

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

«АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ».

Выполнила:
Клинический ординатор
Байрамова А.Р.

Красноярск, 2018

Содержание:

1. Введение

2. Краткая информация

2.1 Определение

2.2 Этиология и патогенез

2.3 Эпидемиология

2.4 коды по МКБ-10

2.5 Классификация

3.Диагностика

3.1 Жалобы и анамнез

3.2 Физикальное обследование

3.3 Лабораторная диагностика

3.4 Инструментальная диагностика

3.5 Дифференциальная диагностика

4.Лечение

4.1 Схема АБ терапии при перитоните

4.2 Оперативное лечение

4.3 Симптоматическое лечение

5. Реабилитация

6. Профилактика

7. Список литературы

1. Введение

Актуальность проблемы перитонита после кесарева сечения (ПКС) в настоящее время не вызывает сомнений. Это обусловлено постоянно возрастающей частотой абдоминального родоразрешения, высоким уровнем материнской смертности и инвалидизации молодых женщин при данной патологии.

В литературе последних десятилетий мало новых данных о клинике ПКС, поэтому до сих пор остается дискуссионным вопрос о причинах развития заболевания, недостаточно изучена его этиология и данные об изменении гомеостаза, слабым местом является организация лечебно-диагностической помощи таким больным. В связи с этим возникает необходимость критического анализа имеющихся данных, особенно малоизученных факторов риска, к которым относятся и технические погрешности непосредственно во время операции, и своевременность диагностики перитонита. Актуальность этих вопросов при решении проблемы ПКС очевидна, поэтому изучение некоторых из них определило направление данной работы.

Целью настоящего научного исследования является оценка малоизученных и дискуссионных факторов риска перитонита после кесарева сечения и возможностей повышения эффективности диагностики и лечения данной патологии.

2. Краткая информация

2.1 Определение

Перитонит – острое воспаление брюшины, сопровождающееся тяжелыми общими симптомами с прогрессирующим нарушением функций жизненно важных органов и систем и последующим развитием полиорганной недостаточности.

Акушерский перитонит (АП) – одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода.

2.2 Этиология и патогенез

Источником инфекции при АП в большинстве случаев является матка. Причинами могут быть хориоамнионит в родах, послеродовой эндометрит, несостоятельность или расхождение швов на матке после КС и др.

АП – мультифакторная патология, обусловленная энтеробактериями (*Escherichia coli*, *Pseudomonas* spp., *Klebsiella* spp., *Proteus* spp. и др.), грамположительными кокками (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* spp. и др.), а также неспорообразующими анаэробами (бактероиды, пептококки, пептострептококки и др.). Наиболее тяжелые формы послеродового перитонита обусловлены аэробно-анаэробными ассоциациями.

Ведущее место в генезе акушерского перитонита принадлежит интоксикации, обусловленной бактериальными токсинами, тканевыми протеазами, биогенными аминами (гистамин, серотонин, кинин), гиповолемии и парезу ЖКТ. Под воздействием токсинов, бактерий и продуктов их жизнедеятельности, возникают глубокие патоморфологические изменения в организме, нарушаются метаболические процессы со сдвигом их в сторону катаболизма. Угнетаются обменные процессы во всех тканях, нарушается функция жизненно важных органов и система гемостаза. В процессе токсического поражения клеток организма активное участие принимают продукты метаболизма арахидоновой кислоты: тромбоксаны, простагландины и простагландины,

которые, выделяясь в сыворотку крови и легочную лимфу, приводят к возникновению гемодинамических и вентиляционных нарушений.

Особое место в патогенезе акушерского перитонита занимает парез кишечника. Перерастяжение кишечных петель жидкостью и газами приводит к нарушению двигательной, секреторной, всасывательной функций кишечника, расстройству межуточного обмена и обезвоживанию. В его просвет поступают и там секвестрируются значительные объемы жидкости, содержащей большое количество белка, электролитов, в том числе ионов калия. Давление в просвете кишки повышается, возникает ее перерастяжение, ишемия стенки, что, в конечном счете, усиливает и усугубляет парез.

В терминальной стадии важное значение приобретает угнетение симпатических и парасимпатических нервных импульсов, нарушающее функцию жизненно важных органов.

