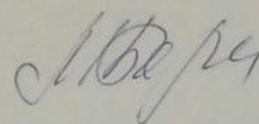


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Выполнила:

клинический ординатор

Ткачева Н.В.

Красноярск, 2017.

## Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»

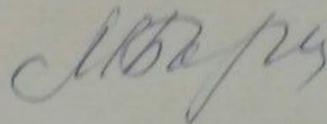
клинического ординатора Ткачевой Н.В. на тему: «ПОСЛЕРОДОВЫЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»

Работа Ткачевой Н. В. посвящена проблемам септических осложнений в акушерской практике.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной— логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое— знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

Считаю, что реферат Ткачевой Н.В. полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ, а его автор заслуживает оценки «отлично».



## Содержание

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| 1. Введение, определение.....                             | 2  |
| 2. Классификация.....                                     | 2  |
| 3. Этиология .....                                        | 3  |
| 4. Патогенез .....                                        | 4  |
| 5. Симптомы послеродовых инфекционных заболеваний.....    | 4  |
| 6. Диагностика послеродовых инфекционных заболеваний..... | 5  |
| 7. Лечение.....                                           | 6  |
| 8. Профилактика.....                                      | 10 |
| 9. Библиографический список.....                          | 12 |

Послеродовые гнойно-септические заболевания встречаются у 4-6 % рожениц. Они могут быть следствием инфицирования во время беременности и попадания инфекционного агента в процессе родов или сразу после них. Этому способствует нарушение целостности тканей мягких родовых путей во время родов, снижение иммунитета во время беременности. Одновременно беспорядочный прием антибиотиков в настоящее время приводит к появлению измененных форм микроорганизмов, которые из непатогенных становятся патогенными и могут стать причиной гнойно-септических заболеваний.

### **Классификация**

В странах СНГ на протяжении многих лет используется классификация С.В. Сазонова-А.В. Бартельса, согласно которой разные формы послеродовой инфекции рассматриваются как отдельные этапы динамического инфекционного (септического) процесса и делятся на ограниченные и распространенные. Данная классификация не отвечает современным представлениям о патогенезе сепсиса. Существенным образом изменилось трактование термина «сепсис» в связи с введением нового понятия - «синдром системного воспалительного ответа».

Современная классификация послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний предполагает их распределение на условно ограниченные и генерализованные формы. К условно ограниченному относят нагноения послеродовой раны, эндометрит, мастит. Генерализованные формы представлены перитонитом, сепсисом, септическим шоком. Наличие системного воспалительного ответа у роженицы с условно ограниченной формой заболевания требует интенсивного наблюдения и лечения как при сепсисе.

Послеродовая инфекция, скорее всего, имеет место при повышении температуры тела выше 38 °С и боли в матке через 48-72 ч после родов. В первые 24 ч после родов в норме нередко отмечается повышение температуры тела. Приблизительно у 80 % женщин с повышением температуры тела в первые 24 ч после родов через естественные родовые пути признаки инфекционного процесса отсутствуют.

В Международной классификации болезней МКБ-10 (1995) также выделяют следующие послеродовые инфекционные заболевания в рубрике «Послеродовой сепсис»:

085 Послеродовой сепсис

Послеродовой (ая):

- эндометрит;
- лихорадка;
- перитонит;
- септицемия.

## 086.0 Инфекция хирургической акушерской раны

Инфицированная (ый):

- рана кесарева сечения после родов;
- шов промежности.

## 086.1 Другие инфекции половых путей после родов

- цервицит после родов
- вагинит

## 087.0 Поверхностный тромбоз в послеродовой период

### 087.1 Глубокий флеботромбоз в послеродовой период

- Тромбоз глубоких вен в послеродовой период
- Тазовый тромбоз в послеродовой период

## Этиология

Основными возбудителями акушерских септических осложнений являются ассоциации грамположительных и грамотрицательных анаэробных и аэробных микробов, при этом преобладает условно-патогенная микрофлора. В последнее десятилетие также определенную роль в этих ассоциациях стали играть инфекции нового поколения, которые передаются половым путем: хламидии, микоплазмы, вирусы и др.

Состояние нормальной микрофлоры женских половых органов играет важную роль в развитии гнойно-септической патологии. Установлена высокая корреляция между бактериальным вагинозом (вагинальным дисбактериозом) у беременных и инфицированием околоплодных вод, осложнениями беременности (хориоамнионитом, преждевременными родами, преждевременным разрывом плодных оболочек, послеродовым эндометритом, фетальными воспалительными осложнениями).

