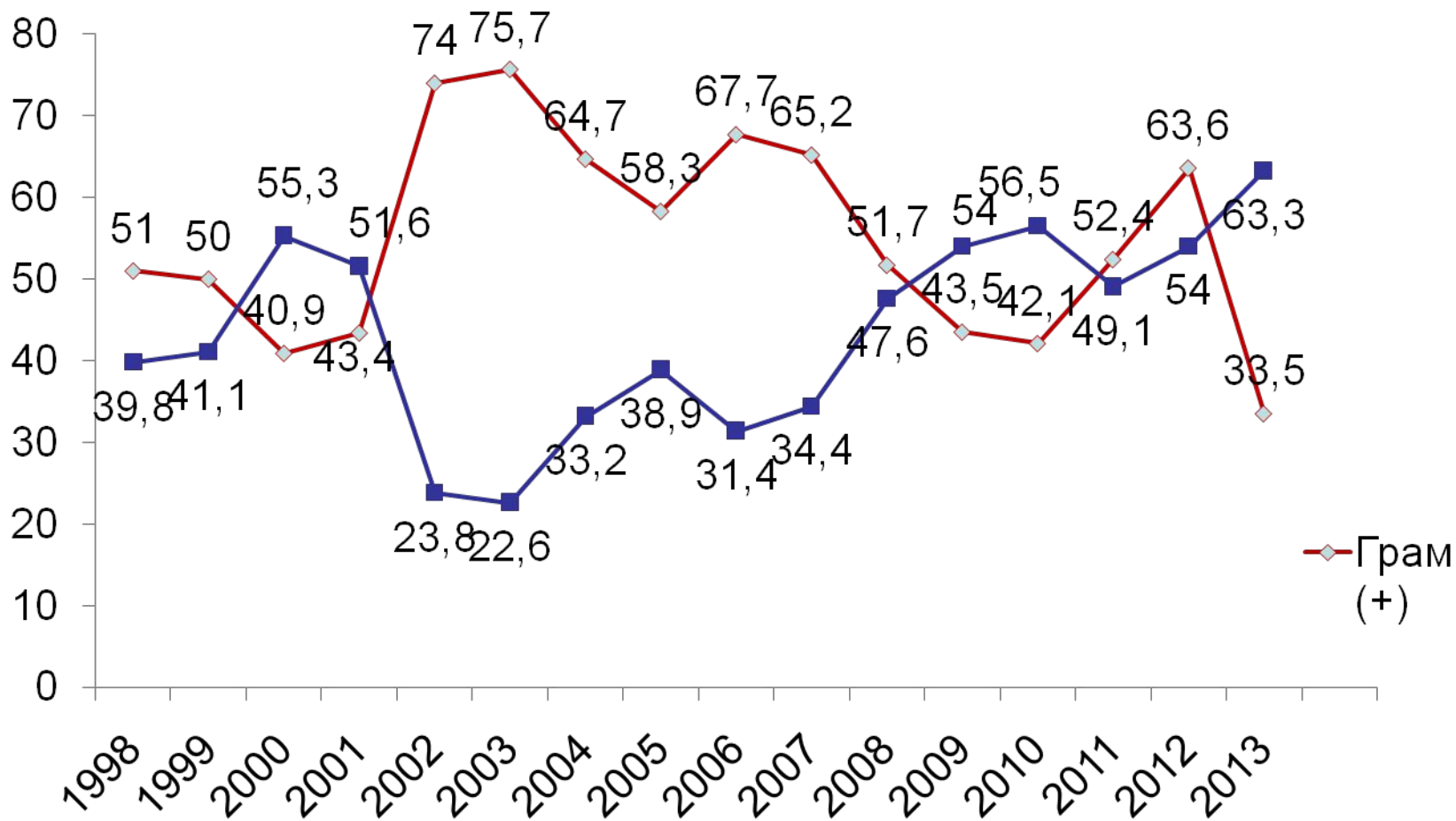
Основные возбудители

- **Условно-патогенные микроорганизмы – аэробные и неспорообразующие анаэробные бактерии** (чаще всего энтерококки – 41 %, грамотрицательные энтеробактерии – кишечная палочка, клебсиелла, протей);
- Стрептококки группы В (2 – 3 %);
- Хламидии (2 %);
- Микоплазмы (10 %);
- Вирусы;

Структура микробных факторов при ИВЗ



Соотношение Грам (+) и (-) микроорганизмов при ИВЗ



ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

- активация собственной условно-патогенной флоры (аутозаражение).
- заражение извне устойчивыми госпитальными штаммами при нарушении правил асептики и антисептики.
- интраамниально, вследствие использования инвазивных методов исследования (амниоцентез, фетоскопия, кордоцентез, редукция эмбрионов при ЭКО)

ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

- лимфогенный,
- гематогенный,
- восходящий,
- контактный

КЛАССИФИКАЦИЯ послеродовых ИВЗ (Сазонова-Бартельса)

- **Первый этап** - инфекция ограничена областью родовой раны: послеродовой эндометрит, послеродовая язва (на промежности, стенке влагалища, шейке матки).
- **Второй этап** - инфекция распространилась за пределы родовой раны, но осталась локализованной в пределах малого таза: метрит, параметрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, ограниченный тромбофлебит (метротромбофлебит, тромбофлебит вен таза).

КЛАССИФИКАЦИЯ послеродовых ИВЗ (Сазонова-Бартельса)

- **Третий этап** – инфекция вышла за пределы малого таза и имеет тенденцию к генерализации: разлитой перитонит, септический шок, анаэробная газовая инфекция, прогрессирующий тромбофлебит.
- **Четвертый этап** - генерализованная инфекция: сепсис (септицемия, септикопиемия).

Послеродовая язва промежности и влагалища

Это поверхностный локальный воспалительный процесс, ограниченный поверхностью разрыва.

Клиника: боль, жжение, гиперемия, отечность тканей, гнойное отделяемое, рана легко кровоточит.

