

Чеченский государственный университет
Медицинский институт
Кафедра «Акушерство и гинекология»

Перитонит. Сепсис. Мастит.

Акушерский перитонит



Клинические формы акушерского перитонита

ранний перитонит, возникающий в результате инфицирования брюшины во время операции

Часто после операции, произведенной на фоне хориоамнионита, при длительном безводном промежутке

перитонит, развивающийся вследствие длительного пареза кишечника

Инфицирование брюшины происходит вследствие нарушения барьерной функции кишечника

перитонит, развивающийся в результате несостоятельности швов на матке

Следствие инфекции или технических погрешностей в процессе операции

Лечение акушерского перитонита

1

Ранний перитонит

Комплексная консервативная терапия

2

Перитонит на фоне метроэндометрита

Комплексная консервативная терапия + подготовка к операции

3

Перитонит на фоне несостоятельности швов

Экстирпация матки с трубами, дренирование брюшной полости

+

Комплексная консервативная терапия

Лечение акушерского перитонита

- Инфузионно-трансфузионная терапия (крахмал, декстраны, СЗП, кристаллоиды)
- Антибактериальная терапия
- Противогрибковые препараты
- Нормализация микроциркуляции
- Ингибиторы протеаз
- Витаминотерапия, анаболические препараты
- Иммунотерапия
- ИВЛ по показаниям
- Гипербарическая оксигенация
- Эфферентные методы терапии (плазмаферез, гемосорбция и др.)

Восстановление функции кишечника

- Назогастральное зондирование
- Длительная перидуральная блокада
- Церукал по 2 мл 3 раза в сутки
- Ганлиоблокаторы (бензогексоний)
- Прозерин через 36-48 ч после операции



Сепсис

- общее неспецифическое инфекционное заболевание, возникающее в условиях нарушенной реактивности организма при постоянном или периодическом поступлении из очага инфекции микроорганизмов и их токсинов в кровеносное русло с образованием в ряде случаев гнойных метастазов.

Течение обусловлено

- реактивными свойствами макроорганизма
 - характером возбудителя инфекции
 - состоянием септического очага

Сепсис

- ▣ динамический патологический процесс, который может быстро привести к терминальной стадии ПОН и стать причиной инфекционно-токсического шока.

- **Сепсис** всегда является вторичным процессом. В его возникновении существенную роль играет первичный очаг инфекции - как правило - послеродовая или послеабортная матка, а первичное заболевание - эндометрит.



- * В клинической практике под термином сепсис понимают синдром системной воспалительной реакции, развившийся в результате воздействия микробиологически идентифицированного инфекционного агента.
- * Течение сепсиса может сопровождаться развитием органной и системной недостаточности или инфекционно-токсического шока, который характеризуется несостоятельностью регуляции сердечно-сосудистой системы.

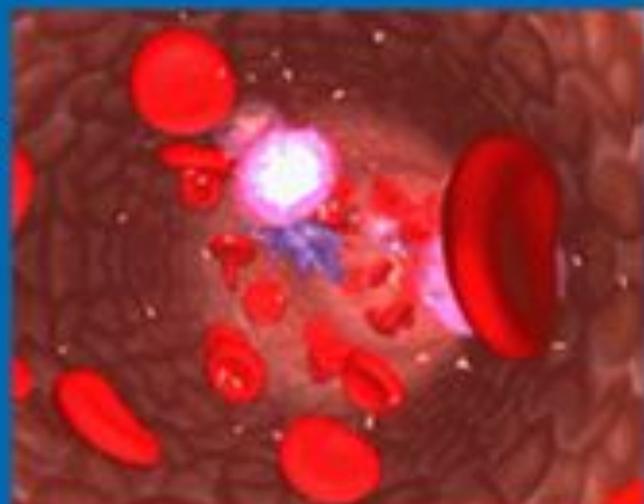
Этиология

- Золотистый стафилококк
- Грамотрицательная флора
- Анаэробные микроорганизмы
- Стрептококки
- 1/3 случаев – ассоциации микроорганизмов



➤ **Септициемией** называют наличие в кровеносном русле и во всем организме бактерий и их токсинов, которые в течение длительного времени периодически (волнообразно) поступают в общий кровоток из раны или из нарушенных зон микроциркуляции, где резко замедлен кровоток

➤ **Септикопиемия** - преимущественно токсическая фаза сепсиса, в основе которой лежит интоксикация организма микробными токсинами, продуктами распада микробных тел и пораженных тканей



