



Послеро
ДОВЫЙ

ЭНДОМЕТ

Послеродовой эндометрит является одной из наиболее распространенных форм гнойно – воспалительных заболеваний в послеродовом периоде. Частота его после самопроизвольных родов составляет 2 – 5%, после кесарева сечения – 10 – 20%, по некоторым данным – до 50%

Этиология ПЭ

Характерной особенностью современного послеродового эндометрита является его полиэтиологичность. Эндометрит может быть вызван условно-патогенными бактериями, микоплазмами, хламидиями, вирусами и т.д. В подавляющем большинстве это ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов: стрептококки группы В, *Staphylococcus* spp., *E. Coli*, *Proteus* spp., *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp., *G. Vaginalis*, *C.trachomatis*.

Среди возбудителей преобладают микст-инфекция и комбинация условно патогенных возбудителей, составляющих нормальную флору человека. Это аэробно-анаэробные ассоциации. Гораздо чаще сегодня встречаются энтерококк

Послеродовой эндометрит . Этиология:



Факторы риска возникновения внутриматочной инфекции

низкий социальный статус;

иммуносупрессия, обусловленная беременностью;

хронические воспалительные заболевания женских половых органов

экстрагенитальная инфекционно-воспалительная патология

заболевания сердечно-сосудистой системы и щитовидной железы,

сахарный диабет и другая эндокринная и иммунная патология.

гестоз различной степени тяжести, угроза прерывания

беременности, острая (обострение) генитальная и экстрагенитальная инфекция, анемия

продолжительность родов более 12 часов,

длительность безводного промежутка более 6 часов,

аномалии родовой деятельности,

многократные влагалищные исследования,

патологическая кровопотеря,

травма мягких тканей родовых путей

Пути распространения инфекции

- а) восходящий, что связано с повышающейся ролью в этиологии гнойно-воспалительных заболеваний условно-патогенных микроорганизмов, обитающих во влагалище беременной женщины. Особенно это свойственно неспецифическим микробам – стафилококкам, стрептококкам;
- б) гематогенный (диссеминация бактерий из первичного экстрагенитального очага);
- в) лимфогенный (через систему региональных сосудов, чему способствуют обширные дефекты эндометрия и травмы половых органов);
- г) интраамниональный, связанный с внедрением в акушерскую практику инвазивных методов исследования (амниоскопия, амниоцентез, кордоцентез, инвазивный фетальный мониторинг и т.д.)

Патогенез

Одним из основным механизмов патогенеза развития воспалительного заболевания половых органов является состояние эндогенной интоксикации, проявляющееся нарушением микро-и макроциркуляции крови, водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия, структурных и ультраструктурных изменений в клетках органов и тканей при гнойно-септических заболеваниях.

Первичной причиной возникновения синдрома эндогенной интоксикации являются возбудители. Их эндо-и экзотоксины, а также другие продукты жизнедеятельности угнетают функцию ретикулоэндотелиальной системы, снижают активность фагоцитов, титр комплемента и других факторов неспецифической резистентности организма, нарушают микроциркуляцию в органах и тканях.

Клиническая картина

Классическая форма

- на 1-5-ые сутки после родов
- Температура тела повышается до 38—39 °С
- субинволюцию и болезненность тела матки при пальпации
- гнойные с запахом выделения
- лейкоцитоз

Стертая форма

- проявляется на 5—7-е сут
- Температура тела не превышает 38 °С
- Местная симптоматика выражена слабо
- рецидив возникает на 3—12-е сут после «выздоровления»
- отсутствуют изменения лейкоцитарной формулы

Абортивная форма

- проявляется на 2—4-е сут
- с началом адекватного лечения симптоматика быстро исчезает

Клинические симптомы

Лихорадка

Лейкоцитоз

Болезненность
матки при
пальпации

Гнойные
лохии с запахом

Субинволюция
матки

Клинические формы	Легкая	Средней тяжести	Тяжелая
Начало (сутки)	2 – 7	2 – 5	2 – 3
Температура	37 – 37,5	38 – 38,5	39 и выше
Болезненность матки	умеренная	выраженная	резко выраженная
Субинволюция	+/-	+	+
Изменение лохий	мутные	неприятный запах, мутные	гноевидные
Признаки интоксикации	нет	умеренные	выраженные
Изменения в анализе крови	+/-	Лейкоцитоз ↑ СОЭ	Лейкоцитоз ↑ СОЭ, анемия, тромбоцитопения
Изменения в системе гемостаза	+/-	Гиперкоагуляция, активация тромбоцитарного звена	Резко выраженная структурная и хронометрическая гиперкоагуляция

Диагностика послеродового эндометрита

ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИТА

Критерии диагноза послеродового эндометрита
(для постановки диагноза достаточно 2 симптомов)

Повышение температуры тела (38°C и выше).

Болезненная матка при пальпации.

Выделения из половых путей с неприятным запахом.

Возможно умеренное кровотечение из половых путей.

Повышенное количество лейкоцитов в крови обладает низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции (2а).