Лечение: 1 этап – очищение раны, распустить швы, дренировать, мазевые повязки, физиотерапия;

2 этап – препараты, улучшающие регенерацию тканей

Послеродовая язва промежности и влагалища

Осложнения:

- Ближайшие – распространение инфекции
- Отдаленные – недостаточность мышц тазового дна, зияние входа во влагалище, сексуальные расстройства, функциональное недержание мочи

Профилактика:

- Лечение кольпитов перед родами;
- Правильная защита промежности во время родов;
- Правильное послойное ушивание разрывов в течение 30 минут после родов;

Лохиометра

- Заболевание, развивающееся в результате задержки лохий в полости матки.
- Возникает на 5 – 9 день после родов вследствие закрытия цервикального канала сгустками крови, задержавшимися плодными оболочками или резкого перегиба матки при плохой сократительной способности.
- **Клиника:** начало острое, с повышением температуры, выделения из матки прекращаются. При бимануальном исследовании матка больше нормы, стенки неравномерно утолщены.

Лохиометра

Диагностика:

- Динамика сокращения размеров матки
- Динамика количества и цвета лохий
- УЗИ

Лечение :

- Спазмолитики с последующим введением сокращающих препаратов.
- При отсутствии эффекта от медикаментозной терапии инструментальное удаление содержимого матки (вакуум – аспирация)

Послеродовой эндометрит (ПЭ)

- Это воспаление внутренней поверхности матки (эндометрия) с возможным вовлечением миометрия, возникшее после самопроизвольных родов или после кесарева сечения в результате развития инфекции.
- **Частота** после самопроизвольных родов – 2-5 %, после кесарева сечения – свыше 20 % (по нашим данным 2-3%)

Особенности течения послеродовых ИВЗ на современном этапе.

- Основная нозологическая форма – послеродовый эндометрит (81%)
- Большое количество стертых форм (позднее начало – 5-8 сутки, у 30% без гипертермии, несоответствие между клиникой заболевания и глубиной патоморфологических изменений в матке). По данным Серова В.Н. – 56%.
- Отсутствие четкой симптоматики приводит к запоздалой диагностике и лечению.

Факторы, способствующие развитию ПЭ

- **Состояние иммунитета** - иммунодефицит (лимфопения, снижение Т- и В-лимфоцитов, IgG, α - и γ -интерферонов);
- **Система гемостаза** (активация тромбоцитарного и прокоагулянтного звеньев);
- **Изменение гормонального баланса** (высокий уровень содержания эстрадиола и прогестерона, нарушение их баланса);
- **Понижение активности адаптационно-метаболических процессов и снижение резистентности организма** (снижение активности щитовидной железы и коры надпочечников);

Классификация

По характеру родоразрешения –

1. эндометрит после самопроизвольных родов;
2. эндометрит после кесарева сечения;

По клиническому течению:

1. Легкая форма;
2. Средней тяжести;
3. Тяжелая форма;

По особенностям клинических проявлений:

1. Классическая форма;
2. Стертая форма;
3. Абортивная;

Алгоритм диагностики

- Анамнез (инфекции), особенности родов.
- Влагалищное исследование (состояние шейки матки, консистенция и величина тела матки, болезненность).
- Анализ крови, анализ мочи.
- Бактериологическое исследование (лохии, моча – 100%), посев крови и посев из раны по показаниям.
- Коагулограмма.
- Биохимический анализ крови
- Иммунограмма
- УЗИ в динамике
- Гистероскопия по показаниям.

Гитсероскопические картины: «чистая» форма эндометрита

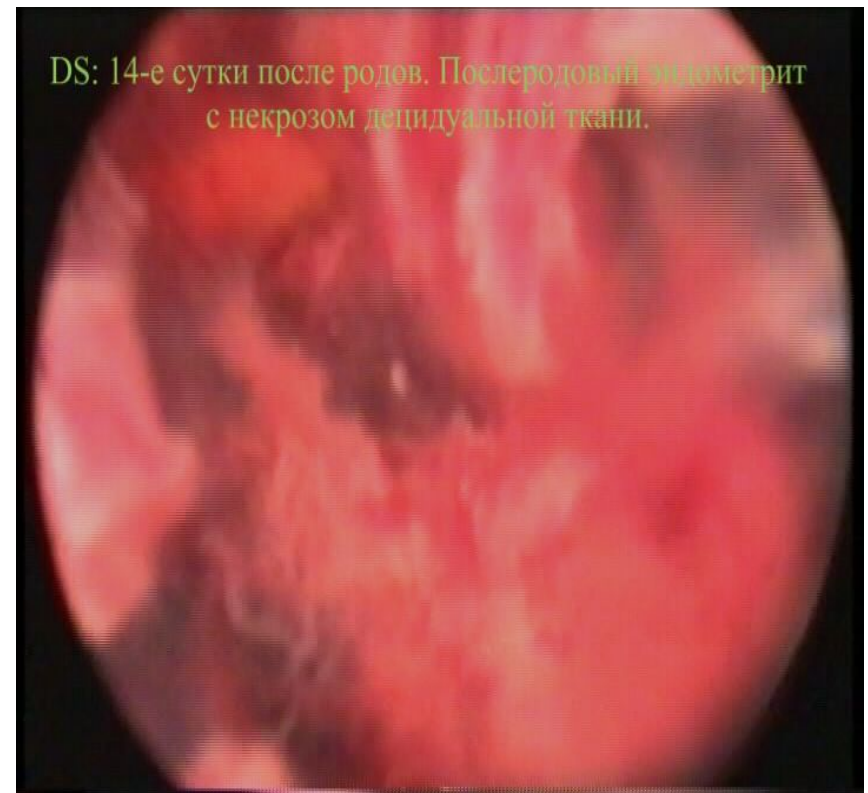
- Наличие белесоватого налета (фибрина), интимно покрывающего большую часть стенок матки.
- Кровоточащие участки- места отторжения децидуальной ткани.
- Небольшие участки оранжево-желтого цвета в трубных углах и дне матки- зоны регенерации