При госпитальной инфекции, которая возникает в 10 раз чаще, ведущее значение имеет экзогенное поступление бактериальных возбудителей. Основными возбудителями нозокомиальных инфекций в акушерско-гинекологической практике являются грамотрицательные бактерии, среди которых чаще всего встречаются энтеробактерии (кишечная палочка).

Несмотря на большое разнообразие возбудителей, в большинстве случаев при послеродовом инфицировании обнаруживаются грамположительные микроорганизмы (25 %). *Staphylococcus aureus* - 35 %, *Enterococcus spp.* - 20 %, *Coagulase-negative staphylococcus* - 15 %, *Streptococcus pneumoniae* - 10 %, другие грамположительные - 20 %;

Грамотрицательные микроорганизмы (25 %). *Escherichia coli* - 25 %, *Klebsiella/ Citrobacter* - 20 %, *Pseudomonas aeruginosa* - 15 %, *Enterobacter spp.* - 10 %, *Proteus spp.* - 5 %, другие - 25

%; грибы рода *Candida* - 3 %; анаэробная микрофлора - с помощью специальных исследовательских приемов (20 %); неустановленная микрофлора - в 25 % случаев.

### **Патогенез**

В настоящее время предложено использовать такое понятие, как «синдром системного воспалительного ответа» (ССВО, Systemic Inflammatory Response Syndrom - SIRS), и рассматривать его как универсальный ответ иммунной системы организма на воздействие сильных раздражителей, в том числе и инфекции. При инфекции такими раздражителями являются токсины (экзо- и эндотоксины) и ферменты (гиалуронидаза, фибринолизин, коллагеназа, протеиназа), которые вырабатываются патогенными микроорганизмами. Одним из самых мощных пусковых факторов каскада реакций ССВО является липополисахарид (LPS) мембран грамотрицательных бактерий.

В основе ССВО лежит образование чрезмерно большого количества биологически активных веществ - цитокинов (интерлейкины (IL-1, IL-6), фактор некроза опухоли (TNF $\alpha$ ), лейкотриены, у-интерферон, эндотелины, фактор активации тромбоцитов, оксид азота, кинины, гистамины, тромбоксан A<sub>2</sub> и др.), которые оказывают патогенное влияние на эндотелий (нарушают процессы коагуляции, микроциркуляции), увеличивают проницаемость сосудов, что приводит к ишемии тканей

### **Симптомы послеродовых инфекционных заболеваний**

Характерны общие клинические проявления воспалительной реакции:

- местная воспалительная реакция: боль, гиперемия, отек, местное повышение температуры, нарушение функции пораженного органа;
- общая реакция организма: гипертермия, лихорадка. Признаки интоксикации (общая слабость, тахикардия, снижение артериального давления, тахипноэ) свидетельствуют о развитии ССВО

Основными жалобами больных с отсроченными осложнениями кесарева сечения являются:

- слабость, отсутствие аппетита;
- длительный субфебрилитет с периодическим повышением температуры (по вечерам);
- боли;
- рези или чувство жжения при мочеиспускании;
- нарушения дефекации с периодическим появлением жидкого стула;
- наличие гнойных или кровянистых выделений из половых путей;
- наличие инфильтратов и абсцессов в области передней брюшной стенки.

Основные жалобы таких больных могут быть скудными, не отражают тяжести состояния

пациенток, поэтому огромное значение для постановки диагноза имеет тщательный сбор анамнеза, при этом основное внимание следует обратить на следующие моменты:

- наличие факторов риска развития гнойно-септических осложнений, перечисленных выше;
- длительный лихорадочный период, с возобновлением гипертермии после окончания антибактериальной терапии;
- наличие преходящего пареза кишечника;
- назначение в послеоперационном периоде антибактериальной терапии, особенно длительных или повторных курсов;
- применение массивной инфузионной терапии, интенсивных или повторных курсов лечения пареза кишечника;
- применение любых видов дренирования и санации матки, брюшной полости, клетчаточных пространств таза, раны передней брюшной стенки;
- наличие у ребенка внутриутробных инфекционных заболеваний (от везикулеза до сепсиса);
- наличие инфильтратов, нагноений раны передней брюшной стенки, заживление раны полностью или частично вторичным натяжением.

Анализ клинических проявлений отсроченных осложнений кесарева сечения позволил выявить ряд **прогностически неблагоприятных клинических симптомов**:

- повторное повышение температуры выше 38°C после отмены антибактериальной терапии;
- отсутствие тенденции к формированию шейки матки;
- наличие гематомы или инфильтрата в позадипузырном пространстве;
- стойкая субинволюция матки;
- наличие преходящего пареза кишечника.

