

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО
ЗАНЯТТЯ**
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Діагностика післяпологових ускладнень (код курсу 5.2)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

Дані знання, та в свою чергу їх практичне застосування, вносять великий вклад в основу лікування та профілактики гінекологічних захворювань, а також являються основоположними в просвітницькій роботі питань материнства та дитини. Тому метою заняття є поглибити та закріпити знання інтернів з питань етіології, патогенезу, діагностики та тактики лікування при післяпологових ускладненнях легкого ступеню .

II. Об'єм повторної інформації

1. Будова кісткового жіночого таза, жіночих статевих органів, кровопостачання органів малого таза.
2. Фізіологія вагітності та пологів.
3. Біомеханізм пологів при різних видах передлежання.
4. Заповнення партограми.
5. Засоби знеболення пологів і порядок їх призначення.
6. Зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження.
7. Оцінка ступеня зрілості шийки матки за шкалою Бішопа
8. Нагляд за статевими органами та молочними залозами після пологів.

III. Об'єм нової інформації

1. Визначити план ведення післяпологового періоду після ускладнених пологів.
2. Визначити план ведення післяпологового періоду після оперативного розродження.
3. Діагностика післяпологових ускладнень.
4. Етіологічні чинники післяпологових інфекційних захворювань та їх особливості.
5. Фізіологічні протиінфекційні бар'єри жіночого статевого тракту.
6. Особливості гуморального та клітинного імунітету у вагітних та породіль.
7. Особливості родового тракту у породіль, що сприяють виникненню післяпологових інфекційних захворювань.
8. Фактори, що виникають під час вагітності і сприяють розвитку післяпологових інфекційних захворювань.
9. Фактори, що виникають під час пологів і сприяють розвитку післяпологових інфекційних захворювань.
10. Фактори післяпологового періоду, що сприяють розвитку післяпологових інфекційних захворювань.
11. Класифікація післяпологових інфекційних захворювань.
12. Клінічна картина післяпологового ендоміометріта.
13. Діагностика післяпологового пельвіоперітоніта.
14. Основні принципи лікування післяпологових інфекційних захворювань.
15. Профілактика післяродових інфекційних захворювань.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування згідно теми по учбовим питанням.	30
3.	Опанування практичних навичок.	25
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	10

5.	Оцінка знань і навичок по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії пологів з наявністю післяпологових ускладнень легкого ступеню.
4. Обладнання і інструменти для гінекологічного обстеження породіллі.

VI. Перелік практичних навичок та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних та фізикальних методів обстежень породіллі для визначення подальшої тактики ведення породіллі.		+	
2.	Оцінити результати УЗД органів малого тазу породіллі.		+	
3.	Провести оцінку функціонального стану репродуктивної системи жінки.		+	
4.	Визначити тактику ведення породіллі при післяпологових ускладненнях легкого ступеню.		+	
5.	Визначити тактику ведення породіллі при оперативному розродженні.		+	
6.	Визначити терміни проведення специфічної профілактики післяпологових ускладнень.		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Який план ведення післяпологового періоду після нормальних пологів?
2. Який план ведення післяпологового періоду після ускладнених пологів?
3. Який план ведення післяпологового періоду після оперативного розродження?
4. Яка діагностика післяпологових ускладнень?
5. Які умови виписки жінки з післяпологового відділення?
6. Які загрозливі симптоми післяпологового періоду?
7. Які основні зміни, які відбуваються в усіх системах організму вагітної?
8. Які ознаки вагітності?
9. Яка схема обстеження породіллі?
10. Які принципи ведення післяпологового періоду?
11. Які принципи грудного вигодовування?
12. Яка класифікація післяпологових інфекційних захворювань?
13. Яка клінічна картина післяпологового ендометрита?
14. Яка діагностика післяпологового пельвіоперітоніта?
15. Які основні принципи лікування післяпологових інфекційних захворювань?
16. Яка профілактика післяродових інфекційних захворювань?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Визначити план ведення післяпологового періоду після нормальних пологів.
2. Визначити план ведення післяпологового періоду після ускладнених пологів.
3. Визначити план ведення післяпологового періоду після оперативного розродження.
4. Діагностувати післяпологові ускладнення та визначити тактику ведення породіллі з післяпологовими ускладненнями легкого ступеню.

Тестові завдання

1. Жінка 30 років з третьою вагітністю строком 32 тижні, масою 59 кг, з'явилася у пологовий будинок з симптомами пологової діяльності. При обстеженні виявлено: гнійний стафілококовий кольпіт та хоріоамніоніт. Після виділення посліду почалась кровотеча. Введено 5000 гепарину, перелито 250 мл крові, 1000 мл фізіологічного розчину. За 10 хвилин втрата крові перевищила 4000мл. На розтині виявлено загальну анемію(поодинокі еритроцити в полі зору судин), плями Мінакова, гнійний метроендометрит, розповсюджену бактеріальну емболію. Що у наведеному випадку було основним захворюванням?

А. Ускладнення медичних маніпуляцій.

В. Гнійний хоріоамніоніт.

С. Локальний бактеріальний фібриноліз в судинах плацентарного ложа.

Д. Токсико - бактеріальний шок.

Е. Геморагічний шок.

2. Породілля 28 років,пологи 1,термінові. На 2 добу з'явилися скарги на біль в ділянці симфізу,що підсилюються під час ходьби. При пальпації лонного зчленування виявляється біль та щілина між лонними кістками завширшки 0,8 см. Показники крові та сечі без змін. Яке найбільш ефективне лікування?

А. Гіпсова пов'язка на ділянку таза

В. Імобілізація у гамаку,знеболюючі засоби з антибактеріальною терапією

С. Корсет (на 6 місяців)

Д. Металоостеосинтез

Е. Лікування у травматологічному відділенні

3. У породіллі масивна кровотеча після після народження двійні через природні пологові шляхи.Дитяче місце та пологові шляхи цілі.дно матки вище пупка.Матка при пальпації м'яка,не реагує на введення скорочуючих матку засобів.Яка найбільш імовірна причина кровотечі?

А. Гіпотонія матки.

В. Пошкодження шийки матки.

С. Розрив матки.

Д. Затримка частки плаценти.

Е. Атонія матки.

Ситуаційні задачі :

Задача 1 . Породілля А., 32 років, родорозрішена через природні родові шляхи. Пологи ускладнилися розривом промежини II ступеня, виконана перінеопластика, на шкіру промежини накладені 4 шва.

Післяпологовий період протягом перших двох днів протікав без ускладнень. На 3 добу спостерігається підвищення температури тіла до 37,2 ° С, біль, печіння в області промежини.

Status praesens. АТ 120/60 і 120/80 мм рт. ст., Ps 76 в хв. Молочні залози м'які, соски чисті. Живіт м'який, безболісний. Дно матки на 5 см нижче пупка, матка при пальпації щільна, безболісна. Лохії сукровичні, помірні.

При огляді промежини - в області швів гіперемія, набряк, гнійне виділення. При пальпації наявна інфільтрація і болючість. Шви зняті, повне розходження швів, діастаз країв рани -

2 см, ранова поверхня покрита сірим некротичним нальотом, при знятті нальоту - рана кровоточить.

Запитання: Який діагноз? Яка тактика лікування?

Відповідь: Післяпологова виразка (ulcus puerperalis).

Тактика лікування: Переведення породіллі із акушерського відділення в обсерваційне або спеціалізований стаціонар по післяпологовим інфекцій.

Лікування місцеве, за принципами лікування гнійно-некротичних ран.

На **I етапі** обробка рани гіпертонічним розчином хлориду натрію з протеолітичними ферментами - Trypsinum або Chymotrypsinum 0,01-0,02 г в Sol. Novocaini 0,25% - 20-50 ml, на **II етапі** - мазь Вишневського.

У перші дні до промежини прикладають холод в інтермітуючому режимі опромінення промежини гелій-неоновим лазером. Після очищення рани накладення вторинних швів на промежину.

Задача 2. Породілля А., 32 років, родорозрішена через природні родові шляхи. Пологи ускладнилися розривом промежини II ступеня, виконана перінеопластика, на шкіру промежини накладені 4 шва.

Післяпологовий період протягом перших двох днів протікав без ускладнень. На 3 добу спостерігається підвищення температури тіла до 37,2 ° С, біль, печіння в області промежини.

Status praesens. АТ 120/60 і 120/80 мм рт. ст., Ps 76 в хв. Молочні залози м'які, соски чисті. Живіт м'який, безболісний. Дно матки на 5 см нижче пупка, матка при пальпації щільна, безболісна. Лохії сукровичні, помірні.