Характер иммунной защиты

нормергический

преобладают
явления воспаления

гиперергический

бурное острое начало
с преобладанием
деструктивно-дегенеративных
изменений

анергический

характерно вялое течение

Факторы, способствующие развитию акушерского сепсиса

- эндокринные заболевания
- кольпит
- экстрагенитальные очаги инфекции
- гестоз
- кровотечения во время беременности, в родах и в послеродовом периоде
- сахарный диабет
- ожирение
- амниотомия
- амниоцентез
- хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности
- преждевременное излитие околоплодных вод
- длительный безводный период
- затяжные роды
- многократные влагалищные исследования
- акушерские операции
- родовые травмы
- задержка частей последа в матке
- субинволюция матки и лохиометра в послеродовом периоде и др.

ПАТОГЕНЕЗ

- Сепсис рассматривают как патологический процесс, осложняющий течение клинически или бактериологически доказанных заболеваний инфекционной природы. Основной патогенетический механизм развития сепсиса — выброс эндогенных медиаторов воспаления с последующим развитием повреждений органов и систем (в том числе, расположенных далеко от очага инфекции).
- Нарушения кровообращения и транспорта кислорода в начальных стадиях сепсиса носят гипердинамический характер, в последующем возникают гиподинамия, синдром малого сердечного выброса, резко уменьшаются доставка и потребление кислорода

Классификация сепсиса

Признаки	Форма и фазы развития
По наличию очага	Первичный Вторичный (при наличии первичного очага)
По локализации первичного очага	Хирургический, акушерско-гинекологический, урологический, отогенный и др.
По возбудителю	1. Вызванный аэробной флорой: -грамположительный (стафилококковый, стрептококковый) -грамотрицательный (колибациллярный, синегнойный, протейный) 2. Вызванный анаэробной флорой: - клостридиальный - неклостридиальный
По фазам развития	1. Начальная фаза сепсиса 2. Септицемия 3. Септиколиемия
По клиническому течению	Молниеносный, острый, подострый, хронический, септический шок

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Клиническая картина сепсиса характеризуется развитием синдрома системной воспалительной реакции и признаками ПОН при наличии первичного очага инфекции.
- Сроки развития заболевания весьма вариабельны и могут составлять от нескольких часов (молниеносный сепсис) до 7–8 сут после родоразрешения. Развивающаяся на фоне сепсиса
- коагулопатия — причина резкого увеличения частоты развития флеботромбозов.

Диагностика акушерского сепсиса

ОСНОВАНА НА

ВЫЯВЛЕНИИ

- инфекционного очага;
- синдрома системного воспалительного;
- признаков органной и системной недостаточности (признаков распространения инфекционновоспалительной реакции за пределы первичного очага и вовлечения в процесс органовмишеней).

Для синдрома системной воспалительной

- реакции характерны:
 - температура тела $>38^{\circ}\text{C}$ или $<36^{\circ}\text{C}$;
 - тахикардия >90 в минуту;
 - тахипноэ <20 в минуту или $\text{pаCO}_2 <32$ мм рт.ст.;
 - лейкоцитоз $>12 \cdot 10^9/\text{л}$ или $<4 \cdot 10^9/\text{л}$, или $>10\%$ незрелых форм лейкоцитов.

- При наличии всех четырёх признаков синдрома системной воспалительной реакции нужно ставить диагноз сепсиса.

- Применение этих критериев диагностики на практике вызывает ряд проблем. Формально к группе сепсиса можно отнести те же эндомиометрит, мастит, пиелонефрит, но при проведении эффективного лечения в течение 2–3 дней симптомы, характерные для синдрома системной воспалительной реакции, могут исчезнуть.
 - ПОН при тяжёлом сепсисе проявляется признаками РДС, почечно-печёночной недостаточности, коагулопатии и кардиогенной недостаточности кровообращения.
-

