

Ханты-Мансийский государственный медицинский
институт
Кафедра акушерства и гинекологии

Лекция:

СЕПСИС

*Докладчик: Зав.кафедрой акушерства и гинекологии,
доцент Соловьева А.В.*

СЕПСИС

Является одной из **причин материнской смертности** (3-4 место среди всех причин)

Чаще всего развивается при перитоните или после кесарева сечения.

1,5 – 2,0 на 1000 родов и % будет увеличиваться так как:

- женщины стремятся к кесареву сечению
- широкий спектр антибиотиков - появляется резистентность, нечувствительность
- снижение общей резистентности организма

СЕПСИС

Группа риска –

- Пациентки с инфекцией родовых путей
- Затяжные роды, длительный безводный промежуток
- Криминальный аборт

Сепсис

вторичное заболевание

(вторичная болезнь), возникает после:

- длительного существования первичного гнойного очага (матка, почки, молочные железы)
- состояние иммунодефицита, истощения иммунитета

В настоящее время встречаются **легкие**
абортивные, стертые формы.

Клинически:

1. Несоответствие между обычным состоянием и истинным характером заболевания.
2. Сравнительно быстро (на 2-3 день) наступает улучшение (снижение температуры, нормализуется АД, кровь - нормализация показателей).

Купирование криза и если а/б отменены - ухудшение состояния

Клинически:

3. Несоответствие между клинической картиной с анатомическими изменениями в органах.

Патологический процесс оказывается более распространенным (чем можно было предположить на основании клинической картины)

Клинически:

4. Несоответствие между клинической и гематологической картиной



(кровь: тяжелая интоксикация, лейкоцитоз выраженный со сдвигом влево, токсическая зернистость)

5. 10%-30% смертность.

ЭТИОЛОГИЯ

ГР (+) - аэробы, Гр (-) - анаэробы

В акушерстве и гинекологии в 25-50% случаев встречается смешанная флора.

Сепсис у гинекологических больных мало чем отличается от хирургического.

Акушерский сепсис имеет свои особенности: т.к. у беременных иммунодефицитное состояние.

ЭТИОЛОГИЯ

- Все беременные угрожаемы по сепсису



- преморбитный фон – угнетение клеточного иммунитета, угнетение гуморального иммунитета.
- Таким образом, иммуннодефицитное состояние + хронические специфические инфекции + течение родов.

ЭТИОЛОГИЯ

Роды:

1. Как стресс
2. Кровопотеря + гестоз
3. Затяжные роды (первые 18 часов), если более 18 часов - риск инфицирования
4. Длительный безводный промежуток (более 12 часов)
5. Задержка частей плода в матке
6. Разрывы мягких тканей (особенно глубокие)

Патогенез:

Инфицированные родовые пути

(матка - раневая поверхность)

+

сгустки крови

+

плацентарная ткань

+

децидуальная оболочка

↓

условия термоса

(тепло, питание повышенное)

Патогенез:

клеточный иммунитет (срыв данного звена)



инфекция - прорывается в ткани



гуморальный иммунитет также истощен



генерализация инфекции

Так как микробы в сгустках, в плацентарной ткани
антибиотикотерапия неэффективна – а/б не
проникают в первичный очаг

Формы:

1. Септицемия
2. Септикопиемия

Чаще всего развивается 1 форма на 2-3 сутки после родов.

Диагностические признаки сепсиса непатогномоничны

1. Наличие первичного гнойного очага.
2. Высокая лихорадка.
3. Наличие (обнаружение) микробов в крови не обязательно! При посеве флоры из половых органов.
4. Содержимое матки – обязательно, т.к. не всегда совпадает мазок из цервикального канала и матки (в 15% совпадают).

Септицемия.

Наличие в кровяном русле бактерий и их токсинов которые в течение длительного времени периодически, волнообразно, поступают в кровь из первичного очага.

Клиника:

1. Температура - потрясающие ознобы
2. Быстро нарастающие признаки интоксикации
3. Неврологические нарушения:
 - депрессия, эйфория, головная боль, заторможенность, неадекватность, расстройство сна.

Клиника:

4. Сердечно-сосудистая система: пульс частый, слабый, гипотония, АД снижается, тахипное увеличение ЧДД
5. Синдром полиорганной, полисистемной недостаточности (может быть желтушность кожных покровов - гепатоспленомегалия), петехиальная сыпь, ДВС-синдром.
6. Жидкий стул и вздутие кишечника

Клиника:

7. Значительные перепады температуры за сутки от 36,6 С утром до 40 С вечером. Может быть молниеносная форма.
8. ЭКГ: признаки перегрузки правого сердца, гипосмоляльный синдром

Клиника:

9. Кровь: токсическая зернистость лейкоцитов и сдвиг влево, лейкоцитоз до $20-30 \times 10^9 / \text{л}$.

У беременных может и не быть лейкоцитоза но токсическая зернистость обязательно!

10. Моча: протеинурия.

Ранняя диагностика

- Определение бактерий в биоптатах - 4 мл биоптата раны.
- Критический уровень бактериальной обсемененности - выше 10^5 степени
- На фоне проводимой терапии при септицемии температура нормализуется, состояние улучшается

Септикопиемия

Токсическая форма.