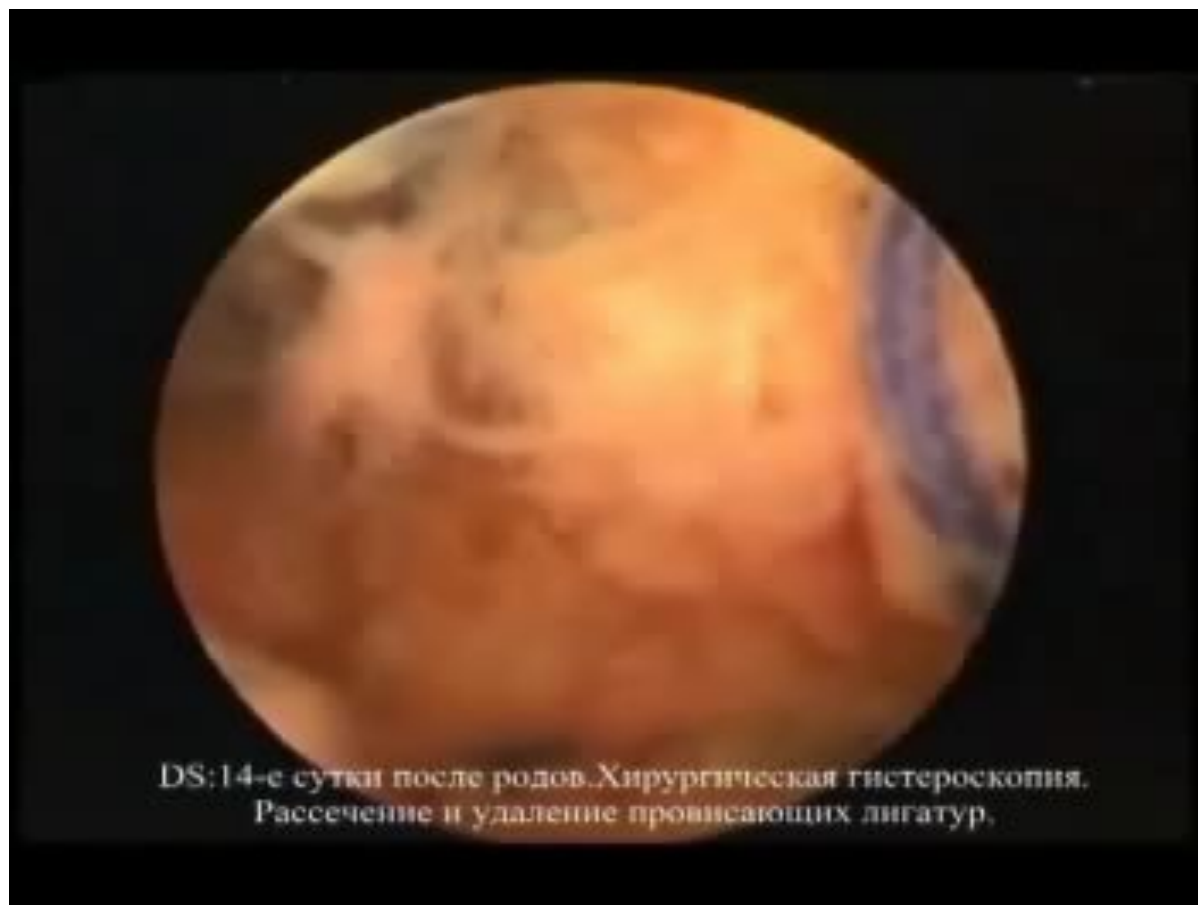
DS: 14-е сутки после родов. Послеродовый эндометрит.

Эндометрит с некрозом децидуальной ткани

- Структура эндометрия сине-черного цвета, тяжистого характера, выбухающая над стенкой матки.
- Пласты децидуальной ткани серого цвета, лежащие пристеночно или свободно в полости матки.
- Гной, фибрин.



Хирургическая гистероскопия. Рассечение и удалений провисающих лигатур



DS:14-е сутки после родов. Хирургическая гистероскопия.
Рассечение и удаление провисающих лигатур.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Медикаментозная терапия:

- **А/б терапия** не менее 7 дней при местном характере воспаления, при генерализованном варьирует от 14 до 20 суток и более.
- **Нестероидные противовоспалительные препараты**
- **Инфузионная терапия.** Продолжается 3-5-7 дней,
- **Антигистаминная терапия**
- **Антикоагулянты** - для профилактики тромбоэмболических нарушений : клексан 0,25 – 2 раза в/к, фраксипарин 0,3 – 2 раза в/к или гепарин по 5000 ед – 4 раза в/к.
- **Утеротоники** – окситоцин по 1 мл – 2 раза в день

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Инвазивные методы:

- Аспирационно-промывное дренирование полости матки.
- Орошения влагалища по Снегирёву с наконечником Морозова
- Внутриматочное введение мази на гидрофильной основе (левомеколь, бетадин)
- Орошение полости матки кавитированными ультразвуком растворами антисептиков

«Гнойно-воспалительные заболевания и сепсис в акушерстве»

Клинические рекомендации (протокол лечения)

Утверждены Президентом Российского
общества акушеров-гинекологов
академиком РАН В.Н.Серовым

Согласованы с главным акушером-гинекологом
МЗ РФ академиком РАН Л.В.Адамян

2015г.

Легкая форма послеродового эндометрита (ПЭ)

Клиника:

- Начало заболевания на 3 – 7 сутки после родов
- повышение температуры тела до 37,5 - 38°C,
- болезненность матки при пальпации,
- Мягкая консистенция матки «тестоватая»
- Приоткрытый внутренний зев
- Умеренная субинволюция матки
- Лохий – мутные, сукровичные, с запахом.

Лечение легкой формы ПЭ

- Антибиотики широкого спектра
- Коррекция АБТ после получения бак. посева.
- Орошения по Снегирёву с наконечником Морозова через день, № 7 – 10
- Внутриматочное введение мази левомеколь
- Магнитолазерная терапия (МЛТ) на низ живота
- После окончания а/б терапии: НПВС
- Окситоцин в/м по 1,0 – 2 раза в сутки, 3-4 дня.
- Курс лечения 10-14 дней, выписка после нормализации общего состояния, анализа крови, отрицательного бак. посева лохий.