При огляді промежини - в області швів гіперемія, набряк, гнійне виділення. При пальпації наявна інфільтрація і болючість. Шви зняті, повне розходження швів, діастаз країв рани - 2 см, ранова поверхня покрита сірим некротичним нальотом, при знятті нальоту - рана кровоточить.

Запитання: Чи являється нагноєння швів на промежині і їх розходження ознаками післяпологової виразки?

Відповідь: Так. Особливістю виразки є те, що уражена ділянка покрита сіро-жовтим некротичним нальотом, при знятті якого кровоточить.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

Післяпологові ускладнення легкого ступеню

Післяпологовий період – починається відразу після закінчення пологів і триває протягом 8 тижнів

Післяпологовий період поділяється на ранній та пізній

Ранній післяпологовий період починається з моменту вигнання посліду та триває 2 години. В цей період породілля знаходиться у пологовому відділенні, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень, насамперед, кровотечі. Цей період є дуже важливим і його треба розглядати як термін швидкої адаптації функціональних систем після великого навантаження під час вагітності та пологів.

Пізній післяпологовий період настає через 2 години після пологів і триває впродовж 8 тижнів. Під час цього періоду відбувається зворотний розвиток всіх органів та систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами.

Післяпологовий догляд

Основні принципи післяпологового догляду.

1. Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини:
 - Оцінка стану матері, вимірювання та реєстрація температури, артеріального тиску, визначення характеру та частоти пульсу. Звертають увагу на молочні залози: визначають їх форму, можливе нагрубання, стан сосків, наявність тріщин на них.
 - Постійний контроль за післяпологовими виділеннями (лохіями) та інволюцією матки.

Інтервали часу:

протягом перших двох годин	- кожні 15 хвилин
протягом третьої години	- кожні 30 хвилин
протягом наступних трьох годин	- кожні 60 хвилин

протягом подальшого перебування в післяпологовому відділенні – один раз на добу.

- Виконання вправ післяпологової гімнастики.
2. Підтримка раннього грудного вигодовування:
 - Контакт „шкіра до шкіри” та раннє прикладання новонародженого до грудей, цілодобове сумісне перебування матері та новонародженого, заохочення матері вибрати ту позицію при грудному вигодовуванні, яка буде найбільш комфортною, як для неї, так і для дитини, сприяє тривалому та успішному вигодовуванню. Це забезпечує емоційний контакт та надає породіллі можливість висловлювати свої материнські почуття.
 - Захищає новонародженного від інфекцій
 3. Підтримка у матері відчуття впевненості в собі:
 - Надання матері точної та вичерпної інформації протягом всього післяпологового періоду відносно її стану та стану новонародженого, придбані навички якісного догляду та спостереження за дитиною підвищують відчуття впевненості в собі, а також нададуть можливість своєчасно звернутись за допомогою в разі необхідності.
 4. Проведення консультування з питань планування сім’ї та догляду за дитиною після виписки.

Виписка породіллі зі стаціонару проводиться після:

- Об’єктивної оцінки стану матері:
 - відсутність скарг;
 - стабільні показники гемодинаміки;
 - відсутність кровотечі;
 - відсутність ознак інфікування.

Не існує доказів на користь необхідності рутинного ультразвукового обстеження органів малого тазу жінок в післяпологовому періоді.

- Коли мати навчена догляду та нагляду за дитиною.

При відсутності відхилень від фізіологічного перебігу післяпологового періоду породілля з новонародженим виписується на 3 добу додому.

- Коли мати проконсультована з питань вигодовування новонародженого, післяпологової контрацепції та основним загрозливим симптомам післяпологового періоду.

Загрозливі симптоми у жінок в післяпологовому періоді:

Загрозливі симптоми у жінок в післяпологовому періоді:

- вагінальна кровотеча;
(використання 2-3 прокладок за 30 хв.);
- підвищення температури тіла;
- утруднення дихання;
- біль у животі;
- біль молочних залоз та сосків;
- біль у промежині;
- нетримання сечі, біль / утруднення при сечовиділенні;
- гнійні / з неприємним запахом виділення з піхви.

Загрозливі стани дитини, при яких потрібна допомога:

- дитина погано смокче груди;
- дитина млява або збудлива;
- у дитини виникли судоми;
- у дитини порушення дихання;
- у дитини гіпертермія, або гіпотермія;
- визначається набряк, гіперемія або нагноювання пупкової ранки;
- у дитини блювота або діарея.

Післяпологова інфекція є важливою причиною захворюваності й смертності в акушерській практиці. Збільшення кількості випадків кесаревого розтину в сучасному акушерстві призвело до зростання частоти інфекційних ускладнень. Частота

післяпологової інфекції може коливатись від 2 до 10 % усіх пологів, а в групах підвищеного ризику сягати 50 %.

Післяпологовою інфекцією вважають будь-яке підвищення температури тіла понад 38 °С, яке виникає протягом будь-яких двох із десяти перших днів після пологів, за винятком перших 24 год.

Етіологія і патогенез. *Чинниками ризику* післяпологових інфекційних ускладнень у породіллі можуть бути: ожиріння, анемія, пієлонефрит; низький соціально-економічний стан жінки; тривалий період між розривом плодових оболонок і розродженням, затяжні пологи; чисельні піхвові дослідження і внутрішньоматкові маніпуляції; хоріоамніоніт під час пологів; кількість і розмір травм і ушкоджень, спричинених пологами; збільшення часу операції кесаревого розтину; профілактичне застосування антибіотиків. Ендогенні вогнища інфекції у носовій частині глотки, ротовій порожнині, придатках матки також можуть бути джерелом запальних процесів у післяпологовому періоді.

Мікроорганізми, які заселяють ділянку плацентарної площадки, місця розривів і ушкоджень, здебільшого належать до мікрофлори шийки матки, піхви і промежини за їх нормального стану. Збудниками післяпологових гнійно-септичних захворювань можуть бути *аеробні мікроорганізми (стрептококи груп А, В і Д, ентерококи, кишкова паличка, клебсієла, протей, золотистий стафілокок), анаеробні (пептококи, пептострептококи, бак-теріоїди, клостридії, фузобактерії) та їх асоціації*, а також *хламідії, мікоплазми, гарднерели* тощо. Клінічний перебіг захворювання залежить від характеру інфекції. Так, анаеробні грамнегативні палички є більш вірулентними, ніж анаеробні грампозитивні коки. Найпоширенішим збудником акушерської септицемії є аеробна грамнегативна кишкова паличка (*Е.колі*). Золотистий стафілокок частіше пов'язаний з рановою інфекцією і післяпологовим маститом.

У післяпологовому періоді внутрішня стінка матки являє собою ранову поверхню, що легко інфікується висхідним шляхом патогенною й умовно-патогенною флорою піхви. Значну роль відіграє в цьому набряклість тканин, яка призводить до порушення мікроциркуляції, некрозу тканин, сприяє травмуванню пологових шляхів. Внаслідок оперативних втручань під час пологів і кесаревого розтину виникає ушкодження тканин, що призводить до погіршення місцевого кровообігу через травмування судинної сітки, утворення неповноцінних тканин. Це негативно впливає на процес подальшого загоєння і спричиняє сповільнення темпів інволюції матки після пологів. Більшість бактерій, які виявляються у випадку післяпологових гнійно-септичних ускладнень, мають низьку вірулентність і рідко зумовлюють розвиток інфекції у здорових тканинах. Виникнення післяпологової інфекції пов'язане також зі зміною біоценозу піхви і розвитком транзитного імунодефіциту під час вагітності.

Класифікація. Післяпологові гнійно-септичні інфекційні захворювання розрізняють за їх *поширеністю* (місцеві, генералізовані форми); *локалізацією вогнища інфекції* (піхва, матка, придатки, навколоматкова клітковина, або периметрій, вени малого таза, молочні залози); *характером інфекції* (аеробна, анаеробна, грампозитивна, грамнегативна, мікоплазмозна, хламідійна тощо).

За прийнятою в Україні класифікацією післяпологових гнійно-септичних захворювань (ПГСЗ) С. В. Сазонова і А. В. Бартельса, післяпологове інфекційне захворювання — це єдиний динамічний процес, який має чотири етапи.

Перший етап — інфекція обмежується ділянкою пологової рани (післяпологова виразка на промежині, стінці піхви, шийці матки; інфекція рани передньої черевної стінки, промежини після епізіотомії; ендоміометрит).

Другий етап — інфекція поширюється за межі пологової рани, але ще є локалізованою (метрит, параметрит, тромбофлебіт вен матки або малого таза, кінцівок, аднексит, пельвіоперитоніт).

Третій етап — інфекція, яка є близькою до генералізованої (перитоніт, септичний шок, анаеробна газова інфекція, прогресуючий тромбофлебіт).