2.3 Эпидемиология

Частота перитонита после кесарева сечения варьирует в различных стационарах от 0,1 до 1,5%. В значительной мере она определяется контингентом беременных, рожениц и родильниц, а также уровнем оказания акушерской помощи. Чаще всего перитонит возникает после кесарева сечения (98%), значительно реже – вследствие гнойного сальпингоофорита и септикопиемии (1-2%). Более чем в 55% случаев перитонит развивается в следствие несостоятельности швов на матке, около 30% – при инфицировании брюшины внутриматочным содержимым при выполнении операции на фоне хориоамнионита, 15-20% – в результате нарушения барьерной функции кишечника. В структуре материнской летальности от послеродового сепсиса перитонит занимает 37-40%.

2.4 Коды по МКБ-10

Другие послеродовые инфекции (O86):

O86.8 – Другие уточненные послеродовые инфекции.

2.5 Классификация

В зависимости от способа инфицирования брюшины:

- первичный перитонит обусловлен поражением брюшины, инфицированным содержимым матки в случае операции, произведенной на фоне хориоамнионита, или проникновением в брюшную полость микрофлоры кишечника в связи с патологическими изменениями его стенки при послеоперационном парезе;
- вторичный перитонит обусловлен несостоятельностью швов на матке, эндометритом, ранением во время операции соседних органов (мочевого пузыря, кишечника и др.).

По характеру экссудата:

- серозный;
- фибринозный;
- гнойный.

По степени распространенности:

- отграниченный;

- диффузный;
- распространенный;
- разлитой.

По клиническому течению:

- перитонит с классическими признаками;
- перитонит со стертой клинической картиной;
- перитонит с затяжным течением, который характеризуется наличием обострений, связанных с образованием межпетельных, подпеченочных, поддиафрагмальных абсцессов.

3. Диагностика

3.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендуется различать 3 стадии перитонита.

I фаза – реактивная стадия. Эта стадия обычно продолжается 24 ч.

II фаза – токсическая. Длительность стадии составляет 24-72 ч.

III фаза – терминальная. Продолжается данная фаза свыше 7 ч.

В клинической картине акушерского перитонита рекомендовано выделять раннее начало (на 1-2 сутки после операции), гипертермию (температура тела 39,0°C и выше), выраженную тахикардию, парез кишечника. В зависимости от времени послеоперационного периода, отмечается: к концу 2-х суток развивается паралитическая непроходимость кишечника, с 3-4 дня после операции быстро нарастают признаки интоксикации, появляется экссудация в брюшную полость, транссудация в кишечник, на 4-9-е сутки развивается перитонит на фоне эндометрита и несостоятельности швов на матке, сопровождающихся обильными гнойными выделениями из влагалища и попаданием содержимого матки в брюшную полость.

Перитонит со стертой клинической картиной характеризуется стойким учащением пульса, метеоризмом, временно уменьшающимся после стимуляции желудочно-кишечного тракта, выраженной болезненностью матки, особенно в области ее разреза, лейкоцитозом со сдвигом формулы влево, увеличение числа палочкоядерных лейкоцитов до 40%, лимфопенией, снижением содержания общего белка крови и альбуминов. В начале заболевания больным нередко устанавливают диагноз эндометрита. Применение антибиотиков еще более затушевывает клиническую картину. Однако для данного типа перитонита характерен выраженный и стойкий парез кишечника. Иногда консервативные мероприятия дают временный и неполный эффект. Симптомы раздражения брюшины часто отсутствуют и появляются уже в запущенной стадии заболевания.

3.2 Физикальное обследование

На этапе постановки диагноза:

- Рекомендуется общее физикальное обследование роженицы (осмотр кожных покровов и слизистых оболочек, пальпация региональных лимфоузлов, молочных желез, живота, выявление нарушений перистальтики, перитонеальных симптомов,

осмотр швов на передней брюшной стенке, промежности, пальпация по ходу сосудистых пучков нижних конечностей);

- Рекомендуется термометрия, измерение частоты пульса и артериального давления;
- Рекомендуется проведение влагалищного исследования.