Нарастает выраженная интоксикация с момента инфицирования до метастазирования в органах — необходимо время, т.е. через 6-9 дней после родов.

Токсическая форма

Характерно:

1. позднее начало
2. тяжелая интоксикация
3. повторно ухудшение состояния
4. синдром полиорганной, полисистемной недостаточности
5. прогрессирование ДВС синдрома

Токсическая форма

6. Развитие гнойных метастазов - преобладание клиники пораженного органа
 7. Не у всех больных - абсцессы
 8. Чаще всего гнойные очаги развиваются в легких, почках, печени, мозге.
 9. Септический эндокардит - эндокардит развивается реже но самый тяжелый и самый опасный (80% смертность)
- Волнообразное течение связано с новыми очагами.

Клиника:

Септикопиемия —

Через 2-3 недели - возникают гнойные метастазы
- играет большую роль уровень обсемененности.

Лечение и тактика

1. Специализированный стационар (септикологическое отделение). Если возникает сепсис, перитонит - роддом на мойку.
2. Активная тактика к первичному гнойному очагу.
3. УЗИ для диагностики наличия остатков плацентарной ткани, несоответствие швов на матке - гистерография.

Лечение и тактика

При отсутствии содержимого в полости матки — *аспирационно-промывной дренаж* или длительное промывание асептическими растворами.

Если в матки имеются сгустки, плацентарная ткань — опорожнение матки, либо: удаление матки

Показания для опорожнения матки:

- Подозрение или диагностика остатков плодного яйца
 - Кровотечение
 - Гематометра
 - Лохиометра
 - Субинволюция матки в сочетании с кровянистыми выделениями
- поддаются лечению в течение 3-5 дней.

Метод опорожнения

Метод опорожнения матки зависит от суток послеродового периода:

-  до 5 дня - вакуум-аспирация,
-  после 5-го дня - выскабливание кюреткой

Показания к удалению матки:

1. Перитонит после кесарева сечения
2. Неэффективность консервативной терапии в течение 6-8 часов
3. Неэффективность консервативной терапии сепсиса с развитием почечной и печеночной недостаточности обычно на 3-4 день
4. Некротический эндометрит.

Программа инфузионно-трансфузионной терапии

1 неделя = 3-3,5 литра:

КОЛИЧЕСТВО

кристаллоидов : коллоидов = 1:1

профилактика интерстициальных отеков!

2 неделя = 2-2,5 литра

коллоиды : кристаллоиды = 1:1

Лечение:

- парентерально
- гепарин (НМГ)
- ГКС (профилактика аллергического состояния)
- антиагреганты
- ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс)
- Гемодез
- гемосорбция
- УФО крови
- антибактериальная терапия

Антибактериальная терапия.

1. при сепсисе назначается 2-3 антибиотика
2. 14 -21 день и более
3. отмена проводится после нормализации температурного режима через 1-2 дня

Антибактериальная терапия.

Nota bene! Без учета чувствительности сразу начинать антибиотикотерапию.

Если по заключению посева антибиотики не чувствительны, а клиника стала лучше, то не отменять.

Лечение начинать до установки бактериологического анализа

Побочное действие:

1. Аллергическая реакция - ГКС с учетом аллергоанамнеза
2. Дисбактериоз
3. Нефро-, гепато-, ототоксичность
4. Суперинфекция: - грибы, протей, стафилококки, синегнойная палочка, энтерококки, токсикоинфекция, пневмония. Если грибы: кандидоз кожи, кандидозный сепсис. Микотическая пневмония

Профилактика:

антибактериальные препараты которые реже приводят к дисбактериозу:

- Пенициллин
- Эритромицин
- Олеандомицин
- Олеандомицин

Профилактика:

антибактериальные препараты, обладающие и антигрибковым действием:

- энтеросептол
- мелсаформ
- 5-НОК

Противогрибковые препараты:

1. Нистатин, леворин, дифлюкан в больших дозах при сепсисе
2. Клотримазол - противогрибковый крем

Антибиотики сочетаются:

- пенициллины + полимиксины
- пенициллины + аминогликозиды
- пенициллины + цефалоспорины
- пенициллины + разные группы

Не сочетаются:

- левомицетин
- макролиды
- тетрациклины

Пенициллины :

1. Ампициллин

2. Азлоциллин

3. Секуропен

4. Байпен

5. Исипен

6. Карбенициллин

7. Пен-бак

8. Пентрексил

9. Гоноформ

10. Пиперациллин

11. Пипрокс

ПОЛИМИКСИНЫ:

грам «-» клебсиелла

- БЕЛКИМИЦИН
- ПОЛИМИЦИН

АМИНОГЛИКОЗИДЫ:

1. гентамицин, мономицин, канамицин
2. гарамицин
3. амикацин (Югославия), аметин (США), амикозит (Турция), никоцин (Словения), дибекацин (Хорватия), нетромицин (США), тобромицин, бруламицин, небцин (США)

Цефалоспорины:

неэффективны на анаэробную флору и синегнойную палочку:

- цефазолин, цефамизин, цефалин - ниден, тотациф (США), кефзол (США) - цефалоки (Болгария)
- цефатрексат
- клафоран (Германия)
- цефатоксин
- оритоксин
- цефабид
- микроцеф
- лангоцефт
- фортум

Антибиотики разных групп:

1. спектиномицин (тробацин)
2. хлорамфеникол

Гонорейная инфекция

- Левомицетин: не влияют на синегнойную палочку анаэробную флору и простейших
- Тетрациклины парентерально
- Вибромицин (Доксициклин)
- Тетраолеан

Макролиды:

- 1. лейкомицин
- 2. сумамед

ФТОРХИНОЛОНЫ:

1. Таривид
2. Абактал, пефлоцин
3. Сифлокс
4. Ципрофлоксацин
5. Ципробай

Антибиотики резерва

Антибиотики резерва при резистентных инфекциях:

1. линкомицин, нелорен, клиндамицин, далацин С, ванкоцин, станицид (стафилококки и гонококки)

Монобактаны:

1. озантан (гр-, клебсиеллы, протей, кокки)
2. тиеномицин, тиенам широкого спектра действия

ХРОНИОСЕПСИС

Ремиссии и обострения несколько месяцев

иммунодефицит и так был и не корректируется -
приводит к дистрофическим изменениям
внутренних органов.

Чаще всего источник инфекции - матка.

Поэтому единственный метод это экстирпация
матки.

Хотя изменения в матке незначительные.

Клиника:

Клиника неспецифична:

- снижение аппетита, похудение
- но при исключении других заболеваний и понижении иммунодефицита и наличии первичного гнойного очага, коррекция иммунодефицита.

Лечение:

1. Специфическая терапия

- антистафилококковая плазма 100 мл через 2 дня внутривенно капельно
- Стафилококковый гамма-глобулин внутримышечно по 5,0 - 5-6 дней

2. Неспецифическая иммунокоррекция: - переливание крови, плазмы, монокорректоры (Т-активин, диуцифон, декарис)

Стадии эндометрита:

1 этап: эндометрит

2 этап: метроэндометрит

На 1 этапе: температура - норма, общее состояние - норма, диагноз: по выделениям на микрофлору - большое количество лейкоцитов, выделения с неприятным запахом, мутные.

Лечение: аспирационно-промывной дренаж, антибиотиков не нужно.

Послеродовая язва:

везде на промежности, влагалище, шейка, в результате инфицирования трещин, ссадин и разрывов. Швы наложились и разошлись. Послеродовая язва - серо-гнойный налет.

Лечение: трипсин, химотрипсин - рассасывающая терапия. Гелий-неоновый лазер, УФО.

Перитонит после кесарева

сечения:

1. Стертая вялая клиника
2. Температура (однократно после кесарева сечения температура может подниматься, но если до 39 С и выше и более 3 суток + характерно:
3. Метеоризм
4. Вздутие кишечника
5. Задержка газов, т.е. атония кишечника, отсутствие перистальтики назначаются стимуляторы кишечника - временный эффект и через 3-8 часов снова атония или усиливается перистальтика.

Перитонит после кесарева сечения:

6. Невозможно контурировать матку из-за вздутия живота
7. Пальпация живота болезненная
8. Влагалищное исследование - информации нет
9. Может быть жидкий стул
10. В динамике - неэффективность терапии.

Перитонит после кесарева сечения:

11. Тахикардия (с повышением температуры)
12. Вздутие живота - снижение экскурсии грудной клетки, за счет поднятия диафрагмы
13. Увеличение лейкоцитов (токсическая зернистость)
14. СОЭ растет, анемия - появление на 2-3 сутки после кесарева сечения
15. Отсутствие эффекта от терапии - тенденции к ухудшению гематологических показателей — формируется акушерский перитонит

Перитонит после кесарева сечения:

- Тактика: экстирпация матки с трубами с последующим промыванием брюшной полости.

Мастит

- Гнойно-септическое заболевание в послеродовом периоде.
- Современные особенности: быстрое течение, стадия инфильтрации до стадии абсцедирования - не делать компресс.
- Тактика в роддоме - при мастите - вызвать хирурга.
- Ребенка кормить грудью с гнойным процессом нельзя!

Патологический лактостаз

Клиника:

1. Повышение температуры до 38-38,5С
2. Равномерное нагрубание и болезненность молочных желез
3. В молоке большое количество патогенного стафилококка

Лечение:

1. Перевести в 2 акушерское отделение
2. Бактериологический анализ молока
3. Временно прекратить грудное вскармливание
4. Сцеживание молока
5. Провести лечение: метициллин 1г — 4 раза в день, оксациллин, хлорофиллипт или в течение 4-5 дней гентамицин 80 мг 3 раза в день, если выявляется Гр- флора.

- После проведенного лечения повторить бактериологическое исследование молока и возобновить грудное кормление.

Лактостаз

- это латентная, скрыто протекающая форма мастита, явные признаки которого начинаются через 8-10 - 20 дней.
- Тактика: сцеживание
- для улучшения оттока молока физиопроцедуры: ультразвук, массаж

Спасибо за внимание!