Наличие подобного симптомокомплекса свидетельствует о различных вариантах генерализации инфекции и, следовательно, о жизненной необходимости оперативного лечения.

### **Диагностика послеродовых инфекционных заболеваний**

При диагностике учитываются данные:

- клинические: осмотр поврежденной поверхности, оценка клинических признаков, жалоб, анамнеза;
- лабораторные: общий анализ крови (лейкограмма), общий анализ мочи, бактериологическое исследование экссудата, иммуннограмма;

- инструментальные: УЗИ.
- субинволюция матки;
- увеличение и расширение полости матки;
- наличие в полости матки различных по величине и экзогенности включений (внутриполостная серозная жидкость, гной); наличие на стенках матки линейных эхопозитивных структур (в виде прерывистого или непрерывистого контура), отражающих наложение фибрина;
- неоднородность миометрия (в области рубца, передней и задней стенок матки);
- локальное изменение структуры миометрия в области швов в виде участков пониженной эхогенности в форме бабочки или конуса (зона инфильтрации);
- локальное расстройство кровообращения в области рубца, выражающееся в снижении объемного кровотока и повышении индексов сосудистой резистентности.

Основным показателем ультразвукового исследования, свойственным только больным с несостоятельным швом на матке, являлась деформация полости в области рубца (как наружного, так и внутреннего контура), определялось локальное втяжение, в области послеоперационного рубца визуализировалась «ниша».

## Лечение

Единственным радикальным методом лечения отсроченных осложнений кесарева сечения является хирургический. Тактика ведения больных должна быть индивидуальной, характер хирургического компонента должен определяться формой гнойно-септической инфекции, и прежде всего наличием или отсутствием ее генерализации. Раннее распознавание вторичной несостоятельности швов на матке и применение активной тактики позволяют рассчитывать на благоприятный для больной исход заболевания.

В случае отсутствия генерализованной инфекции применимы два варианта хирургического лечения:

- I вариант - консервативно-хирургическое лечение, в котором хирургическим компонентом является гистероскопия;
- II вариант - органосберегающее хирургическое лечение - наложение вторичных швов на матку.

Первые два вида хирургического лечения предпринимаются при отсутствии неблагоприятных клинических, эхографических и гистероскопических признаков, свидетельствующих о распространении и генерализации инфекции (полная несостоятельность швов на матке, панметрит, абсцедирование); при этом первый вариант, т.е.

гистероскопия, используется у всех больных, в том числе перед наложением вторичных швов на матку в качестве адекватной предоперационной подготовки.

- III вариант - радикальное хирургическое лечение предпринимается у пациенток в случаях позднего поступления больных с уже генерализованной инфекцией, а также при отсутствии эффекта от консервативно-хирургического лечения и выявлении неблагоприятных клинических, эхографических и гистероскопических признаков, свидетельствующих о прогрессировании инфекции.

Консервативно-хирургическое лечение включает в себя гистероскопию (хирургический компонент лечения) и медикаментозное лечение.

Гистероскопия обязательно должна начинаться «вымыванием» патологического субстрата (фибрина, гноя) из полости матки до чистых вод током прохладной антисептической жидкости, включать прицельное удаление некротических тканей, шовного материала, остатков плацентарной ткани и заканчиваться введением в полость матки двухпросветной силиконовой трубки для проведения последующей в течение 1-2 суток активной аспирации полости матки при помощи аппарата ОП-1.

- активное вымывание и механическое удаление инфицированного и токсичного содержимого полости матки (фибрина, некротических тканей), что приводит к значительному снижению интоксикации;
- приостановку дальнейшего нарастания микробной инвазии (гипотермическое действие охлажденного фурацилина);
- усиление моторики матки;
- снятие отека в пораженном органе и окружающих тканях;
- предотвращение поступления токсинов и микроорганизмов в кровеносную и лимфатическую системы. Обеспечение надежного оттока промывной жидкости и лохий исключает возможность повышения внутриматочного давления и проникновения содержимого матки в брюшную полость.

Таким образом, при развитии послеоперационного эндометрита после кесарева сечения лечебно-диагностическую гистероскопию необходимо проводить на 5-7-е сутки. Ранняя диагностика и активная тактика (включающая гистероскопию с удалением патологического субстрата, лигатур, промывание полости матки растворами антисептиков, активная аспирация и дренирование полости матки) увеличивают вероятность выздоровления или выполнения реконструктивной операции при несостоятельном шве на матке после кесарева сечения и позволяют предотвратить генерализацию инфекции.