Комментарии: влагалищное исследование включает осмотр наружных половых органов, осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах, влагалищное пальцевое бимануальное исследование органов малого таза.

При осмотре в зеркалах необходимо обратить внимание на состояние цервикального канала (его зияние, мутные лохии позволяют заподозрить ПЭ и наличие в матке патологических субстратов), при бимануальном исследовании следует определить консистенцию матки, ее размеры. У большинства больных отмечается болезненность при пальпации матки в области дна и боковых стенок.

3.3 Лабораторная диагностика

На этапе постановки диагноза:

- Рекомендуется провести общий анализ крови (лейкоцитоз или лейкопения, нейтрофилез с резко выраженным сдвигом влево, прогрессирующая анемия, тромбоцитопения), гемостазиограмму (выявление гиперкоагуляции, иногда признаков коагулопатии потребления), биохимический анализ крови: (нарушение белкового обмена, изменение показателей липидного обмена, увеличение содержания азотистых шлаков; определение С-реактивного протеина, прокальцитонина; развитие метаболического ацидоза и респираторного алкалоза), общий анализ мочи (протеинурия, лейкоцитурия, цилиндрурия).
- Рекомендуется проводить забор биологических сред для проведения микробиологических исследований с количественной оценкой микробной обсемененности и определением чувствительности к антибактериальным препаратам: крови (особенно при ознобах), отделяемого из матки и брюшной полости (при возможности во время операции) и отделяемого из дренажей в послеоперационном периоде.

3.4 Инструментальная диагностика

На этапе постановки диагноза:

- Рекомендуется выполнение УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза, определение наличия свободной жидкости в брюшной полости.
- Рекомендуется проведение рентгенологического исследования брюшной полости.
- Рекомендуется выполнение магнитно-резонансной томографии (МРТ).
- Рекомендуется проведение диагностической лапароскопии.

3.5 Дифференциальная диагностика

- Рекомендуется на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования перитонит (в реактивной стадии) дифференцировать с тяжелой формой эндометрита, острым гнойным пиелонефритом, почечной и печеночной коликой, внутрибрюшным кровотечением, общими инфекционными заболеваниями.

4. Лечение

Лечение акушерского перитонита проводят в отделении интенсивной терапии или реанимации совместно акушером-гинекологом, хирургом, реаниматологом и терапевтом.

Цели лечения

Удаление гнойного очага, исчезновение инфекционно-воспалительного процесса, предотвращение развития осложнений, клиническое выздоровление.

Показания к госпитализации

Акушерский перитонит является показанием для госпитализации в отделение интенсивной терапии или реанимации акушерско-гинекологического стационара.

Форма помощи

Несмотря на планирование проведения диагностических и лечебных мероприятий пациентам при акушерском перитоните, помощь носит неотложный характер. Отсрочка хирургического вмешательства, антибактериального и инфузионного лечения утяжеляет прогноз у конкретного больного, увеличивает риск летального исхода.

- Рекомендуется проводить терапию в три этапа: предоперационная подготовка, хирургическое вмешательство и интенсивная послеоперационная терапии.
- Рекомендуется предоперационную подготовку выполнять в течение 1,5-2 ч.

Комментарии: Проводят декомпрессию желудка с помощью назогастрального зонда, катетеризацию подключичной вены, инфузионную терапию, включающую детоксикационные растворы, белковые препараты, электролиты; внутривенное введение антибактериальных препаратов. Затем выполняют хирургическое вмешательство – релапаротомия с экстирпацией матки, санацией и дренированием брюшной полости.

- Рекомендуется в послеоперационном периоде проводить комплексное лечение:
- антибактериальная терапия;
- коррекция метаболических нарушений;
- инфузионно-трансфузионная, детоксикационная, общеукрепляющая, десенсибилизирующая, иммуномодулирующая, симптоматическая, гормональная терапия; коррекция нарушений гемостаза и нарушений функции жизненно важных органов;
- симптоматическая терапия гиповолемического шока, легочной, почечно-печеночной недостаточности, нарушений функций ЦНС;
- стимуляция и восстановление моторно-эвакуаторной функции ЖКТ;
- проведение методов детоксикации: гемосорбция, плазмаферез, гемодилюция.