Четвертий етап — генералізована інфекція (сепсис без метастазів — септицемія; сепсис із метастазами — септикопемія).

У сучасній акушерській практиці найпоширенішими інфекційними ускладненнями після пологів і кесаревого розтину є ранова інфекція та ендоміометрит.

Розвиток післяпологової інфекції має певну послідовність. Так, у перший день після кесаревого розтину найчастішою причиною гарячки є ендоміометрит або ускладнення з боку легень; другого дня — ендоміометрит або інфекції сечових органів, на третій день — ранова інфекція, на четвертий — ураження вен кінцівки. Виникнення або загострення тромбофлебіту поверхневих вен гомілки, стегна, передпліччя пов'язане з динамією, вимушеним положенням породіллі, багаторазовою пункцією периферичних вен, вливаннями і крововтратою.

Терміни виникнення і ступінь тяжкості післяпологових гнійно-септичних захворювань значною мірою визначаються станом захисно-компенсаторних механізмів породіллі, взаємодією мікро- і макроорганізму. Ранні форми післяпологових гнійно-септичних захворювань, як окремі етапи єдиного динамічного септичного процесу, призводять до генералізованого ураження основних ланок гомеостазу і порушення функції органів і систем, які забезпечують дезінтоксикацію. Це становить основну причину накопичення в організмі вторинних ендотоксинів і формування *синдрому ендогенної інтоксикації*, який визначає перебіг і наслідки захворювання.

Поширення післяпологової інфекції найчастіше відбувається висхідним шляхом, але можливий і гематогенний, лімфогенний, перинеуральний, комбінований лімфогематогенний шлях.

Вчасна діагностика й ефективне лікування породілей з локальними формами ПГСЗ, і насамперед з ендоміометритом, дозволяє зменшити частоту генералізованих форм захворювань.

Лікування хворих на ПГСЗ має бути раннім, етіотропним, комплексним, систематичним, активним; за наявності гнійного вогнища виконують його радикальне видалення. Антимікробне лікування, спрямоване на *мікробні асоціації* (мішану флору), як правило, є ефективним. Якщо не вдається отримати культуру мікроорганізмів, застосовують емпіричне антимікробне лікування.

Розглянемо основні форми післяпологових гнійно-септичних захворювань.

Післяпологова виразка виникає внаслідок інфікування тріщин і розривів слизової оболонки піхви, вульви, промежини, шийки матки. Стан породіллі може залишатися задовільним або певною мірою порушуватись.

Діагностика захворювання не завдає труднощів: біль у ділянці рани, гіперемія, набряк, некротичний або гнійний наліт, що важко відокремлюється від підлеглих тканин і легко кровоточить. Місцеве лікування, як правило, є достатнім. За наявності симптомів інтоксикації (гарячка, тахікардія, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ) проводять загальне лікування. Місцеве застосовують перекис водню, гіпертонічний розчин натрію хлориду, димексид, діоксидин. Після нормалізації температури тіла й очищення країв рани загальне лікування припиняють, а місцеве використовують жирові тампони (мазь Вишневського), фізичні чинники (ультразвук, гелій-неоновий та інфрачервоний лазер, магнітолазерну терапію).

Ранова інфекція. Інфекція ран промежини (в тому числі після перінео- й епізіотомії), розривів промежини виникає через значну бактеріальну контамінацію протягом пологів. У випадку локалізації *інфекції у ділянці рани промежини* після епізіотомії розпускають шви, виконують хірургічну обробку рани за принципами гнійної хірургії: промивання, дренажування. Після очищення рани накладають вторинні шви.

Ризик виникнення *інфекції рани передньої черевної стінки* після кесаревого розтину (3-16 % випадків) залежить від багатьох чинників: тривалості операції,

профілактичного вживання антибіотиків, якості шовного матеріалу, техніки накладання швів, ятрогенного чинника. Материнськими чинниками, що сприяють розвитку ранової інфекції, можуть бути цукровий діабет, бронхіальна астма, анемія, ускладнення з боку органів дихання, блювання, тривале лікування кортикостероїдами, наявність екстрагенітальних вогнищ інфекції.

Краї рани стають червоними, набряклими і болючими. Шви часто розходяться, покриваються некротичними масами; краї рани розтуляються, спостерігаються серозно-кров'яністі і серозно-гнійні виділення. Може відбуватися повне розходження швів. Рану дреновують, видаляють шви, гнійні маси і не-кротизовані тканини, застосовуючи протеолітичні ферменти, адсорбенти. Вживають заходів для одержання культури мікроорганізмів із рани, призначають адекватні протимікробні препарати. Після очищення рани накладають вторинні шви.

Для зменшення ризику інфікування рани рекомендують такі заходи: 1) обстригати, а не голити волосся в ділянці операційного поля напередодні операції; 2) проводити ретельну дезінфекцію операційного поля, особливо ділянок пупка і лобка; 3) використовувати стерильний інструментарій і техніку; 4) ретельно здійснювати гемостаз у рані; 5) вибірково застосовувати профілактику антибіотиками; 6) зводити до мінімуму кількість шовного матеріалу в рані; 7) проводити обов'язкове дронування рани у породілей з ожирінням.

Некротизуючий фасцит спостерігається рідко, може розвиватись у ділянці рани промежини або передньої черевної стінки. Цей надзвичайно вірулентний і часто фатальний інфекційний процес захоплює фасції, м'язи і підшкірну клітковину. Він може поширюватися вниз, на стегна, і вгору, на живіт і грудну клітку. Некротизовану тканину слід негайно видалити до межі здорових тканин. Проводять антибактеріальне лікування, підтримують діяльність серцево-судинної системи. В подальшому виконують пересадження шкіри. За умови своєчасного лікування близько половини породілей, хворих на некротизуючий фасцит, виживають.

Метрит. До післяпологових інфекцій матки відносять *ендометрит, ендоміометрит і ендопараметрит (параметрит), флегмону широкої зв'язки матки*. Якщо інфекція поширюється на відпадну (децидуальну) тканину, міометрій і параметрій, то такий стан ще називають *метритом із тазовим целюлітом*. Бактерії потрапляють у навколomatкову клітковину між листками широкої зв'язки матки висхідним або лімфатичним шляхом із місця травми або ушкодження шийки матки й самої матки, включаючи ділянку плацентарної площадки або розрізу для проведення кесаревого розтину.

Ендометрит — запалення слизової оболонки матки і прилеглих шарів міометрія — є найчастішим ускладненням кесаревого розтину. Розрізняють дві форми післяпологового ендоміометриту: 1) із некрозом відпад-ної(децидуальної) тканини; 2) на фоні залишків посліду (плаценти й оболонок). Без профілактичного застосування антибіотиків частота ендоміометри-ту після кесаревого розтину коливається від 5-10 % до 70-85 % і в середньому становить 35-40 %. Найчастіше інфекція спостерігається у юних жінок з низьким соціально-економічним рівнем життя, яким було виконано перший кесарів розтин внаслідок тривалих пологів і раннього розриву плодових оболонок.

Завдяки застосуванню під час операції сучасних антибактеріальних засобів із широким спектром дії проти аеробних і анаеробних мікроорганізмів частота ендоміометриту зменшується до 4-5 %. Такі життєво небезпечні ускладнення, як *тазовий абсцес, септичний шок і септичний тазовий тромбофлебіт*, завдяки використанню сучасних антибіотиків спостерігаються лише у 2 % випадків.

Ендоміометрит спричиняється полімікробними асоціаціями, які містять бактерії, що здебільшого є типовими для нижніх відділів статевих шляхів.

Клініка і діагностика. Гостра форма ендоміометриту розвивається на 2-5-й день післяпологового періоду і характеризується підвищенням температури тіла, болем унизу живота, ознобом. Виділення (лохії) стають каламутними, з домішками гною. Загальний стан хворих може бути як задовільним, так і тяжким і залежить від ступеня інтоксикації організму. Виражена інтоксикація може стимулювати післяпологовий психоз.

Клінічне обстеження хворих включає піхвове дослідження, визначення показників гемоглобіну, гематокритного числа, кількості лейкоцитів, дослідження сечі, отримання бактеріальної культури з вмісту матки, рани, дослідження грудного молока. Результати дослідження крові таких хворих свідчать про наявність анемії, лейкоцитозу, нейтрофільозу зі зсувом формули вліво, лімфоцитопенії, анеозинофілії, підвищення ШОЕ, а також про гіперкоагуляційний зсув гемостатичного потенціалу крові. Спостерігається субінволюція матки. Для контролю за інволюцією матки використовують ультразвукове дослідження. Довжина матки протягом її фізіологічної інволюції становить у першу добу 15 см, другої доби — 13,5, третьої — 11, сьомої — 10,5 см. Ехографічними ознаками ендоміометриту є: 1) зниження тонуусу матки; 2) розширення її порожнини і наявність у ній газу; 3) інфільтрація міометрія; 4) відкладання фібрину; 5) наявність плацентарної і відпадної (децидуальної) тканини.