Одновременно с гистероскопией и последующим аспирационно-промывным дренированием полости матки проводится **медикаментозное лечение**. Его составляющими являются:

## 1. **Антибактериальная терапия.**

Для терапии послеродового эндометрита в литературе рекомендуется использование следующих воздействующих на наиболее вероятных возбудителей воспалительного процесса препаратов.

Применяются следующие препараты или их комбинации, влияющие на основные патогены. Их следует обязательно вводить интраоперационно, т.е. во время гистероскопии (внутривенное введение в максимальной разовой дозе) и продолжать антибактериальную терапию в послеоперационном периоде в течение 5 суток:

- **комбинации пенициллинов с ингибиторами /бета-лактамаз**, например комбинации амоксициллин/клавулановая кислота (аугментин). Разовая доза аугментина - 1,2 г в/в, суточная - 4,8 г, курсовая - 24 г, доза, применяемая во время гистероскопии, - 1,2 г препарата внутривенно;
- **цефалоспорины II генерации в комбинации с нитроимидазолами и аминогликозидами**, например, цефуроксим + метрогил + гентамицин:
  - цефуроксим в разовой дозе 0,75 г, суточной дозе 2,25 г, курсовой дозе 11,25 г;
  - метрогил в разовой дозе 0,5 г, суточной дозе 1,5 г, курсовой дозе 4,5 г;
  - гентамицин в разовой дозе 0,08 г, суточной дозе 0,24 г, курсовой дозе 1,2 г;
  - интраоперационно внутривенно вводят 1,5 г цефуроксима и 0,5 г метрогила;
- **цефалоспорины I генерации в комбинации с нитроимидазолами и аминогликозидами**, например, цефазолин + метрогил + гентамицин:
  - цефазолин в разовой дозе 1 г, суточной дозе 3 г, курсовой дозе 15 г;
  - метрогил в разовой дозе 0,5 г, суточной дозе 1,5 г, курсовой дозе 4,5 г;
  - гентамицин в разовой дозе 0,08 г, суточной дозе 0,24 г, курсовой дозе 1,2 г;
  - интраоперационно внутривенно вводят 2,0 г цефазолина и 0,5 г метрогила.

По окончании антибактериальной терапии всем больным следует провести коррекцию биоценоза лечебными дозами пробиотиков: лактобактерином или ацилактом (по 10 доз 3 раза) в сочетании со стимуляторами роста нормальной микрофлоры кишечника (например, хилак форте по 40-60 капель 3 раза в день) и ферментами (фестал, мезим форте по 1-2 таблетке при каждом приеме пищи).

2. **Инфузионная терапия:** целесообразен объем трансфузий 1000-1500 мл в сутки, продолжительность терапии индивидуальна (в среднем 3-5 суток). Она включает:

1. кристаллоиды (5 и 10% растворы глюкозы и заменителей), способствующие восстановлению энергетических ресурсов, а также корректоры электролитного обмена (изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера-Локка, лактасоль, йоностерил);
2. плазмозамещающие коллоиды (реополиглюкин, гемодез, желатиноль, 6 и 10% растворы НАЕС-стерила);
3. белковые препараты (свежезамороженная плазма; 5, 10 и 20% растворы альбумина);
4. улучшению реологических свойств крови способствует применение дезагрегантов (трентал, курантил), которые добавляют соответственно по 10 или 4 мл в инфузионные среды.
3. Обязательно применение средств, способствующих сокращению матки, в сочетании со спазмолитиками (окситоцин по 1 мл и но-шпа 2,0 в/м 2 раза в сутки).
4. Обосновано назначение антигистаминных препаратов в сочетании с седативными средствами.
5. Целесообразно применение иммуномодуляторов - тималина или Т-активина по 10 мг ежедневно в течение 10 дней (на курс 100 мг).
6. Патогенетически обосновано применение нестероидных противовоспалительных средств, обладающих к тому же анальгетическим и антиагрегационным эффектом. Препараты назначают после отмены антибиотиков. Рекомендуется применение диклофенака (вольтарена) по 3 мл в/м ежедневно или через день (на курс 5 инъекций).
7. Целесообразно назначение препаратов, ускоряющих репаративные процессы - актовегина по 5-10 мл в/в или солкосерила по 4-6 мл в/в капельно, затем по 4 мл в/м ежедневно.