Комментарии: При установлении диагноза акушерского перитонита проводят эмпирическую антибактериальную терапию ЛС широкого спектра действия в

максимально допустимой терапевтической дозировке, с учетом обсемененности первичного очага инфекции, клинических проявлений и наиболее вероятного возбудителя.

После идентификации возбудителя при необходимости проводят коррекцию антибиотикотерапии. Ее продолжают до нормализации температуры тела и лабораторных показателей. При перитоните, обусловленном ассоциациями аэробных и анаэробных бактерий, проводят монотерапию антибиотиками широкого спектра действия или применяют комплексную терапию цефалоспорины или ингибиторозащищенными пенициллинами, воздействующими на грамположительную и грамотрицательную аэробную микрофлору, в сочетании с метронидазолом или линкозамидами, эффективными в отношении анаэробов.

4.1 Таблица 1. Схема АБ терапии при перитоните

МОНОТЕРАПИЯ	Название группы	Название препарата	Схемы введения
	Цефалоспорины	Цефепим**	1-2г х 2р. в сут., в/в
	Карбапенемы	Имипенем+Циластатин**	0,5-1г х 3-4 р. в сут., в/в
	Карбапенемы	Меропенем**	0,5-1г х 3 р. в сут., в/в
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ	Цефалоспорины + Аминогликозиды + Противопроtoзойные и противомикробные препараты	Цефотаксим**/ Цефтазидим**/ Цефоперазон**/ Цефтриаксон** + Гентамицин**/ Нетилмицин/ Амикацин** + Метронидазол**	1-2г х 3 р. в сут., в/в + 3-5мг/кг в сут. в/в / 4-7,5мг/кг в сут. в/в / 15-20мг/кг в сут. в/в + 0,5г 3 р. в сут., в/в
	Цефалоспорины + Аминогликозиды + Линкозамиды	Цефотаксим**/ Цефтазидим**/ Цефоперазон**/ Цефтриаксон** + Гентамицин**/ Нетилмицин/ Амикацин**	1-2г х 3 р. в сут., в/в + 3-5мг/кг в сут. в/в / 4-7,5мг/кг в сут. в/в /

		+ Линкомицин**/Клиндамицин**	15-20мг/кг в сут. в/в + 0,6г х 3р. в сут., в/в / 0,6г х 3р. в сут. в/в
	Защищенные пенициллины + Аминогликозиды + Противопрозои- ые и противомикробны е препараты	Амоксициллин+клавулановая кислота** + Гентамицин**/ Нетилмицин/ Амикацин** + Метронидазол**	1,2г х 3 р. в сут., в/в + 3-5мг/кг в сут. в/в / 4-7,5мг/кг в сут. в/в / 15-20мг/кг в сут. в/в + 0,5г 3 р. в сут., в/в
	Защищенные пенициллины + Аминогликозиды	Тикарциллин+ клавулановая кислота / Пиперацillin + тазобактам + Гентамицин**/ Нетилмицин/ Амикацин**	3,1 г внутривен но 3-4 раза в сутки / 4,5 г внутривен но 3 раза в сутки + 3-5мг/кг в сут. в/в / 4- 7,5мг/кг в сут. в/в / 15-20мг/кг в сут. в/в
	Цефалоспорины + Оксазолидины	Цефотаксим**/ Цефтазидим**/ Цефоперазон**/ Цефтриаксон** + Линезолид**	1-2 г внутривен но 2 раза в сутки + 0,8-1,2 г/сутки (10мг/кг в сутки в 2 введения)

			внутривенно
	Цефалоспорины + Линкозамиды	Цефотаксим**/ Цефтазидим**/ Цефоперазон**/ Цефтриаксон** + Клиндамицин**	1-2 г внутривенно 2 раза в сутки + 0,6г x 3р. в сут. в/в

4.2 Оперативное лечение

- Рекомендуется проводить релапаротомию, включающую экстирпацию матки с трубами, удаление яичников при гнойном поражении, ревизию и санацию брюшной полости, поддиафрагмального пространства, боковых каналов, удаление гнойного экссудата, декомпрессию кишечника с помощью длинных тонкокишечных зондов типа Эбботта-Миллера, адекватное дренирование брюшной полости через переднюю брюшную стенку. Дренажи сохраняют до восстановления перистальтики кишечника и прекращения оттока отделяемого из брюшной полости.

