

Послеродовые гнойно-септические
заболевания.

Послеродовой, или
пуэрпиральный
период, начинается
сразу после отделения
плаценты и выделения
последа и
продолжается 42
суток.

ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

1. Кровотечение в послеродовом периоде.
2. Невоспалительного характера состояния молочной железы (гипогалактия и агалактия)
3. Послеродовые инфекционные осложнения
 - Мастит O 91
 - Эндомиометрит N71.0
 - Перитонит O 85
 - Сепсис O 85
 - Послеродовый гипопитуитаризм (синдром Шихана)

ГИПОГАЛАКТИЯ И АГАЛАКТИЯ. ПРИЧИНЫ:

- Заболевания органов внутренней секреции
- Возрастные первородящие
- Инфантилизм
- Заболевания ССС
- Поздние гестозы
- Массивные кровопотери в родах и раннем послеродовом периодах
- Травматические акушерские операции
- Послеродовые инфекции
- Трещины сосков, маститы
- Нерациональный режим и диета кормящей матери
- Физическое и психическое переутомление
- Позднее прикладывание ребёнка к груди
- Недостаточность сосательного рефлекса у новорождённого

КЛАССИФИКАЦИЯ:

ПО ЭТИОЛОГИИ:

- Первичная или ранняя, Г. встречается редко и выявляется сразу после родов; бывает обычно у первородящих инфантильных женщин при аномалиях развития молочных желёз, а также после тяжёлых токсикозов беременности истощающих заболеваний, оперативных вмешательств при родах. Иногда Г. является результатом позднего прикладывания недоношенного или больного ребёнка к груди.

- Вторичная, или поздняя, Г. связана обычно с редким, беспорядочным кормлением ребёнка грудью, плохим сцеживанием остатков молока после кормления. Причинами её могут быть также недостаточное количественное и качественное питание, переутомление, психические травмы, недостаточный сон и недостаточное пребывание на свежем воздухе.

- Профилактика: массаж молочных желёз, при втянутых и плоских сосках — их вытягивание по 4—5 раз в день через марлю; после родов — раннее прикладывание ребёнка к груди. В последующем — кормление с равными промежутками в течение 15—20 мин в определенное время суток, ночное кормление стимулирует выработку молока+ сцеживание молока после кормления.
- Лечение: стимулирующие лактацию и общеукрепляющие препараты, правильный режим, рациональное питание, витаминотерапия, физио- и психотерапия.

АГАЛАКТИЯ ---- Полное отсутствие выделения
молока из груди у родивших женщин
встречается крайне редко.

ТРЕЩИНЫ СОСКОВ

Трещины сосков - это мелкие разрывы на коже груди и сосках, которые появляются, как правило, у кормящих матерей.

ТРЕЩИНЫ (ССАДИНЫ) СОСКОВ

- Обычно поражаются оба соска,
- В 2 раза чаще первородящие, на состояние сосков оказывает техника и длительность кормления, сила сосания, интервал между кормлениями,
- различают 3 стадии формирования трещин:
 - I - мацерация эпидермиса сосков,
 - II - корочка,
 - III - глубокая кровоточащая эрозия,

Существует несколько причин появления трещин сосков, вот некоторые из них:

- Несоблюдение правил гигиены:
недостаточный уход за кожей сосков
- Использование в уходе за кожей груди средств, которые сушат кожу и снижают ее эластичность (например спирт, зеленка).
- Неправильное прикладывание ребенка к груди, когда во рту малыша оказывается только сосок.
- Насильственное отнятие груди, когда малыш не открыл ротик, также способствует появлению трещин на груди.
- Гиповитаминоз

ПРОФИЛАКТИКА ТРЕЩИН СОСКОВ

- Профилактику трещин сосков рекомендуется начинать еще во время беременности.
- рекомендуется носить хлопчатобумажные бюстгальтеры, которые подходят по размеру и не натирают кожу.
- После ежедневного душа рекомендуется в течение минуты осторожно массировать кожу вокруг сосков мягким махровым полотенцем и смазывать детским кремом

Основным средством профилактики образования трещин сосков является правильное прикладывание ребенка к груди. Кормящая мама должна следить за тем, чтобы ребенок правильно сосал грудь, захватывая не только сосок, но и ареолу. Когда ребенок приложен к груди правильно его подбородок касается груди, а верхняя губа практически полностью скрывает ареолу.

Не рекомендуется вынимать сосок изо рта младенца, если ребенок его не отпускает.

Для того чтобы он разжал ротик достаточно вставить в уголок рта малыша мизинец.

Также после кормления рекомендуется смазать кожу в области соска ланолиновым маслом

ЛЕЧЕНИЕ

Основные средства, применяемые в лечении трещин сосков преимущественно состоят из витамина группы В - дексапантенола, который обладает ранозаживляющим действием на кожу.