Клиника септицемии

- раннее начало (на 2-3-и сутки после родов).
- головная боль, раздражительность, бессонница, угнетение нервной системы, помрачение или даже потеря (в тяжелых случаях) сознания
- повышение температуры в пределах 39-41°C
- сильные ознобы, пробивные поты
- снижение массы тела
- геморрагическая сыпь на коже, бледность кожных покровов с желтушным оттенком, цианоз губ и ногтей
- резкое учащение пульса (120-130 уд/мин), уменьшение его наполнения; снижение артериального и венозного давления
- повышение центрального венозного давления; признаки перегрузки правых отделов сердца на ЭКГ; трофические и сосудистые расстройства (пролежни, тромбозы, отеки, тромбозы)
- анемия, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, резкое уменьшение лимфоцитов, снижение тромбина в крови до 45-50%
- снижение относительной плотности мочи, в осадке белок и форменные элементы
- тахипноэ (26-30 дыханий в 1 мин)
- желтуха, явления гепатита, спленомегалия
- сухой обложенный язык, упорные септические поносы, тошнота, рвота
- относительно быстрое снижение температуры тела и улучшение общего состояния на фоне интенсивной адекватной комплексной терапии

Клиника септикопиемия

- период первичного инфицирования (первичного очага)
- развивается на 10-17-й день после родов
- Характерна гектическая лихорадка, суточные колебания температуры достигают 4—5 °С
- одновременное множественное поражение ряда органов и систем
- наличие у больных нескольких гнойных очагов
- высокая степень интоксикации
- длительное упорное течение заболевания
- чередование ухудшения состояния с короткими ремиссиями

Варианты патофизиологического состояния синдрома полиорганной недостаточности

- Состояние А - нормальный стрессовый ответ, наблюдаемый при компенсированном сепсисе: увеличивается частота сердечных сокращений, сердечный индекс более 4 л/мин, повышается индекс потребления кислорода.
- Состояние В характеризуется симпатической адаптацией и гипердинамическим ответом (повышение частоты сердечных сокращений и сердечного. Развиваются компенсаторная одышка и респираторный алкалоз.
- При состоянии С появляется дыхательная недостаточность, организм уже не может самостоятельно регулировать метаболические процессы, вследствие чего возникает респираторный ацидоз.
- При состоянии D развивается первичная сердечная недостаточность со снижением сердечного индекса, артериальной гипотонией и ацидозом.

Латентная септицемия - хроничесепсис

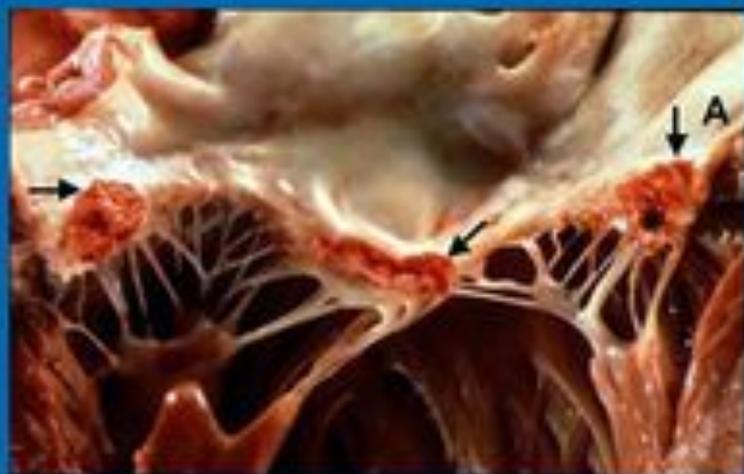
- субфебрилитет
- общая слабость
- головная боль, головокружение, сонливость
- повышенное потоотделение
- жидкий стул
- умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ
- В большинстве случаев из крови высеивается стафилококк

При септическом шоке развивается гипотензия, длящаяся на протяжении не менее 1 ч и характеризующаяся:

- систолическим АД < 90 мм рт.ст.;
- снижением систолического АД на 40 мм рт.ст. и более от начального уровня;
- средним АД < 60 мм рт.ст.
- Приведённые критерии действительны при наличии адекватной инфузии и отсутствии других причин гипотензии (приём медикаментов, инфаркт миокарда, кровопотеря, травма и др.).

Стрептококковый сепсис

- нередко в виде молниеносной формы септицемии с резкими дистрофическими изменениями органов
- гиперплазия пульпы селезенки
- язвенный эндокардит с преимущественным поражением митрального и аортального клапанов



Синегнойный сепсис

- результат суперинфекции у ослабленных больных
- протекает в виде острой или подострой септикопиемии с прогрессирующими нагноительно-деструктивными процессами в первичном очаге
- метастатические очаги - мелкие, зеленоватые, окружены красноватым ободком



Колисепсис

- обычно протекает по типу септицемии
- парез кишечника
- геморрагическая сыпь на коже
- истощение
- диффузные капилляростазы
- пролиферативно-инфильтративные процессы в межуточной ткани органов