Перебіг ендоміометриту після кесаревого розтину характеризується гарячкою (температура тіла понад 38 °С), часто тахікардією, болем унизу живота, болючістю матки під час пальпації та (інколи) симптомами подразнення очеревини в нижніх відділах черевної порожнини. Ці симптоми, як правило, виникають через 24 або 48 год після кесаревого розтину і раніше внаслідок інфікування стрептококом групи В. Виділення (лохії) стають каламутними, кров'янисто-гнійними, часом із неприємним запахом. Часто перебіг захворювання є малосимптомним, і діагноз визначається методом виключення після диференціації ендоміометриту з набряканням молочних залоз, маститом, інфекційними захворюваннями сечових органів й ателектазами легень внаслідок загального знеболювання.

Стерта форма ендоміометриту перебігає без вираженої клінічної симптоматики і нерідко обумовлена мікоп-лазмозом або хламідійною інфекцією. Захворювання починається пізно: з 7—9-го дня післяпологового періоду. Основною ознакою є субінволюція матки.

Лікування. Потрібно починати лікування якомога раніше і проводити у повному обсязі. Хворій призначають постільний режим і прикладання холоду на низ живота. Надалі здійснюють корекцію методів лікування на підставі результатів бактеріологічного дослідження.

Так, за наявності залишків плодового яйця обов'язковим компонентом лікування є їх видалення за допомогою вакуум-аспірації, абортанга або великої кюретки.

Якщо встановлено діагноз ендоміометриту, слід розпочати парентеральну антибактеріальну терапію з використанням *напівсинтетичних пеніцилінів, макролідів* або *цефалоспоринів і метронідазолу* з урахуванням поліетиології захворювання (кліндаміцин + аміноглікозид; цефалоспориноширокого спектра дії; пеніциліноширокого спектра дії; пеніцилін + аміноглікозид + метронідазол). У випадку тяжкої форми захворювання застосовують комбінацію *кліндаміцину + гентаміцину* («золотий» стандарт). Якщо породіллі проводилась профілактика цефалоспорином, то методом вибору має бути лікування пеніцилінами, оскільки одним із преобладаючих мікроорганізмів у даному випадку може бути ентерокок. Парентеральна антибіотикотерапія триває протягом 24 год після нормалізації температури тіла хворої ізворотного розвитку симптомів захворювання. Оральне застосування антибіотиків є малоефективним.

Більшість породіль реагують на антибіотикотерапію протягом 72 год. У випадку неефективності такого лікування проводять додаткове обстеження хворої і диференціюють захворювання з маститом, залишками посліду (плацента, оболонки),

рановою інфекцією, тазовим абсцесом, септичним тазовим тромбофлебітом, параметритом, апендицитом і перитонітом. Після виявлення ранової інфекції антибіотикотерапію продовжують. У випадку резистентності мікроорганізмів до антибіотиків (аеробні грамнегативні мікроби, ентерококи, бактероїди) використовують комбінацію кліндаміцин + пеніцилін + аміноглікозид. За наявності анаеробної флори додають метронідазол. Водночас проводиться інфузійне дезінтоксикаційне, десенсибілізуюче і підтримуюче лікування; стимуляція скоротливої активності матки; гепаринотерапія для профілактики розвитку коагулопатії споживання і тромбофлебіту.

В Україні для комплексного лікування хворих на ПГСЗ використовують також аспіраційно-промивне дренування порожнини матки — *внутрішньо-матковий діаліз* (лаваж) охолодженими розчинами антимікробних препаратів (дозоване подання розчину хлоргексидину — 40-50 крапель за 1 хв протягом 14-48 год). Вітчизняні фахівці пропонують також *внутрішньоматкове введення іммобілізованих антибіотиків*. Щоб запобігти генералізації септичного процесу, застосовують немедикаментозні детоксикаційні засоби — квантову гемотерапію, гіпербаричну оксигенацію, гемосорбцію, призначають імуномодуючі препарати.

Завдяки своєчасному й адекватному лікуванню поліпшення стану породіллі може настати через 1-2 дні (абортивна форма ендоміометриту). Ендоміометрит після кесаревого розтину нерідко має тяжкий перебіг із тенденцією до генералізації септичного процесу.

Параметрит. Процес, як правило, розвивається внаслідок наявності травми або інфекції у шийці матки. Частіше уражуються бічні відділи приматкової клітковини (параметрія), рідше — задній. Передній параметрит (після розродження природними пологовыми шляхами) спостерігається рідко. Розпізнається параметрит під час піхвового дослідження: інфільтрат поширюється до стінок таза, слизова оболонка піхвового склепіння на боці ушкодження стає нерухомою. Лікування має бути таким, як і в разі запальних процесів іншої локалізації. Якщо відбувається нагноєння приматкової клітковини (*тазовий абсцес*), спостерігаються персистуюча гарячка, резистентність до антибіотикотерапії, тривале нездужання, порушення функції шлунка і кишок, біль у черевній порожнині, болючість під час пальпації живота. Бімануальне дослідження й ультрасонографія допомагають визначити діагноз. Ведення хворих із тазовим абсцесом включає його дренування крізь склепіння піхви або передню черевну стінку (черезшкірно). Розрив тазового абсцесу потребує негайної лапаротомії з дренуванням рани.

Запалення маткових труб і яєчників (сальпінгофорит) у післяпологовому періоді виникає рідко і здебільшого є одностороннім. Клінічна картина подібна до такої, що й при ендоміометриті, наслідком якого є сальпінгофорит. Стан хворої погіршується, біль локалізується в клубових ділянках. Виникає гарячка, яка у випадку гнійного процесу має гектичний характер. Можуть виявлятися симптоми подразнення очеревини. Лікування полягає у проведенні інтенсивної антибактеріальної, детоксикаційної терапії із застосуванням засобів, що стимулюють неспецифічні захисні сили організму. Якщо розвивається трубно-яєчниковий абсцес, то рекомендується оперативне лікування.

Внаслідок **тромбофлебіту вен матки** спостерігаються її субінволюція, тривалі і значні кров'яні виділення. Під час піхвового дослідження виявляється збільшення, болючість, пом'якшення матки; по стінках таза промацуються щільні, болючі вени, на поверхні матки — характерні звивисті тяжі.

Септичний тазовий тромбофлебіт розвивається у 0,5-2 % пацієнток з ендоміометритом або рановою інфекцією, частіше внаслідок кесаревого розтину, ніж пологів. Захворювання розвивається наприкінці другого тижня після пологів. Цей діагноз визначається здебільш методом виключення. Тазовий тромбофлебіт частіше є правобічним, що пов'язане зі збільшенням кровообігу у правій яєчниковій вені й венозним стазом. Продукти життєдіяльності бактерій спричиняють вироблення

тромбопластину і тромбоз. Можливою є подальша мікроемболія легень та інших органів у системі нижньої порожнистої вени.

Клінічно тазовий тромбофлебіт характеризується гарячкою, тахікардією протягом кількох днів застосування антибактеріальної терапії з приводу ендомієтриту. Болючості матки і дисфункції кишок часто не спостерігається. Інколи під час піхвового дослідження виявляється збільшення і болючість матки, потовщення звивистих вен у різних відділах приматкової клітковини. Лікування полягає в застосуванні антикоагулянтної терапії (гепарин). Швидкий зворотний розвиток симптомів захворювання завдяки гепаринотерапії (як правило, через 24 год) підтверджує діагноз. Тривалість антикоагулянтної терапії може становити 7-30 днів.

Тромбофлебіт поверхневих вен гомілки. Тромбофлебіт цієї локалізації в післяпологовому періоді спостерігається рідко; його розвиток пов'язують з варикозним розширенням вен. У випадку тромбофлебіту поверхневих вен гомілки або стегна загальний стан породіллі, як правило, не змінюється. Переважають місцеві симптоми: гіперемія, болючі ущільнення, розташовані уздовж варикозно розширених вен. Хворій призначають постільний режим протягом тижня, антибактеріальну, антикоагулянтну й антиагрегантну терапію (гепарин, аспірин, троксевазин). Локально застосовують гепаринову або трок-сезазинову мазь.

Тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок. Внаслідок тромбофлебіту глибоких вен нижніх кінцівок у хворої на фоні загального важкого стану виникає гострий біль у нижніх кінцівках. Через 1-2 доби спостерігається набряк кінцівки, зниження місцевої температури внаслідок спазму артерій.