ПЭ средней тяжести

- Начинается на 2 – 7 сутки
- повышение температуры тела до 38,5°C,
- болезненность матки при пальпации,
- Субинволюция матки,
- Лохии гнойно-сукровичные
- Признаки умеренной общей интоксикации
- Патологические изменения в клиническом анализе крови (лекоцитоз, палочкоядерный сдвиг, анемия)
- Патологические изменения в биохимическом анализе крови (повышение С-реактивного протеина)
- Патологические изменения в гемостазиограмме (признаки гиперкоагуляции)

Лечение ПЭ средней степени

- Инфузионная терапия – солевые растворы до 1,5 литров, 3-5 дней;
- Антибактериальная терапия широкого спектра с последующей сменой препарата в зависимости от результатов микробиологического исследования
- Орошения полости матки с наконечником Морозова
- Внутриматочное введение антибактериальных мазей
- Аспирационно-промывное дренирование матки
- Ультразвуковые орошения
- Гистероскопия по показаниям;
- Физиотерапия (фонофорез лекарственных веществ, магнитолазер)

Курс лечения – 14 – 18 дней;

Тяжелая форма ПЭ

- Начинается на 2 – 3 сутки после родов.
- Выраженная общая интоксикация,
- Температура до 39°C,
- Ознобы,
- Резкая болезненность матки при пальпации,
- Субинволюция матки
- Гнойные лохии
- Существенные («септические») изменения гематологических (сдвиг до юных форм лейкоцитов, анемия 2-3 ст., биохимических показателей крови (повышение билирубина, ферментов), гемостазиограммы (гиперкоагуляция).

Стертая форма

- Возникает на 5-7 сутки, развивается вяло. Температура не превышает 38°C, нет озноба. У большинства родильниц отсутствуют изменения лейкоцитарной формулы. Местная симптоматика выражена слабо (незначительная болезненность матки при пальпации). В 20% случаев приобретает волнообразное течение, рецидив возникает на 3-12 сутки после "выздоровления".
- **Абортивная форма** проявляется на 2-4 сутки, однако, с началом адекватного лечения симптоматика исчезает.

Эндометрит после кесарева сечения

- всегда протекает в тяжелой форме по типу классической формы эндометрита
- выраженные признаками интоксикации
- парезом кишечника, метеоризм
- сухость во рту,
- снижением диуреза.
- болезненность шва, серомы, нагноение

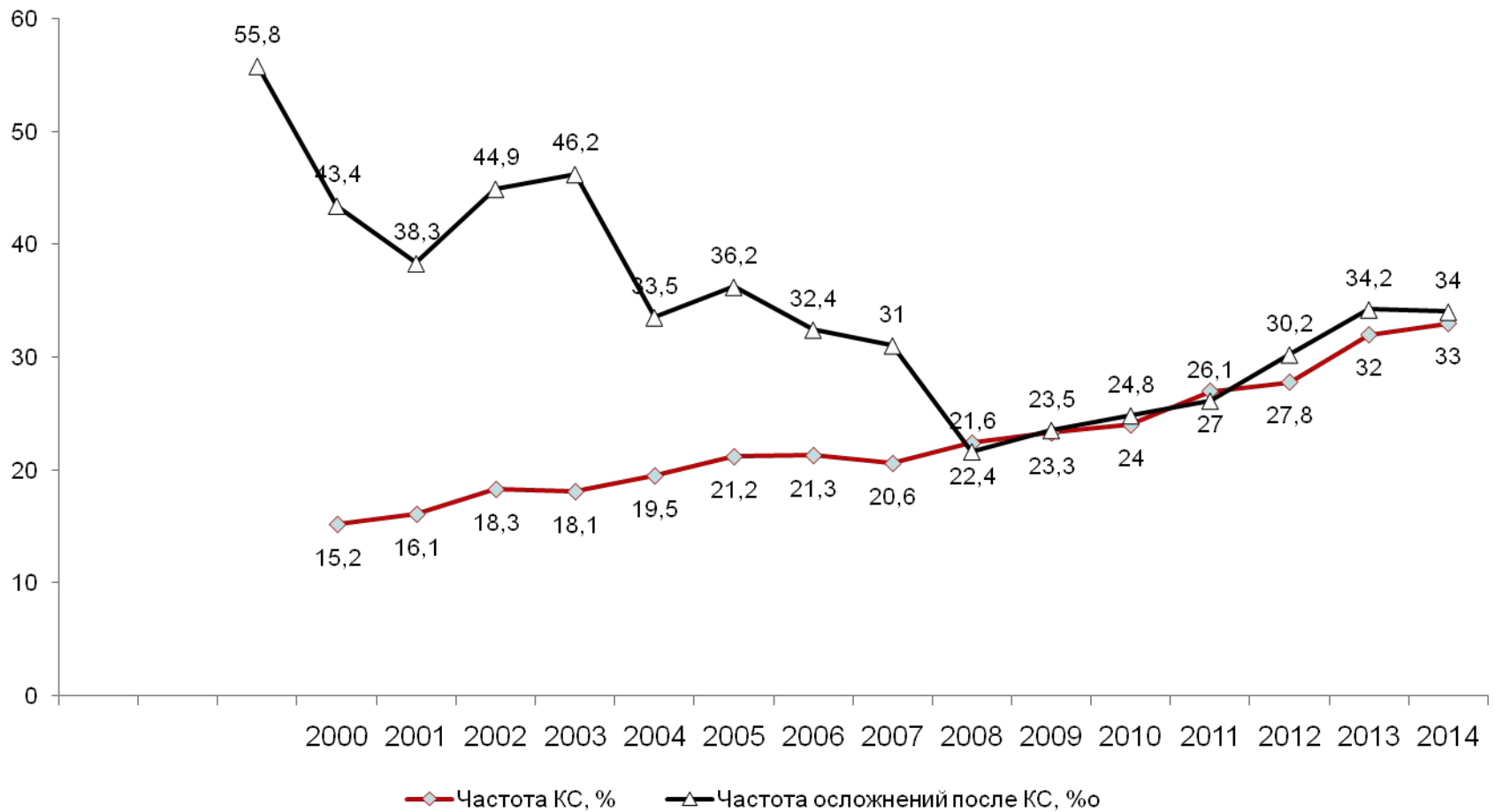
Риск инфекционного осложнения обусловлен:

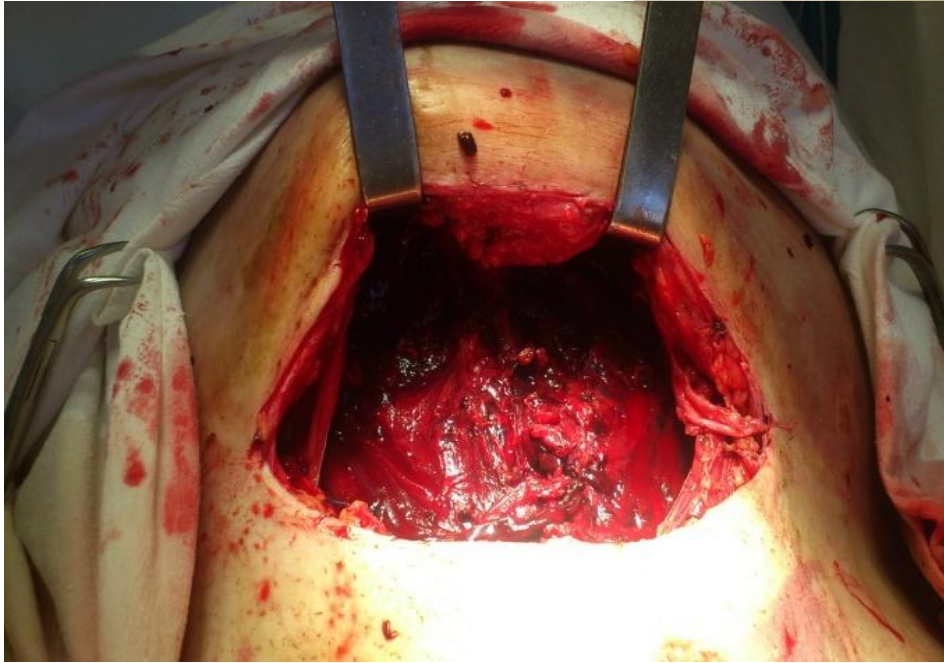
- Хроническими инфекционными очагами в организме беременной
- Экстрагенитальной патологией
- Осложнениями беременности
- Длительная дородовая госпитализация
- Длительный безводный промежуток
- Затяжные роды
- Кровопотеря более 800,0мл
- Длительность операции более 1 часа
- Выполнение операции в экстренном порядке и расширение объема операции

Особенности хирургических вмешательств в акушерстве и гинекологии

- Операционное поле находится в заведомо инфицированной зоне
- Близость операционной зоны к очагу инфекции
- Иммунодефицитные состояния больных
- Анемизация
- Нарушение микроциркуляции за счет фоновой патологии
- Высокая частота экстренных вмешательств

Частота КС и ИВЗ





АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА

Однократное до (за 20-60 минут до разреза) или интраоперационное (после пережатия пуповины) введение одной терапевтической дозы антибиотика широкого спектра действия:

- Цефалоспорины (I –II поколение)
- Аминопенициллины/ингибиторы β -лактамаз

Рациональная антибиотикопрофилактика снижает риск развития послеродовых инфекционных осложнений на 60-70%

Послеродовый тромбофлебит

Классификация

По локализации:

- Внетазовые - тромбофлебит поверхностных и глубоких вен нижних конечностей
- Внутритазовые (центральные) - метротромбофлебит и тромбофлебит вен таза.

Послеродовой тромбофлебит Внетазовый

Клиника:

- Расширение вен нижних конечностей и вульвы
- Участки уплотнения
- Гиперемия кожи, гиперпигментация
- Болезненность по ходу вены

Диагностика:

- УЗИ вен , доплерометрия

Лечение:

- Системные флеботоники
- Гепарин-содержащие мази и гели
- Эластическая компрессия

Послеродовой тромбофлебит Внутритазовый

Клиника:

- Нелокализованные боли внизу живота

Диагностика:

- УЗИ малого таза
- Бимануальное гинекологическое исследование (обнаружение «червеобразных» уплотнённых вен на стенках таза)

Лечение:

- Системные флеботоники
- НПВС
- Антикоагулянты по показаниям

Перитонит, сепсис

- Тяжёлые осложнения послеродового периода, угрожающие жизни женщин

Клиника:

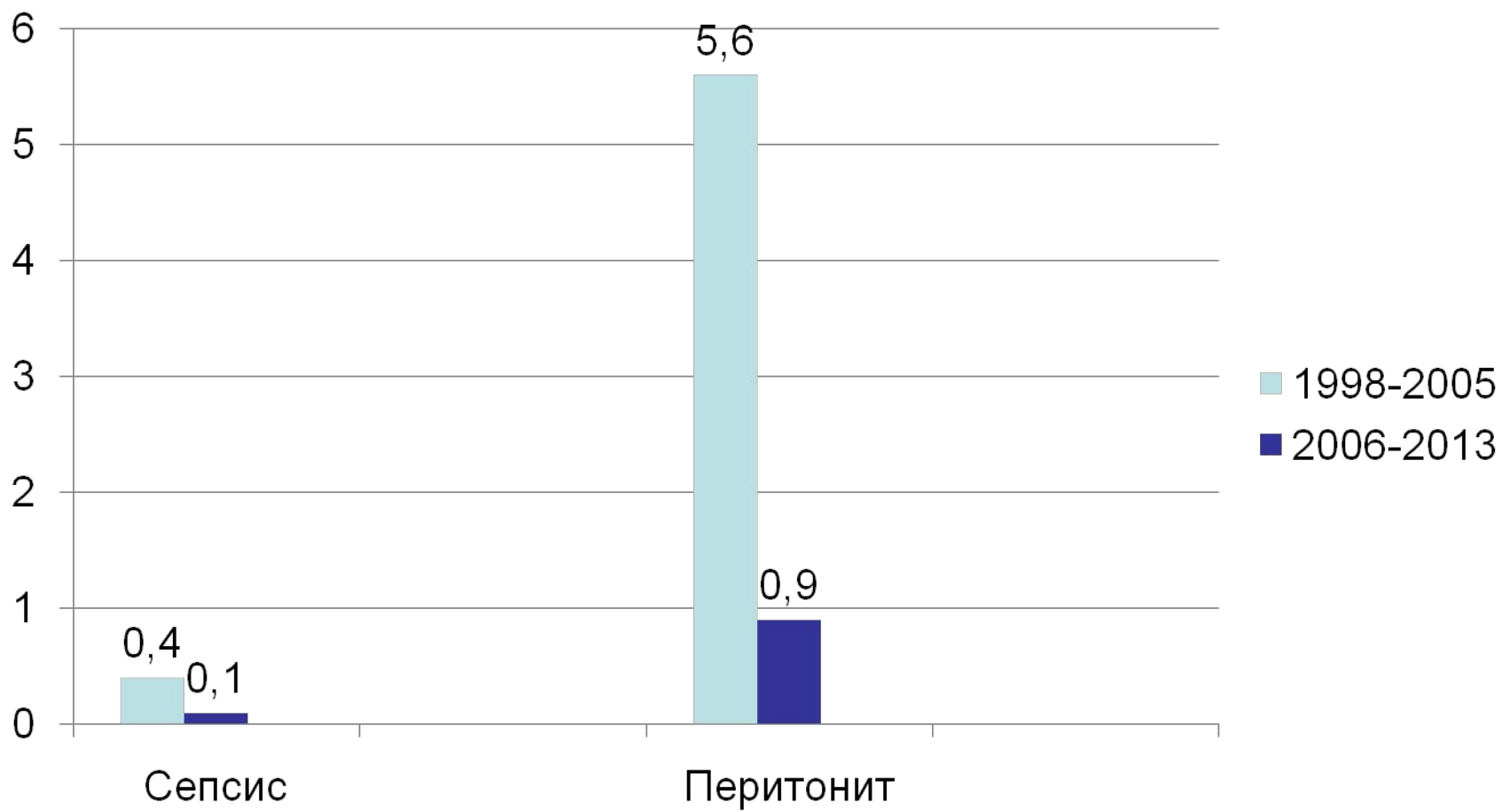
- Нарастание симптомов интоксикации
- Развитие синдрома системного воспалительного ответа
- Перитонеальные явления