Анаэробный сепсис

- желтушная окраска кожи с бронзовым оттенком
- образование метастатических очагов в подкожной жировой клетчатке
- наблюдаются явления гемолиза, миолиза
- воспалительные и дегенеративно-некротические изменения во внутренних органах



Принципы лечения сепсиса

- борьба с инфекцией и интоксикацией
- активизация защитных сил организма
- нормализация функций отдельных органов и систем
- воздействие на очаг инфекции

Ликвидация очага инфекции

- При наличии первичного очага в матке, если на фоне комплексной интенсивной терапии состояние больной не улучшается в течение 2-3 суток, производят гистерэктомию с маточными трубами.
- При кровотечении из матки гистерэктомию производят немедленно. В стадии септикопиемии без удаления матки выздоровление при этой форме сепсиса невозможно.
- Если первичный очаг представляет собой мастит, гнойник промежности, постинъекционный абсцесс, показано хирургическое вмешательство с эвакуацией гноя, иссечением некротизированной ткани.

Антибактериальная терапия сепсиса

- Выбор антибактериальных препаратов определяется характером и чувствительностью микрофлоры
- Обязательно применение препаратов метронидазола
- Антибиотики назначаются в максимальных дозах
- Показана комбинация двух и более антибиотиков с разным спектром действия и с одним из химических антисептиков
- Посевы крови повторяют каждые 5-7 дней
- Сочетают местный (внутриполостной, внутрибрюшинный) и общие (внутримышечный, внутривенный, внутриартериальный) пути введения антибиотиков
- Лечение продолжают до полного клинического выздоровления и двух отрицательных посевов крови

Инфузионно-трансфузионная терапия сепсиса

- проводится с целью:
 - дезинтоксикации
 - поддержания ОЦК
 - устранения анемии, гипопроотеинемии
 - коррекции нарушений водно-электролитного, коллоидно-осмотического, энергетического баланса
- проводится под контролем функции почек и коллоидно-осмотического давления крови (не ниже 14 мм рт. ст.)

Профилактика акушерско-гинекологического сепсиса

- В женской консультации выявляют беременных, относящихся к группе высокого риска развития послеродовых инфекционных заболеваний или уже заболевших, и проводят соответствующие профилактические и лечебные мероприятия
- В родах необходимо предупреждать преждевременное излитие околоплодных вод, развитие длительного безводного периода, ограничивать число влагилицных исследований, проводить раннюю полноценную обработку разрывов мягких тканей родовых путей.
- При высоком риске инфицирования после проведения акушерских операций назначают профилактические курсы антибактериальной терапии.

Мастит

воспаление паренхимы
и интерстиция
молочной железы

Частота
1,5-6%
родов

Чаще
односторонний
процесс

В 70 %
у первородящих

Возбудители мастита

- Стафилококк - 82%
- 11% ассоциация стафилококка с E.coli и стрептококком
- E.coli
- Стрептококк
- Протей
- Грибы

Входные ворота - чаще всего трещины сосков

Возможно интраканаликулярное распространение возбудителей при кормлении грудью и сцеживании молока

Реже гематогенным и лимфогенным путями из эндогенных очагов

Патогенез мастита

- предшествует нарушение оттока молока с развитием лактостаза
- при наличии микробов молоко в расширенных молочных ходах сворачивается, стенки протоков отекают, что еще больше способствует застою молока



По локализации выделяют

паренхиматозный

интерстициальный

галактофорит —
воспаление
молочных протоков

ареолит —
воспаление желез
околососкового кружка

Мастит

- Позднее начало
- Смешанная флора (бак. посев)
- Стертые и атипичные формы

Клиническое течение

Патологический
лактостаз
(t° , нагрубание,
болезненность)

Массивное
обсеменение
(стафилококк)

- Серозный (начинающийся)
- Инфильтративный
- Гнойный
- Инфильтративно-гнойный
(диффузный, узловый)
- Абсцедирующий
- Флегмонозный
- Гнойно-некротический
- Гангренозный



- Острый застой молока часто предшествует воспалительному процессу
- Нагрубание молочных желез, протекающее с повышением температуры, следует считать серозной формой мастита