Процес перебігає тяжко, з високою температурою тіла, інтоксикацією. Якщо уражено глибокі вени стегна, нога набрякає, її поверхня стає блідою, визначається болючість уздовж великих судин. Цей варіант тромбофлебіту загрожує тяжким ускладненням — *тромбо-емболією легеневої артерії*. Хвора повинна протягом трьох тижнів дотримуватися постільного режиму в положенні з піднятою догори ураженою кінцівкою. Тривалість захворювання становить 4-6 тижнів. Лікування включає постільний режим, призначення інфузійної терапії (реополіглюкін, трентал), саліцилатів, спазмолітичних засобів, ніотинової кислоти, антибактеріальних і антикоагулянтних засобів (гепарин, надалі — непрямі антикоагулянти).

Акушерський перитоніт — найтяжче ускладнення післяпологового періоду. Він може бути наслідком ендомієтриту, перфорації запального трубно-яєчникового утворення або піосальпінксу (частіше гонорейної етіології), перекручення ніжки пухлини яєчника, некрозу субсерозного вузла міоми. Проте найчастіше спостерігається акушерський перитоніт після кесаревого розтину внаслідок інфікування і розходження швів на матці (0,5-1 % випадків).

Етіологія і патогенез. Перитоніт, як правило, спричиняється мікробними асоціаціями, в яких провідна роль належить кишковій паличці. Останніми роками вважають, що основну роль у розвитку перитоніту відіграють анаеробні неспортоворні бактерії, аеробно-анаеробні асоціації.

Дуже тяжкий целюліт у ділянці розрізу на матці може призводити до некрозу і сепарації з наступним проникненням гнійного матеріалу до черевної порожнини.

Акушерський перитоніт є надзвичайно тяжкою патологією, що характеризується ранньою ендогенною інтоксикацією. Внаслідок впливу біологічно активних речовин у хворих виникають виражені генералізовані судинні розлади, головним чином, на рівні мікроциркуляції. Неадекватне кровопостачання органів і тканин стає причиною розвитку загальної тканинної гіпоксії, порушення обмінних процесів. Продукти порушеного метаболізму справляють негативний вплив на центральну нервову систему, міокард та інші органи, спричиняють подальше пригнічення обмінних процесів у тканинах, порушення функції життєво важливих органів і систем — серцево-судинної, дихальної,

гемостазу. Все це призводить до швидкого виникнення деструктивних змін у нирках, підшлунковій залозі, печінці, кишках.

Особливу роль у патогенезі перитоніту відіграє парез кишок. У просвіті тонкої кишки скупчуються рідина, білки й електроліти. Перерозтягнення й ішемія стінки кишок призводять до порушення їх бар'єрної функції і подальшого посилення інтоксикації.

Клініка. Першим проявом перитоніту часто є парез кишок. До характерних ознак перитоніту належать інтоксикація, що зростає, біль у животі, нудота, блювання, парез кишок, сухість язика, тяжка гарячка, тахікардія, зниження артеріального тиску, резистентність до антибактеріальної терапії. Живіт, як правило, роздутий, болючий, перистальтика є слабкою. Напруження м'язів передньої черевної стінки і симптоми подразнення очеревини можуть бути нечітко вираженими.

Розрізняють три варіанти перитоніту після кесаревого розтину: 1) внаслідок хоріоамніоніту під час пологів; 2) внаслідок післяопераційного парезу кишок; 3) через розходження швів на матці.

У випадку першого варіанта перитоніту симптоми захворювання виявляються рано, а саме наприкінці першої або початку другої доби. Про тяжкість стану хворої свідчать висока температура тіла, тахікардія, здуття живота, блювання. Короткочасна реактивна фаза швидко переходить у токсичну. Стан хворої швидко і прогресивно погіршується, незважаючи на проведені консервативне лікування.

Якщо розвивається другий варіант перитоніту, то інфікування очеревини може бути пов'язане з розвитком ендометриту в післяопераційному періоді (генералізація септичного процесу). У жінок цієї групи вагітність і пологи часто перебігають на фоні пієлонефриту, кольпіту, тривалого безводного проміжку. Стан хворої після кесаревого розтину може залишатися задовільним. Спостерігається субфебрильна температура тіла, помірні тахікардія. Провідним клінічним симптомом є ранній парез кишок. Незважаючи на інтенсивне лікування, ефект від нього нестійкий і через 3-4 дні настає різке погіршення стану хворої: реактивна фаза перитоніту переходить у токсичну.

Третій варіант перитоніту розвивається внаслідок неповноцінності швів на матці. Клінічні симптоми, як правило, виявляються з першої доби: біль у нижніх відділах живота, болючість під час пальпації матки, а також симптоми подразнення очеревини, незначна кількість виділень із матки. До цих симптомів швидко приєднуються блювання, часте випорожнення із рідким калом, здуття живота, інтоксикація. Уточнити діагноз допомагає піхвове дослідження, під час якого визначають знижений тонус матки, канал шийки матки вільно пропускає пальці акушера, виявляється неповноцінність шва на матці.

Діагностика. Акушерський перитоніт відрізняється від хірургічного нечіткою клінічною картиною. Тільки оцінюючи всі симптоми разом і в динаміці, можна правильно і своєчасно встановити діагноз ще до виникнення класичних проявів перитоніту (як загальних, так і місцевих). Щодо місцевих проявів орієнтуються на біль у животі, стійкий парез кишок, симптом подразнення очеревини Щоткіна — Блюмберга. Із загальних симптомів найчастіше характерними для акушерського перитоніту є тяжка гарячка, поверхнєве часте дихання, блювання, неспокій або ейфорія, тахікардія, холодний піт. У крові виражений лейкоцитоз із різким зсувом лейкоцитарної формули вліво і токсичною зернистістю нейтрофілів, збільшення лейкоцитарного індексу інтоксикації (в нормі близько 1), підвищення вмісту лужної фосфатази, тромбоцитопенія.

Лікування має проводитись спільно акушерами, хірургами і реаніматологами в умовах відділення інтенсивної терапії і передбачає три етапи: 1) передопераційну підготовку; 2) оперативне втручання; 3) інтенсивну терапію у післяопераційному періоді.

Передопераційна підготовка полягає в обов'язковій декомпресії шлунка за допомогою назогастрального зонда, інфузійній й антибактеріальній терапії протягом 2 год перед операцією.

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

У післяопераційному періоді проводять антибактеріальне, інфузійне, підтримуюче лікування, стимуляцію функції кишок, гепаринотерапію. Протягом цього періоду тривалий час застосовують інтенсивну інфузійно-трансфузійну терапію, спрямовану на усунення гіповолемії і метаболічного ацидозу, корекцію реологічних властивостей крові, водно-електролітного і білкового балансу, дезінтоксикацію організму; застосовують серцеві глікозиди, сечогін

ні засоби, інгібітори фібринолізу, антикоагулянти, вітамінотерапію, оксигенацію. Антибіотики широкого спектра дії вводять внутрішньовенне.

Одним з основних завдань лікування є відновлення моторної функції шлунка і кишок (церукал, гангліоблокатори з прозерином). Проводиться тривале перидуральне знеболювання. До комплексу лікування включають плазмаферез, квантову гемотерапію, гемосорбцію, гіпербаричну оксигенацію, особливо якщо виявлено анаеробну флору.

Післяпологовий сепсис. Генералізація інфекції, або сепсис, в акушерській практиці у 90 % випадків пов'язана з інфекційним вогнищем у матці і розвивається внаслідок виснаження антиінфекційного імунітету. Неприятливим фоном можуть бути інфекційні та акушерські ускладнення, порушення харчування вагітної, залізодефіцитна анемія, ускладнене, тривале й оперативне розродження, акушерська кровотеча, які знижують адаптаційні можливості організму і створюють умови для генералізації інфекції.

Будь-яка інфекція статевих шляхів, що ускладнює пологи, може призводити до розвитку післяпологового сепсису. Місцем першої локалізації інфекції може бути целюліт внаслідок ушкодження піхви і шийки матки під час пологів; ендометрій, особливо в ділянці плацентарної площадки. Післяпологовий сепсис є однією з основних, поряд з акушерською кровотечею і тяжкими формами пізнього токсикозу вагітних (пreekлампсією та еклампсією), причин материнської смертності.

Клініка. Ознаками сепсису є: 1) наявність первинного гнійного вогнища; 2) тяжка гарячка; 3) виділення збудника із крові. На початку розвитку хвороби у породіллі можуть спостерігатися головний біль, анорексія, підвищення температури тіла, почастишання пульсу, як правило, на 3-4-й день після пологів, нудота, блювання, відчуття дискомфорту у нижніх відділах живота. Виділення зматки (лохії) стають каламутними, з неприємним запахом. Спостерігаються симптоми парезу кишок. Може розвинутися септичний (бактеріємічний) шок. У крові виявляється лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, можлива анемія.