4.3 Симптоматическое лечение

- Рекомендовано для профилактики кандидоза и дисбактериоза применять флуконазол** 150 мг внутривенно однократно каждые 7 дней продолжающегося лечения АБ препаратами.
- Рекомендовано для предупреждения аллергических реакций использовать антигистаминные препараты.
- Рекомендовано в комплекс лечения АП включать инфузионную терапию.
- Рекомендовано в связи с выявленной активацией прокоагулянтного и тромбоцитарного звеньев системы гемостаза применять низкомолекулярные гепарины (надропарин кальция, эноксапарин натрия**).
- Рекомендовано при тяжелых формах АП применение эфферентных методов: гемосорбция, плазмаферез, лазерное облучение крови, озонотерапия.

Комментарии: с помощью этих методов достигается детоксикация, реологическая коррекция и иммунокоррекция. Вследствие сочетанного действия всех этих механизмов производится экстракорпоральная элиминация токсических субстанций, антигенов; происходит снижение вязкости крови, улучшение микроциркуляции, нормализация измененного тканевого метаболизма. Дополнительные эффекты обусловлены искусственной управляемой гемодилюцией путем введения инфузионных медикаментозных средств направленного действия.

5. Реабилитация

- Рекомендуется включить в план реабилитационных мероприятий физиотерапевтические методы воздействия, санаторно-курортное лечение.

6. Профилактика

- Рекомендовано профилактику акушерского перитонита начинать во время подготовки к операции.
- В случае развития кровопотери до операции (предлежание, отслойка плаценты) необходимо устранить дефицит ОЦК, восстановить или стабилизировать системы макро- и микроциркуляции, гемостаза и т.д.
- Рекомендовано использование в рамках профилактических мероприятий утеротоников (метилэргометрин**, окситоцин**) во время операции и в течение 3-4 дней после операции.
- Рекомендовано использовать соотношение между растворами коллоидов и кристаллоидов 1:1. Избыточное переливание кристаллоидов вызывает у акушерских больных быструю гипергидратацию. По показаниям объем инфузионной терапии может быть увеличен.
- Рекомендовано с целью детоксикации управляемую гемодилюцию сочетать со стимуляцией диуреза (по 20 мг фуросемида после каждого литра введенной жидкости).
- Рекомендовано на 2-е сутки после операции инфузионную терапию продолжить в объеме – 1200-1500 мл. На 3-и сутки при нормальном течении послеоперационного периода инфузионную терапию прекратить.

7. Список литературы

1. Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2012/ed. J.L. Vincent.-Springer-2012-845 p.
2. Bacterial Sepsis in Pregnancy. Green-top Guideline No. 64a 1st edition April 2012
3. Bacterial Sepsis following Pregnancy. RCOG. Green-top Guideline No.64b. 1st edition, April 2012
4. Bates Sh.M., Greer I. Pabinger A.I., Sofaer Sh., Hirsh J. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) and Pregnancy: Venous Thromboembolism, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy/ Chest 2008; 133: 844-886.
5. Caesarean section: Evidence Update March 2013. A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 132 'Caesarean section' (2011).- 28 p.
<https://arms.evidence.nhs.uk/resources/hub/953379/attachment>.
6. Carlsen S, Perner A; for the East Danish Septic Shock Cohort Investigators. Initial fluid resuscitation of patients with septic shock in the intensive care unit. Acta Anaesthesiol Scand. 2011 Apr;55(4):394-400.
7. Castro E.O., Figueiredo M.R., Bortolotto L., Zugaib M. Sepsis and septic shock during pregnancy: clinical management// Rev. Bras. Ginecol. Obstet.- 2008- Dec;30(12): -P. 631-8.
8. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mother's Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. BJOG 2011; 118 (suppl. 1): 1-203.

9. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mother's Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. BJOG 2011; 118 (suppl. 1): 1-203.
10. Chamberlain D.J., Willis E.M., Bersten A.B. The severe sepsis bundles as processes of care: A meta-analysis. AustCrit Care. 2011 Feb-14.