Инфильтративная форма мастита

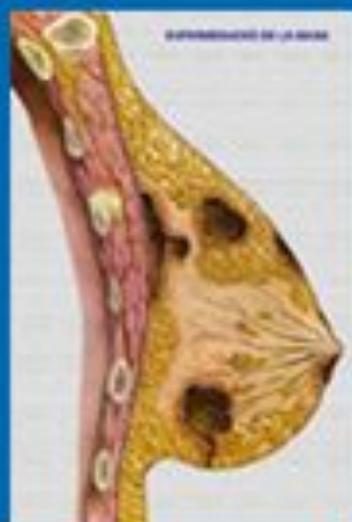
- ознобы
- в железе резко болезненный инфильтрат с неясными границами
- вся железа значительно увеличивается
- кожа краснеет
- СОЭ повышается до 30-40 мм/ч
- лейкоцитоз до 10-20
- чувство напряжения и боль в молочной железе
- головная боль, бессонница, слабость, потеря аппетита
- подмышечные лимфоузлы увеличиваются и становятся болезненными



Для **абсцедирующей формы мастита** характерно появление флюктуации

Для **флегмонозной формы** характерно

- резкое ухудшение общего состояния
- повышение температуры до 38-40° С
- сухость губ и языка
- молочная железа увеличена, кожа ее гиперемирована, с участками цианоза
- резкое расширение подкожной венозной сети
- лимфангит и лимфаденит
- железа пастозная, определяется несколько участков флюктуации
- лейкоцитоз до 17-18
- содержание гемоглобина падает до 70 г/л



Гангренозная форма мастита

- состояние очень тяжелое
- температура достигает 40°C
- пульс 110-120 ударов в минуту, слабого наполнения
- кожа бледная, язык и губы сухие
- слабость, головная боль, бессонница, отсутствие аппетита
- молочная железа увеличена, болезненна, отечна
- кожа над ней от бледно-зеленого до синюшно-багрового цвета, в некоторых местах с пузырями и участками некроза
- сосок втянутый, молока нет
- лейкоцитоз до 20-25, в формуле — резкий сдвиг влево, токсическая зернистость нейтрофилов

Диагностика мастита

- жалобы
- лейкоцитоз
- нейтрофильный сдвиг, ускорение СОЭ, анемия
- бактериологическое исследование молока и гноя
- значительное увеличение числа лейкоцитов в молоке (более 20 в поле зрения)
- УЗИ: гомогенная масса инфильтрата в определенном участке исследуемой молочной железы. В последующем на этом месте ви-зуализируется полость с неровными краями, перемычками

Для лактостаза характерно однократное повышение температуры до 38°C при общем удовлетворительном состоянии; молочная железа равномерно нагрубает во всех отделах; после сцеживания температура быстро нормализуется; лактация не страдает

Лечение послеродового мастита

Местное лечение



- Сцеживание
- Физиотерапия (ультразвук, УФ-лучи, микроволны)
- Холод на очаг
- При гнойном мастите – вскрытие гнойного очага

Общее лечение



- Подавление лактации (парлодел, бромкриптин, достинекс)
- Антибактериальная терапия (пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды и др.)
+ Метронидазол
- Дезинтоксикационная терапия
- Иммуномодулирующая терапия
- Десенсибилизирующая терапия
- Витаминотерапия



Грудное вскармливание при мастите

- При развитии мастита грудное вскармливание временно прекращают
- Показания к подавлению лактации у больных маститом при его тяжелом течении и резистентное к проводимой терапии являются
 - быстро прогрессирующий процесс
 - гнойный мастит с тенденцией образования новых очагов после хирургического вмешательства
 - вялотекущий, резистентный к терапии гнойный мастит (после хирургического лечения)
 - флегмонозный и гангренозный мастит
 - мастит на фоне заболеваний других органов и систем

➤ **Повысить эффективность лечения**
можно сочетанным использованием
антибиотиков и

- поливалентного стафилококкового бактериофага
- антистафилококкового гамма-глобулина
- антистафилококковой плазмы
- адсорбированного стафилококкового анатоксина

Профилактика мастита

- строгое соблюдение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических мероприятий в акушерском стационаре
- В послеродовом периоде:
 - ежедневный гигиенический душ и смена белья
 - занятия гимнастикой
 - раннее вставание
 - мытье рук и туалет молочных желез перед кормлением
 - прием воздушных ванн в течение 10-15 мин после каждого кормления
 - ношение бюстгалтера, приподнимающего, но не сдавливающего молочные железы
 - обучение родильниц правилам и технике грудного вскармливания
 - профилактика, своевременное распознавание и рациональное лечение трещин сосков и лактостаза



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