Перитонит, сепсис

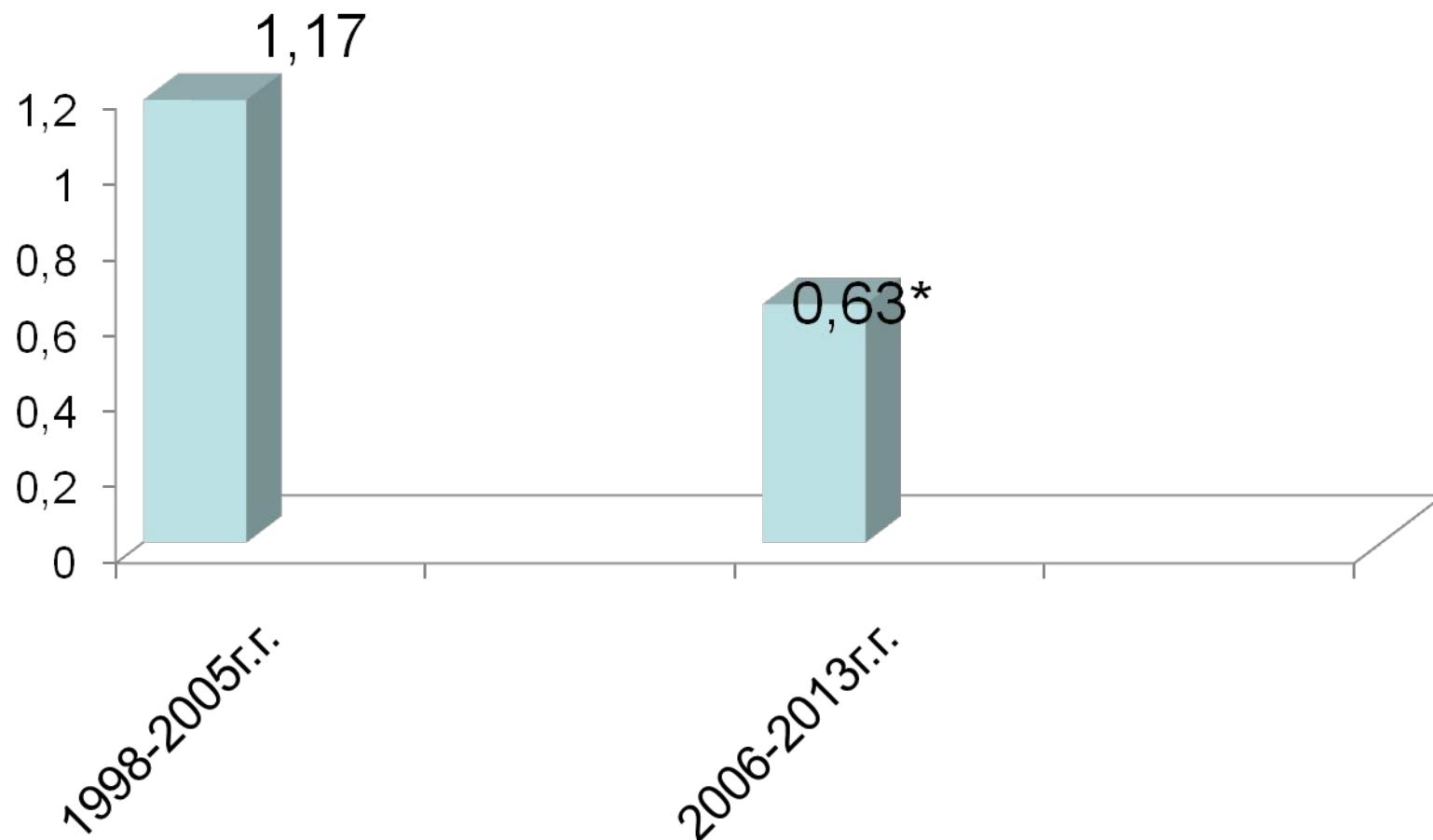
Лечение:

- Дезинтоксикационная терапия
- Антибиотики резерва
- Антикоагулянты
- Хирургическое удаление первичного очага инфекции - матки