- При субфебрильной температуре в течении более 24х часов со 2х суток послеродового периода при отсутствии клинических признаков эндометрита необходимо:
- Контроль температуры каждые 3 часа
- Микробиологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам
- Дифференциальная диагностика с возможными причинами повышения температуры
- Узи необходимо для выявления остатков плацентарной ткани, гематометры, и т д
- Гистероскопия – основное исследование при диагностике ПЭ, уступая точности лишь патоморфлогическому методу

Принципы терапии

Комплексное лечение родильниц с послеродовым эндометритом включает общую и местную терапию. Основными компонентами этой терапии являются антибактериальная, инфузионная, десенсибилизирующая, утеротоническая, при необходимости – антикоагулянтная, иммуностимулирующая, гормональная терапия, а также немедикаментозные методы

- Санация гнойного очага(под гистероскопическим контролем,удаление некротизированных тканей, плацентарной ткани)
- Антибактериальная терапия (широкий спектр)
- Дезинтоксикационная терапия

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА



Антибактериальная терапия эндометрита

ПРЕПАРАТЫ

ОСНОВНЫЕ

Амоксициллин/клавуланат

Ампициллин/сульбактам

Аминогликозиды +
метронидазол/линкозамиды

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ

Цефалоспорины II-IV пок.
+ метронидазол

Цефоперазон/сульбактам

Фторхинолоны +
Метронидазол/линкозамиды

Карбапенемы

Ванкомицин (при MRSA)

Макролиды/доксциклин
(при хламидийной инфекции)

ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Перед началом антибактериальной терапии производится забор отделяемого из полости матки для бактериологического исследования, при выделении возбудителя – определение чувствительности к антибиотикам для проведения в дальнейшем этиотропной терапии.

<i>Амоксициллин/клавулат</i>	<i>1,2 г × 3 р/сут в/в</i>
<i>Ампициллин/сульбактам</i>	<i>1,5 г × 3 – 4 р/сут в/в</i>
<i>Амоксициллин/сульбактам)</i>	<i>1,5 г × 3 р/сут в/в</i>
<i>Цефоперазон/сульбактам</i>	<i>2- 4г × 2р/сут в/в</i>

<i>Цефтриаксон</i>	<i>1 – 2 г × 1р/сут в/в</i>	} <i>Метронидазол 500 мг×3р/сут в/в</i>
<i>Цефотаксим</i>	<i>2 г × 3р/сут в/в</i>	
<i>Цефепим</i>	<i>1 – 2 г × 2р/сут в/в</i>	
<i>Ципрофлоксацин – 400мг</i>	<i>2/сут в/в</i>	

Альтернативная терапия:

Имипенем/циластатин 500 мг×4 р/сут в/в

Меропенем 1 г – 3р/сут в/в

Пиперациллина тазобактам 4,5 г × 4 р/сут в/в

- Для инфузионной терапии используются следующие жидкости:
- 1) плазмозаменители (реополиглюкин, полиглюкин, гемодез и др.);
- 2) белковые препараты (альбумин, желатиноль, протеин и др.);
- 3) солевые растворы (дисоль, хлосоль, трисоль, физиологический раствор и др.).
- Целесообразно использовать озонированные инфузионные среды (физиологический раствор).

- Для улучшения сократительной активности матки показано применение утеротонических средств – окситоцин по 5 ЕД 2 раза в сутки после предварительного введения 2 мл но-шпы.
- Из иммунокорригирующих препаратов при смешанной вирусно–бактериальной инфекции целесообразно применять интерфероновые препараты – кипферон или виферон, а также инфузии нормального человеческого иммуноглобулина по 25 мл внутривенно капельно через день 3 раза.

Местная терапия

- По показаниям необходимо производить вакуум–аспирацию содержимого полости матки для удаления некротических тканей. Эту манипуляцию необходимо проводить и в тех случаях, когда по данным ультразвукового исследования отсутствуют патологические включения в полости матки, но содержание продуктов деструкции тканей в лохиях превышает верхнюю границу доверительного интервала нормы. Местная терапия эндометрита значительно снижает уровень бактериальной обсемененности внутренней поверхности матки

«Ферментативный кюретаж»

- стенок матки пролонгированными иммобилизованными ферментами, в частности препаратом Профезим. Препарат способствует активному лизису омертвевших тканей и фибрина, уменьшает отек слизистой, оказывает противовоспалительный эффект, ускоряет рост и созревание грануляционной ткани. Действуя как «химический нож», профезим путем некролиза способен вскрывать микроабсцессы и микрофлегмоны, рассеянные в зоне воспаления, и прокладывает путь антибиотика, что несомненно способствует увеличению эффективности последних.

В последнее десятилетие все большее внимание клиницистов привлекают немедикаментозные, поливалентно действующие эфферентные методы гемокоррекции и фотомодификации крови. Они позволяют удалять из организма патологические элементы и корректировать клеточный, белковый, электролитный, водный баланс.

Лечебный эффект гемосорбции и плазмофереза при гнойно-воспалительных осложнениях обусловлен удалением из кровяного русла токсичных веществ, аутоантител, иммунных комплексов, компонентов разрушенных тканей и клеток, повышением функциональной активности и изменением жизнедеятельности кроветворных, стромальных и иммунокомпетентных клеток

ПРОГНОЗ

- При своевременном комплексном лечении прогноз благоприятный. Недолеченный метроэндометрит переходит в хроническую форму, с ним ассоциированы повышенный риск бесплодия, невынашивания, меноррагия.