Результаты лечения оценивают по характеру изменений температурной реакции, показателей крови, срокам инволюции матки, характеру лохий, данным УЗИ и контрольной гистероскопии.

При эффективности консервативно-хирургического лечения в течение 7-10 дней нормализуются клиничко-лабораторные показатели (температура, количество лейкоцитов, общий белок, уровень средних молекул), происходит инволюция матки, выявляется положительная динамика при УЗИ.

Стимуляция кишечника производится «мягкими», физиологическими методами за счет применения эпидуральной блокады, коррекции гипокалиемии и использования препаратов метоклопрамида (церукала, реглана). При отсутствии достаточного эффекта показано применение прозерина, калимина, убретида.

После отмены антибиотиков и гепарина целесообразно **применение нестероидных противовоспалительных средств**. Рекомендуется применение диклофенака (вольтарена) по 3 мл в/м ежедневно или через день (на курс 5 инъекций). Всем больным в это же время

проводится коррекция биоценоза, продолжается внутримышечное введение актовегина (солкосерила), заканчивается курс лечения иммуномодуляторами.

**Хирургическое лечение больных с генерализованными формами гнойных послеродовых заболеваний** осуществляют по принципам радикального удаления гнойного очага и его адекватного дренирования. Операцию целесообразно проводить в условиях ремиссии гнойного воспаления.

Предоперационная подготовка в таких случаях должна быть направлена на коррекцию нарушений белкового и водно-электролитного обмена, иммунного статуса, купирование экссудативных и инфильтративных проявлений воспаления, улучшение микроциркуляции и предупреждение бактериального шока. Проведение антибактериальной терапии в этот период нецелесообразно, так как характер гнойного процесса в таких случаях носит уже хронический характер, очаг гнойного воспаления осумкован (отграничен), поэтому антибактериальная терапия не достигает цели, к тому же больные получают к этому времени, по нашим данным, по 2-3 курса антибиотиков. Длительность предоперационной подготовки - 3-5 дней, если нет показаний для экстренной операции (разлитой гнойный перитонит, септический шок, угроза перфорации тазовых абсцессов в мочевого пузыря).

В послеоперационном периоде во всех случаях применяется аспирационно-промывное дренирование полости малого таза и зон деструкции с использованием трансвагинального метода введения дренажей через открытый купол влагалища при экстирпации матки или кольпотомическую рану при ее сохранении. Трансвагинальный метод позволяет проводить длительное дренирование, не опасаясь формирования фистул, развития абсцессов и флегмон передней брюшной стенки.

В случае расположения абсцессов в подпеченочных и поддиафрагмальных пространствах дополнительно вводят дренажи через контрапертуры в мезо- и эпигастральных областях.

В послеоперационном периоде проводится интенсивная терапия по вышеописанной схеме (за исключением утеротонических средств).

### **Профилактика**

Основными методами профилактики гнойных осложнений после кесаревого сечения являются:

- выделение групп риска;
- использование рациональной техники операции и адекватного шовного материала;
- проведение периоперационной антибактериальной профилактики (одно-трехкратное введение препаратов) в зависимости от степени риска.

При низкой степени инфекционного риска профилактика осуществляется однократным

интраоперационным (после пережата пуповины) введением цефазолина (2,0 г) или цефуросима(1,5 г).

При средней степени риска целесообразно интраоперационное (после пережата пуповины) использование аугментина в дозе 1,2 г, а при необходимости (сочетание многих факторов риска) препарат в той же дозе (1,2 г) дополнительно вводят и в послеоперационном периоде - через 6 и 12 ч после его первого применения. Возможны варианты: цефуросим 1,5 г + метрогил 0,5 г интраоперационно (после пережата пуповины), а при необходимости цефуросим 0,75 г + метрогил 0,5 г через 8 и 16 ч после первого введения.

При высоком реальном риске осложнений - профилактическая антибактериальная терапия (5 суток) в сочетании с АПД полости матки (трубка вводится интраоперационно); создание оптимальных условий репарации послеоперационной зоны; раннее адекватное и эффективное лечение эндометрита после кесарева сечения.

## **Литература**

1. Айламазян, Э. К. Акушерство : учеб. для мед. вузов / Э. К. Айламазян. СПб., 1999. С. 417–431.
2. Акушерство : справ. / под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. М. : Практика, 1999. 704 с.
3. Акушерство от десяти учителей / под ред. С. Кэмпбелла, К. Лиза. М. : Мед. информ. агенство, 2004. С. 360–365.