Перитонит и сепсис после КС



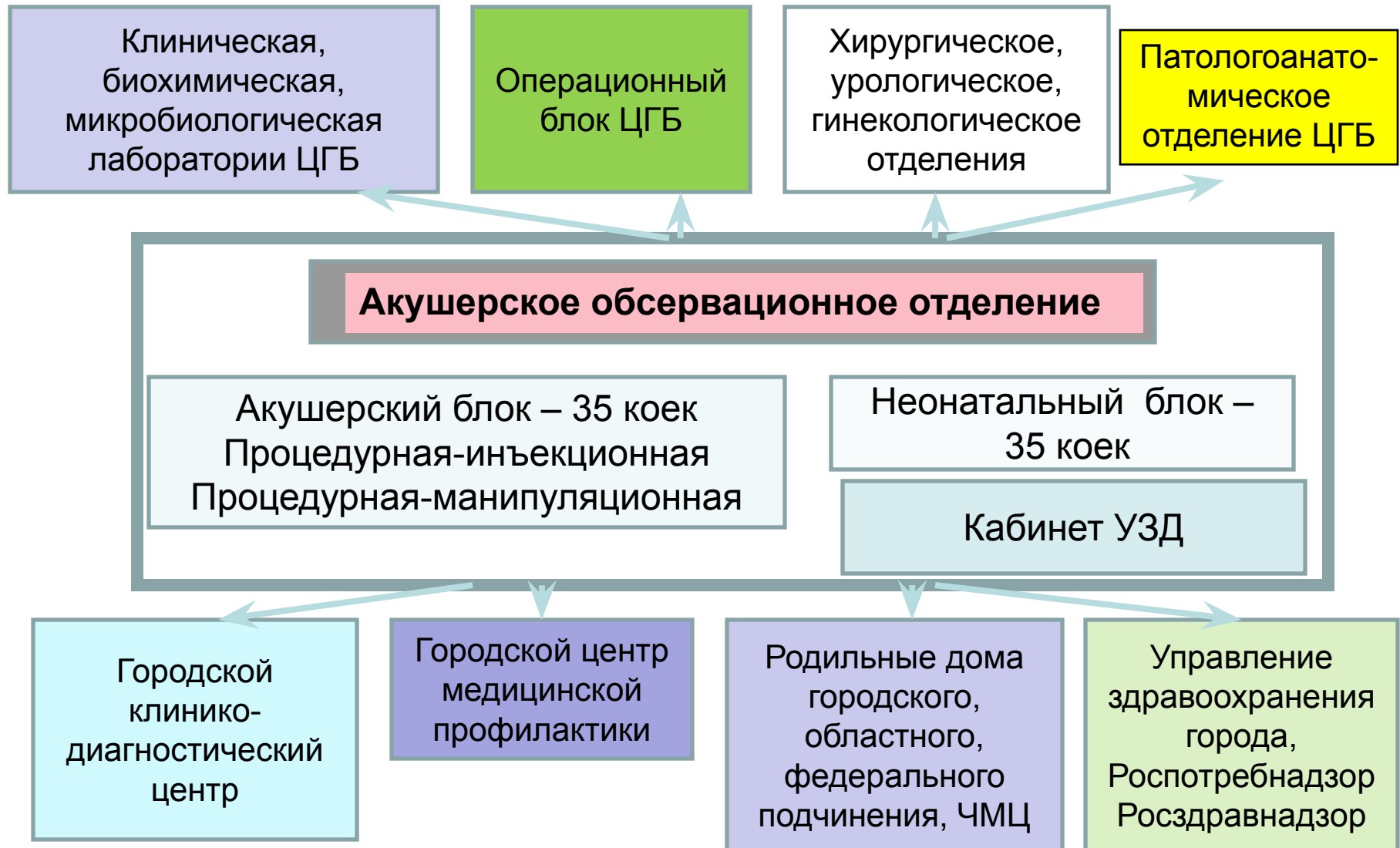
Экстирпация матки при ИВЗ



Особенности лапароскопии при ИВЗ в послеродовом периоде



Структура специализированного обсервационного акушерского отделения, Екатеринбург



Профилактика ИВЗ

- Санация генитальных и экстрагенитальных очагов инфекции у беременных
- Соблюдение требований регламентирующих документов (СанПин 2010, приказ №572н 2012)
- Совершенствование техники хирургических вмешательств, особенно КС
- Оптимизация антибактериальной терапии

Порядок оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»

УТВЕРЖДЕН

приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации

от «01» ноября 2012 г. № 572н

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
2. Действие настоящего Порядка распространяется на медицинские организации, оказывающие акушерско-гинекологическую медицинскую помощь, независимо от форм собственности.

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

**Санитарно-эпидемиологические
правила и нормативы**

СанПиН 2.1.3.2630 – 10

Приложения

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного государственного
санитарного врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. № 58