Ультрасонографія допомагає провести диференційну діагностику з тазовим абсцесом, залишками плаценти в матці й тромбофлебітом вен таза.

Сепсис перебігає у вигляді двох форм: септицемії і септикопемії, які виявляються приблизно з однаковою частотою. Виділення культури мікроорганізмів із крові свідчить про септицемію; поява гнійних вогнищ у внутрішніх органах визначається як септикопемія.

Септицемія виникає в ослаблених породілей через 3-4 дні після пологів і характеризується бурхливим перебігом. Збудником є грамнегативна флора: кишкова паличка, протей, синьогнійна паличка, нерідко в поєднанні з неспо-ротворною анаеробною флорою.

Септикопемія перебігає хвилеподібне: періоди погіршення стану хворої, пов'язані з метастазуванням інфекції й утворенням нових її вогнищ, змінюються відносним покращенням. Розвиток септикопемії зумовлений наявністю грампозитивної флори, частіше золотистого стафілокока.

Діагностика. Наявність джерела інфекції, тяжка гарячка з ознобом, виявлення збудника в крові (у 30 % хворих) зумовлюють підозру на сепсис. Якщо збудник у крові не виявлений, діагноз сепсису не слід спростовувати. Для сепсису характерними є задишка, ціаноз або блідість, сірий чи жовтяничний відтінок шкірних покривів, тахікардія, лабільність пульсу, схильність до артеріальної гіпотензії, гепатоспленомегалія, порушення функцій центральної нервової системи (ейфорія або пригніченість, розлади сну). Результати дослідження крові свідчать про зменшення кількості гемоглобіну й еритроцитів; виявляються лейкоцитоз або лейкопенія з різким зсувом формули вліво, значна лімфоцитопенія, анеозинофілія, токсична зернистість у нейтрофілах, гіпо- і дис-протеїнемія, гіпоглікемія, гіповолемія, гіпонатріємія.

Лікування полягає в усуненні вогнища інфекції і комплексній інтенсивній терапії (антибактеріальній, дезінтоксикаційній, імунокоригувальній, десенсибілізуючій, загальнозміцнювальній). Використовують плазмаферез, гемо- і лімфосорбцію. Для інфузійної терапії застосовують розчини електролітів; вводять окситоцин для покращення скоротливої функції матки; призначають знеболювальні і седативні препарати. Антибіотики застосовують у великих дозах: пеніцилін дозою 5 млн ОД + аміноглікозид, потім — пеніцилін дозою 1,2 млн ОД + аміноглікозид 4 рази на день. У випадку анаеробної інфекції призначають 600 мг кліндаміцину і канаміцин. Після одержання культури мікроорганізмів продовжують лікування антибіотиками вибору. Якщо перебіг хвороби тяжкий, пацієнток переводять до відділення інтенсивної терапії для моніторингу за гемодинамікою і підтримання діяльності серцево-судинної, дихальної та інших систем організму.

У зв'язку з розвитком коагулопатії споживання переливають свіжу еритроцитну масу, свіжозаморожену плазму, кріопреципітат, інші препарати крові з урахуванням того факту, що з кожними 100 мл гною організм втрачає 5 г (12 %) білка. За наявності у хворої тривалої гарячки кортикостероїди застосовують коротким курсом для блокування інтенсивного симпатоміметичного ефекту ендотоксинів, відновлення судинного тону, сприяння перерозподілу рідини з внутрішньосудинного в позаклітинний (екстрацелюлярний) простір. Кортикостероїди справляють також виражений десенсибілізуючий ефект. Для корекції тяжкої артеріальної гіпотензії проводять інфузію допаміну.

Хірургічне лікування передбачає лапаротомію, дренажування тазових абсцесів. Екстирпація матки з трубами рекомендується у випадку тяжкої інфекції, яка резистентна до активної антибактеріальної терапії протягом 3 днів. Лікування антибіотиками і гепаринотерапію проводять і після операції. Застосовують також серотерапію (антистафілококовий гамма-глобулін, антистафілококова плазма), вакцинотерапію (стафілококовий анатоксин) та імуномодуюче лікування.

Бактеріально-токсичний, або септичний, шок є одним із найтяжчих ускладнень гнійно-септичних процесів будь-якої локалізації. Це особлива реакція організму, що виражається розвитком поліорганних розладів, пов'язаних із проникненням мікроорганізмів та їх токсинів, порушенням адекватної перфузії тканин. Септичний шок може бути ускладненням септичного викидня і післяпологової інфекції.

Етіологія і патогенез. Бактеріально-токсичний шок найчастіше ускладнює перебіг гнійно-інфекційних процесів, спричинених грамнегативною флорою — кишковою паличкою, протеєм, клебсієлою, синьогнійною паличкою, рідше — анаеробною неспоротною флорою тощо. Виникнення шоку, крім вогнища інфекції (найчастіше — матка), спричинюється також зниженням загальної резистентності організму хворої і можливістю масивного проникнення збудника або його токсинів у кровообіг. Токсини мікроорганізмів, що надходять до кровообігу, руйнують мембрану клітин системи мононуклеарних фагоцитів, печінки, легень, а також тромбоцитів і лейкоцитів. Внаслідок руйнування лізосом виділяються протеолітичні ферменти, вазоактивні речовини (кініни, гістамін, серотонін, катехоламіни, простагландини,

ендорфіни). Зменшується периферичний судинний опір. Відбувається зниження артеріального тиску, зменшення капілярної перфузії, гіперактивація тромбоцитарної і прокоагулянтної ланок гемостазу з розвитком ДВЗ-синдрому, порушуються обмінні процеси, скупчуються не-доокислені продукти.

Тривалість дії бактеріальних екзо- і ендотоксинів призводить до поглиблення розладів мікро- і макроциркуляції. Зменшуються ОЦК, хвилиний об'єм серця, вінцевий кровотік, погіршується метаболізм міокарда, розвиваються гіповолемія, тахікардія, спостерігається стійке зниження АТ (гіподинамічна фаза шоку); подальше зменшення тканинної перфузії призводить до поглиблення тканинного ацидозу, розвитку лактатацидозу (анаеробний шлях обміну речовин) на фоні вираженої гіпоксії. Некротичні зміни в органах і тканинах (легені, печінка, нирки, мозок, травний канал, шкіра) можуть виникнути через 4—6 год від початку функціональних порушень.

Клініка. Перебіг бактеріально-токсичного шоку характеризується гострим початком, частіше після операцій або маніпуляцій у вогнищі інфекції, що створює умови для «прориву» мікроорганізмів або їх токсинів у кровообіг хворої.

Розвитку шоку передують гіпертермія (до 39-41 °С), яка супроводжується повторним ознобом і триває 1-3 доби, потім критично знижується на 2—4 °С. Основною ознакою бактеріально-токсичного шоку є різке зниження артеріального тиску, яке не відповідає ступеню крововтрати. Під час гіпердинамічної, або «теплої», фази шоку зниження АТ триває від 15 хв до 2 год. Гіподинамічна,

або «холодна», фаза бактеріально-токсичного шоку характеризується більш різким і тривалим зниженням артеріального тиску (від кількох годин до кількох діб), тахікардією, зростанням шокowego індексу вище 1,5, задишкою, дезорієнтацією, галюцинаціями. Приєднуються також симптоми недостатності нирок, гострої дихальної недостатності; виникає кровотеча внаслідок прогресування ДВЗ-синдрому.

Діагностика. Вирішальну роль відіграє чинник часу, тому що необоротні зміни в організмі настають протягом 4-6 год. Діагноз ґрунтується на виявленні септичного вогнища в організмі, наявності гектичної гарячки з частим ознобом, різкого зниження артеріального тиску, що не відповідає ступеню крововтрати, а також тахікардії, тахіпное, больового синдрому, олігурії, петехіального висипу і некрозу шкіри. За даними гемограми визначаються тромбоцитопенія, ознаки ДВЗ-синдрому.

Лікування. Інтенсивна терапія здійснюється акушером-гінекологом разом із реаніматологом, за потреби — нефрологом і гематологом-коагулологом. Ургентне лікування починається з вливання 2 л розчину Рінгера, реопо-ліглюкіну (відновлення ОЦК для запобігання розвитку гострої недостатності нирок), введення кортикостероїдів, еуфіліну, спазмолітичних засобів і са-луретиків (лазикс). Якщо спостерігається стійке зниження систолічного артеріального тиску (< 80 мм рт.ст.), починають лікування допаміном і дигоксином. Проводять кисневу терапію, корекцію електролітного дисбалансу, коагулопа-тії. Для виведення породіллі з шоку вводять антибіотики.

Антибактеріальне лікування починають із внутрішньовенного введення великих доз антибіотиків широкого спектра дії і метранідазолу. Якщо вогнище інфекції локалізується в матці, проводять її екстирпацію.

Профілактика гострої дихальної недостатності і лікування передбачають корекцію водного балансу, онкотичного тиску крові, застосування кортикостероїдів і серцевих глікозидів, кисневу терапію, за показаннями — штучну вентиляцію легень. Якщо виникає кровотеча, лікування залежить від показників коагулограми («тепла» донорська кров, нативна і свіжозаморожена плазма, кріопреципітат, природні інгібітори фібринолізу — контрикал, гордокс, трасилол).

Профілактика післяпологових гнійно-септичних захворювань полягає у дотриманні санітарно-епідеміологічного режиму, своєчасній санації вогнищ інфекції, виявленні вагітних групи високого ризику, лікуванні екстрагені-тальних захворювань і

ускладнень вагітності, раціональному веденні пологів, дотриманні техніки і правил виконання акушерських операцій і маніпуляцій, своєчасному лікуванні локалізованих форм інфекції для запобігання генералізації септичного процесу.

ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНІ ПІСЛЯПОЛОГОВІ ІНФЕКЦІЇ

Післяпологовий мастит – запальне захворювання грудної залози, в якій відбувається процес лактації. Збудником його є переважно золотистий стафілокок, що коагулює плазму.

Інфекція проникає в грудну залозу лімфогенним та лактогенним (через грудні ходи) шляхом. Вхідними воротами для неї є тріщини сосків, рідше – грудні ходи.

Джерелом інфікування для породіллі можуть бути хворі медичні працівники, носії патогенного стафілокока, або хворі новонароджені. Іноді занесення інфекційного агента відбувається через предмети навколишнього середовища, інструменти, перев'язувальний матеріал. Суттєво сприяє виникненню й розвитку маститу в післяпологовий період лактостаз.

У клінічній картині лактаційного маститу виділяють три стадії, що поступово переходять одна в одну:

1. Серозна (початкова).
2. Інфільтративна.
3. Гнійна:

а) гнійно-інфільтративна (дифузна чи вузлова);

б) абсцедувальна:

- фурункульоз грудного кружальця;
- абсцес грудного кружальця;
- абсцес у товщі грудної залози (інтрамамарний);
- абсцес позаду грудної залози (ретромамарний);

флегмонозна;

гангренозна.

Як правило, мастит є однобічним процесом із гострим початком, що звичайно з'являється на 2—4-й тиждень після пологів.

Серозна стадія характеризується раптовим підвищенням температури, появою слабкості, головним болем. З'являються больові відчуття у хворій грудній залозі, що посилюються під час годування. Об'єктивно: уражена залоза збільшена, тепліша на дотик від здорової, пальпаторно визначається ділянка локальної болючості щільної, еластичної консистенції з гіперемованою над нею шкірою. Іноді болючість визначається і під час пальпації лімфатичних вузлів у пахвових ямках.

Через 1-2 доби ця стадія змінюється інфільтративною. При цьому зазначені вище явища стихають, температура знижується, а в ділянці локальної болючості з'являється щільний інфільтрат. Триває інфільтративна стадія маститу, як правило, 6-8 діб і змінюється розсмоктуванням або нагноюванням інфільтрату.

Коли інфільтративна стадія маститу змінюється гнійною, стан хворої знову погіршується. Температура тіла підвищується, стає ремітивною, з'являються ознаки інтоксикації, ознобу. Інфільтрат збільшується в розмірах, шкіра над ним різко червоніє, стає набряклою. В інфільтраті з'являються явища флюктуації.

У 20% хворих гнійний мастит проявляється у вигляді абсцедивної форми (фурункульоз, абсцес грудного кружальця тощо). Рідше гнійне ураження захоплює всю грудну залозу або більшу її частину (флегмонозний варіант). Стан хворої в такому разі дуже тяжкий. Уражена грудна залоза надзвичайно болюча, значно збільшена в розмірах, шкіра над нею багряно-синя. Ситуація може ускладнитися септичним шоком.

Гангренозна форма лактаційного маститу зустрічається рідко, характеризується надзвичайно тяжким станом хворої. Тканини грудної залози зазнають некрозу, що надає їм сіруватого забарвлення. Наслідки несприятливі.

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Ураховуючи, що постійно зростає рівень гнійно-септичних запалень у післяпологовий період, велике значення мають заходи профілактики інфікувань породіль. З метою запобігання післяпологовим інфікуванням слід ретельно дотримуватися санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режиму пологового будинку (відділення), що зводиться до виконання таких заходів: утримання в належному стані приміщень акушерського стаціонару; дотримання правил з приймання вагітних і породіль; регулярні медичні огляди медичного персоналу, виявлення і санація бактеріоносіїв; створення умов для підтримання персоналом санітарно-гігієнічних норм у лікувальному закладі; дотримання правил з оброблення транспортних засобів, оточуючих предметів, білизни; створення асептичних умов під час оброблення операційного поля, пологових шляхів породіллі, рук медичного персоналу; запровадження системи спільного перебування матері й дитини в післяпологовий період; санітарно-просвітницька робота серед матерів щодо правил особистої гігієни та догляду за новонародженими.

В умовах жіночої консультації особливу увагу приділяють виявленню серед вагітних груп ризику щодо розвитку запальних ускладнень у післяпологовий період.

З метою профілактики післяпологового інфікування, створення активного імунітету в матері та пасивного в новонародженого можливе проведення у цієї категорії жінок щеплення стафілококовим анатоксином (триразово: під час вагітності, пологів, у післяпологовий період). Однак про доцільність цього методу останнім часом ведуться суперечки.

У разі вагітності всі жінки повинні бути ретельно обстежені, а наявні в них вогнища хронічного інфікування – сановані. Під час пологів суттєве значення набуває дотримання правил їхнього ведення, які виключають тривалий перебіг, передчасне вилиття навколоплідних вод і тривалий безводний період, травматизацію тканин. З точки зору профілактики інфекції має сенс ретельне знеболювання з метою запобігання зайвим стресовим ситуаціям. Крововтрата в пологах обов'язково має бути компенсована. З метою обмеження ймовірності інфікування в післяпологовий період, якщо можливо, обирають розродження природним шляхом. У разі необхідності оперативного втручання (кесарів розтин, накладення акушерських щипців, ручне обстеження порожнини матки) в післяпологовий період призначають профілактичне протизапальне лікування.

З метою підтримання захисних сил породіллі в післяпологовий період призначають вітамінізоване висококалорійне харчування. Показане якомога раннє вставання здорової породіллі, дозовані фізичні вправи.

Догляд за ранами повинен здійснюватися за всіма правилами асептики та антисептики. Суттєвого значення набуває санітарно-просвітницька робота серед породіль. Медичний персонал повинен ознайомити жінок із правилами догляду за новонародженими, з навиками оброблення грудних залоз та грудного вигодовування, контролювати правильність дотримання породіллями основних положень санітарно-гігієнічного режиму, їхнього перебування в післяпологовому відділенні. За хворими породіллями повинен бути посилений нагляд.

Залежно від загального стану хворим породіллям призначають суворий, обмежений або вільний ліжковий режим. Усі гігієнічні процедури – догляд за шкірою, порожниною рота, грудними залозами – здійснює санітарка під контролем медичної сестри. Заміну постільної білизни проводять 2-3 рази на тиждень, натільної – щодня. Підкладні стерильні пелюшки міняють 3-4 рази на добу і після кожного туалету зовнішніх статевих органів, а також після огляду та оброблення швів, заміни пов'язки.

У разі поліпшення загального стану породіллі їй призначають обмежений ліжковий режим. Дозволяється вставати, самотійно відвідувати кімнату особистої гігієни, туалет, їдальню.

Питання про годування дитини груддю вирішують індивідуально, але в гострій стадії запалення, коли породілля одержує комплекс лікування, призначають штучне годування. Харчування хворої породіллі має бути високої енергетичної цінності, смачним і легкозасвоюваним. Краще, якщо воно буде напіврідким доти, доки жінці дозволено буде вставати з ліжка.