**IV. Профилактика внутрибольничных
инфекций в акушерских стационарах
(отделениях)**

Кесарево сечение в 2002г., Екатеринбург

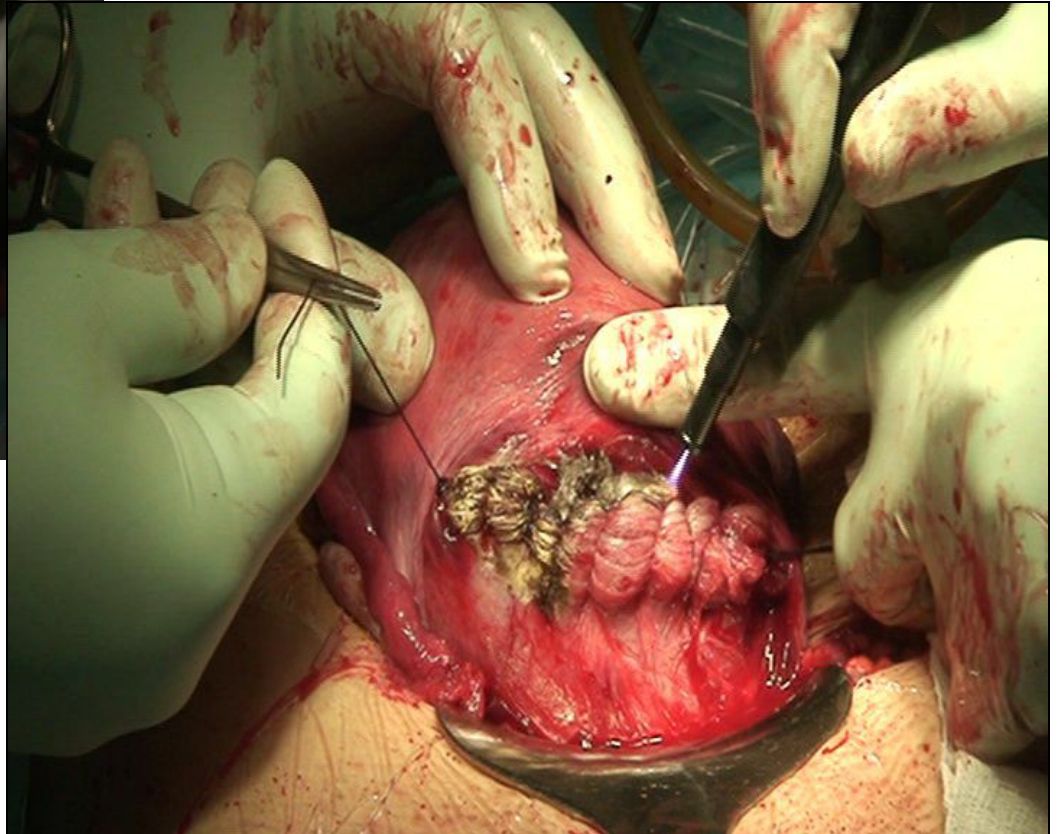




Кесарево сечение с использованием антисептической плёнки и специального операционного белья Екатеринбург, 2006г.

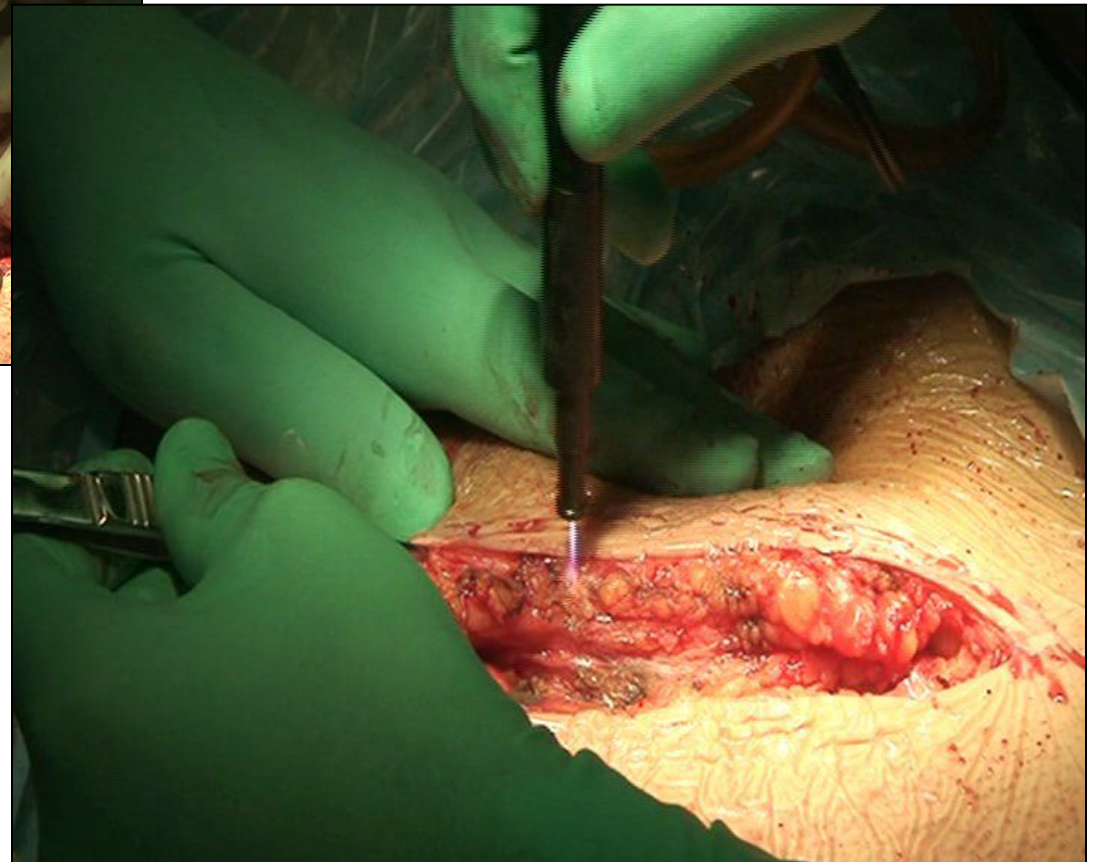
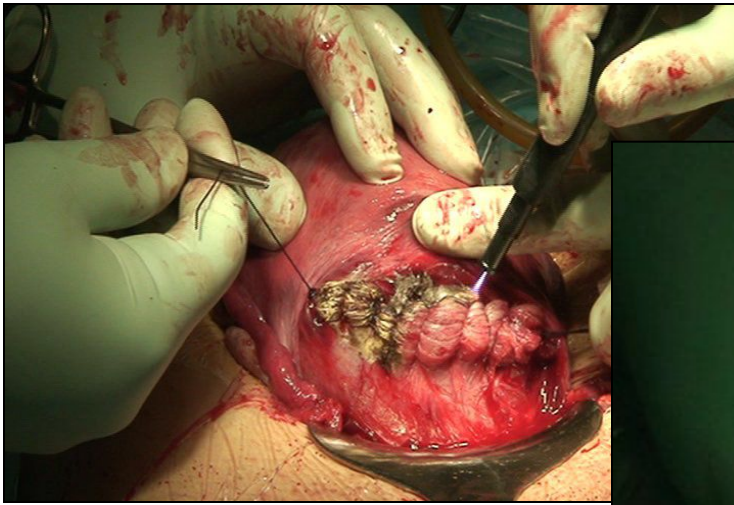


**Кесарево сечение с использованием
широкополосной радиоволновой хирургии и
аргоноплазменной коагуляции
Екатеринбург, 2010г.**



Кесарево сечение с использованием широкополосной радиоволновой хирургии и аргоноплазменной коагуляции

Екатеринбург, 2010г.



**Благодарю за
внимание**