Лікування післяпологових септичних захворювань включає місцеві і загальні заходи. Суто місцевими методами можна обмежитися під час лікування хворих з нетяжкими формами післяпологових виразок. За наявності запального інфільтрату в ділянці швів промежини його слід розкрити і забезпечити відтік ранового вмісту. У разі нагноєння потрібно дрениувати рану і ретельно промивати її антибіотиками. При некрозі змертвілі тканини треба видалити. Для кращого формування грануляцій дуже корисно зрошувати рану розчинами протеолітичних ферментів (трипсин, хімотрипсин), після очищення рани показані мазеві пов'язки, УВЧ, кварц. При обширних виразках із некрозом тканин проводять ультразвукове оброблення. Для цього рану заповнюють розчином фурациліну (1:5000) і занурюють у неї канюлю ультразвукового апарата на 5—10 хв.

У більшості випадків післяпологових септичних захворювань у породіль спостерігається уповільнення інволюції матки (субінволюція) і затримання виділень в її порожнині (лохіометра). У цьому разі необхідно провести вакуум-аспірацію чи вишкрібання їх кюреткою. Якщо виділень небагато, можна обмежитися розширенням каналу шийки матки для кращого відтоку гною, а для зменшення всмоктування продуктів розпаду і токсинів проводять промивання порожнини матки охолодженими розчинами антисептиків та антибіотиків. Застосування утеротонічних засобів не завжди є доцільним.

Якщо у хворої виявлено обмежене гнійне вогнище (гнійний інфільтрат при параметриті, піосальпінкс), його розкривають, дрениують і лікують, користуючись загальними принципами лікування гнійних ран.

Свої особливості має лікування лактаційного маститу. На етапі інфільтрації, крім ретельного випорожнення залози, призначають антибіотики, лід на уражену ділянку під час набряку, потім – олійні компреси. Досить ефективними засобами лікування є ретромамарна блокада (новокаїн + антибіотики), ультразвук на грудну залозу, стафілококовий анатоксин. У разі нагноєння абсцес розтинають, дрениують і лікують, як септичне захворювання. Питання про пригнічення лактації вирішується індивідуально, тільки за згодою хворої. Для цього використовують препарат бромокриптин (парлодел).

Особливої уваги заслуговують деякі аспекти ведення хворих із тромбофлебітичними ураженнями. По-перше, у процесі лікування вони потребують ретельного контролю за станом згортальної та протизгортальної систем крові. Для профілактики тромбоутворення породіллі показане якомога раннє вставання з ліжка і активна поведінка у післяпологовий період. Однак у разі розвитку тромбофлебиту надзвичайно важливе суворе дотримання ліжкового режиму. Це є основною умовою профілактики емболії. Показано бинтування кінцівок еластичними бинтами, дихальна гімнастика. Крім протизапальних, десенсибілізуювальних, судинопротекторних засобів, вітамінних препаратів, застосовують антикоагулянти (обов'язково під контролем коагулограми).

Вставати з ліжка дозволяється лише в разі нормалізації температури тіла протягом тижня, зменшення ШОЕ нижче за 30 мм/год і відсутності ознак "повзання мурашок".

ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯПОЛГОВИХ СЕПТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1. Антибіотикотерапія з урахуванням чутливості мікрофлори та індивідуальної переносності препарату. Використовують антибіотики вузького (пеніциліни, макроліди, фузидин-натрій) та широкого (левоміцетин, тетрациклін, ампіцилін, аміноглікозиди, цефалоспорини, рифампіцин, тіенам) спектра дій.

2. Сульфаніламідні препарати, похідні нітрофурану, протигрибкові засоби (етазол, сульфален, бактрим, діоксидин, фурацилін, фурагін, неграм, 5-НОК, флагил, трихопол, ністатин, леворин).

3. Інфузійна терапія. Із цією метою застосовують трансфузію донорської крові, препарати крові (альбумін, протеїн), поліглюкін, ізотонічний розчин натрію хлориду, розчин Рінгера-Локка, білкові гідролізати (амінокровін, аміназол), синтетичні амінокислоти, глюкозу з інсуліном, реополіглюкін, гемодез, антигістамінні препарати, аскорбінову кислоту, вітаміни групи В. Імунотерапія: стафілококовий анатоксин та гаммаглобулін, продигіозан, левамізол, тималін тощо.

4. Стимуляція лейкопоезу (метилурацил, пентоксил).

5. Утеротонічна терапія (окситоцин, мамофізин, пітуїтрин).

Сучасні додаткові методи лікування:

1. Лазерне опромінення крові.

2. Ультрафіолетове опромінення крові.

3. Гемо- і лімфосорбція.

4. Плазмаферез.

5. Промивання або лаваж порожнини матки.

Усі ці методи застосовують комплексно, з урахуванням стану хворої і якомога швидше від початку захворювання. При післяпологових інфекційних захворюваннях III-IV етапів на перше місце виступає інфузійна терапія, оскільки на фоні порушеного гомеостазу і тканинного ацидозу дія антибіотиків та інших лікарських засобів значно пригнічена. Окрім того, таким чином зменшується інтоксикація і проводиться підготовка до оперативного втручання. Терапія проводиться методом керованої гемодилуції. Введення великої кількості рідини (4—5 л при перитоніті і більше при септичному шоку і сепсисі) потребує форсованого діурезу, який здійснюється шляхом призначення в кінці інфузії сечогінних засобів.

Інфузійну терапію краще починати з низькомолекулярних розчинів колоїдів (реополіглюкіну, желатинолю), які поліпшують реологічні властивості крові, перфузію тканин. Гемодез дає дезінтоксикаційний і діуретичний ефект. Введення його в дозі 5 мл/кг збільшує потік лімфи в 10 разів. Використовується свіжоцитратна або свіжозаготовлена кров (250-500 мл), яка зменшує гіпоксію й анемію, стимулює імунітетні сили організму.

Для компенсації ацидозу вводять розчин бікарбонату натрію.

Корекцію волемічних порушень поєднують з парентеральним уведенням білкових гідролізатів (амінопептиду, амінокровіну, гідролізіну), суміші амінокислот із концентрованим розчином глюкози та інсуліну. У разі необхідності вводять олійні емульсії (ліпофундин). Паралельно для зменшення катаболізму призначають анаболічні гормони (неробол, ретаболіл) один раз на три дні, вітаміни групи В і С. Для нормалізації мікроциркуляції і профілактики ДВЗ-синдрому призначається гепарин по 500 ОД/кг, контрикал по 100 ОД/кг.

Імунотерапія включає застосування гаммаглобуліну, анти-стафілококової плазми, лейкоцитарної маси. Стимуляцію захисних сил організму проводять за допомогою біогенних стимуляторів (декарис, пенгосил, метилурацил).

Великого значення набуває введення стимуляторів ендogenous інтерферону (лаферон, циклоферон). Якщо виникає синдром поліорганної недостатності, призначають серцеві глікозиди, АТФ, кокарбоксілазу. У разі виникнення септичного шоку з перших хвилин потрібно проводити ШВЛ 50% сумішшю кисню і повітря з позитивним тиском на кінці видиху 5 мм вод. ст. та вводити великі дози кортикостероїдів.

Якщо консервативні методи не дають ефекту або стан породіллі погіршується, то ставиться питання про оперативне видалення септичного вогнища – матки. При септичному шоку це має вирішальне значення і під прикриттям інфузійної терапії повинно проводитися якнайшвидше.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Степанківська Г.К., Михайленко О.Т. Акушерство. К.: Здоров'я, 2000.
2. Акушерство і гінекологія / За ред. В.М.Запорожана. к.: Здоров'я, 2000.
3. Степанковская Г.К., Венцовский Б.М., Бандик В.Ф. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. К.: Здоровья, 2000.
4. Бакшеев Н.С., Орлов Р.С. Сократительная функция матки. К.: Здоров'я, 2000.
5. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Марикн С.А. Практическое акушерство. М.: Медицина. 2000.
6. Балаханов А. В. Преодоление бесплодия. – СПб.: ЭЛБИ, 2000.
7. Гуляева Л.И., Дудник В.В., Озерская И.А. Случай сочетания прогрессирующей маточной и внематочной беременности // Ультразвуковая диагностика. – 2000.
8. Рязанцев Е.Л., Рязанцев М.Е. Краткий курс оперативной гинекологии. - Рязань, 2000.
9. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей /Под ред. Г.М.Савельевой. ~М: Медицина, 2006,- 348 с.
10. Венцовский Б.М. Поздний гестоз. - К., 2002. - 768 с.
11. Кардиотокрграфия. Допплерометрия. Биофизический профиль: учеб.пособие. - Минск: Книжный Дом, 2004. - 304 с.
12. Гуменюк Е.Г. Акушерство: физиология беременности: учебное пособие. - Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. - 170 с.
13. Дуда В.И. Физиологическое акушерство. - Минск: Высшая школа, 2000. - 447с.
14. Жилиев Н.И. Акушерство: фантомный курс. - К.: Книга-плюс, 2002.-239 с.