- Мазь и крем от трещин сосков **Бепантен** - содержит витамин группы В, который способствует быстрому заживлению трещин на коже груди. Мазь от трещин Бепантен наносят на кожу в области трещин после каждого кормления грудью.

- Спрей **Пантенол** также содержит витамин группы В. Спрей распыляют на кожу в области тещин с расстояния 10-20см после каждого кормления.
- **Корнегегель** это лекарственное средство, применяемое в лечении трещин сосков в виде геля. Гель от трещин сосков наносят на кожу после каждого кормления.
- **Ланодерм** - средство содержащее чистый Ланолин, защищают кожу от высыхания, делает ее более эластичной и прочной. Кремы содержащие ланолин наносят на кожу сосков легкими массирующими движениями после каждого кормления.

ЛАКТОСТАЗ



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- застой **молока** в **протоках** молочных желез. **Молочная железа** женщины среднем состоит из 15-25 **ацинусов**, в которых синтезируется молоко. Ацинусы соединены с соском **протоками**. Если какой либо ацинус в течение нескольких дней не освобождается своей продукции или один из протоков как бы пережимается – образуется **молочная пробка**, которая препятствует выделению секрета железы во внешнюю среду. Таким образом, возникает застой молока в одной или нескольких сегментах молочной железы. Длительно сохраняющийся лактостаз заканчивается неинфицированным маститом.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

- Недостаточное опорожнение молочных желез, вследствие неправильного прикладывания ребёнка, как результат не все грудные доли опорожняются
- Придерживание молочной железы при кормлении «ножницами», то есть двумя пальцами, при этом указательный палец может передавливать некоторые протоки
- Нерегулярное и недостаточное опорожнение груди
- Тесный бюстгальтер,
- сон на животе

- Кормление ребенка из бутылочки.
- Узкие протоки молочных желез
- Чрезмерная выработка грудного молока молочной железой - гиперлактация
- Обезвоживание
- Стрессы, переутомление и недосыпание
- Травмы и ушибы груди
- Переохлаждение груди.

Симптомы лактостаза

- ⦿ Болезненные ощущения в молочной железе
- ⦿ Можно прощупать уплотнения (плотные комочки) в груди в некоторых местах
- ⦿ Иногда покраснение участков кожи на молочной железе
- ⦿ После или в процессе опорожнения груди возникают болезненные ощущения, дискомфорт.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ МАСТИТ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

- 2-11% лактирующих женщин

КЛАССИФИКАЦИЯ:

По характеру поражения:

-патологический лактостаз (латентная стадия мастита)

-серозный

-инфильтративный

-гнойный:

*инфильтративно - гнойный (диффузный, узловой)

*абсцедирующий - (фурункулёз ореолы, абсцесс ореолы, абсцесс в толще железы, ретромаммарный абсцесс)

*флегмонозный (гнойно-некротический)

*гангренозный

По распространению:

-интерстициальный

-паренхиматозный

-ретроммаммарный

В международной практике выделяют:

- эпидемическую форму;

- эндемическую форму

ЭТИОЛОГИЯ:

- *S. aureus* (в 60-80%)
- Реже: стрептококки групп А и В, *E. coli*, *Bacteroides spp*
- При абсцедировании наряду с золотистым стафилококком чаще выделяют анаэробную флору

ПАТОГЕНЕЗ:

- Входные ворота: трещины соска
- Возможно интраканаликулярное проникновение микрофлоры при кормлении или сцеживании молока
- Предрасполагающие факторы:
 - лактостаз
 - структурные изменения молочных желёз (мастопатия, рубцовые изменения и др.)
 - нарушение гигиены и правил грудного вскармливания

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

- Локальная болезненность
- Гиперемия
- Уплотнение молочных желёз
- Повышение температуры тела
- Отделяемое из соска (серозное, гнойное)

ДИАГНОСТИКА:

- Клиническая картина
- Лабораторные методы
- Данные осмотра

КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА:

- Лихорадка, температура выше 37,8 С
- Локальная болезненность, гиперемия, уплотнение и отёк молочных желёз
- Гнойное отделяемое из соска
- Лейкоциты в молоке более 10^6 /мл
- Бактерии в молоке более 10^3 КОЕ/мл

ЛЕЧЕНИЕ:

- Немедикаментозное лечение (дополнительные сцеживания молочных желёз, компрессы)
- Медикаментозное лечение: антибактериальная терапия (пенициллиновый ряд, цефалоспорины)
- Хирургическое лечение (при абсцедировании процесса). Частота - 4-10%. Для подавления лактации используют Достинекс (0,5мг внутрь 2 раза в сутки 1-2 дня), Бромкриптин (по 2,5мг внутрь 2 раза в сутки 14 дней)

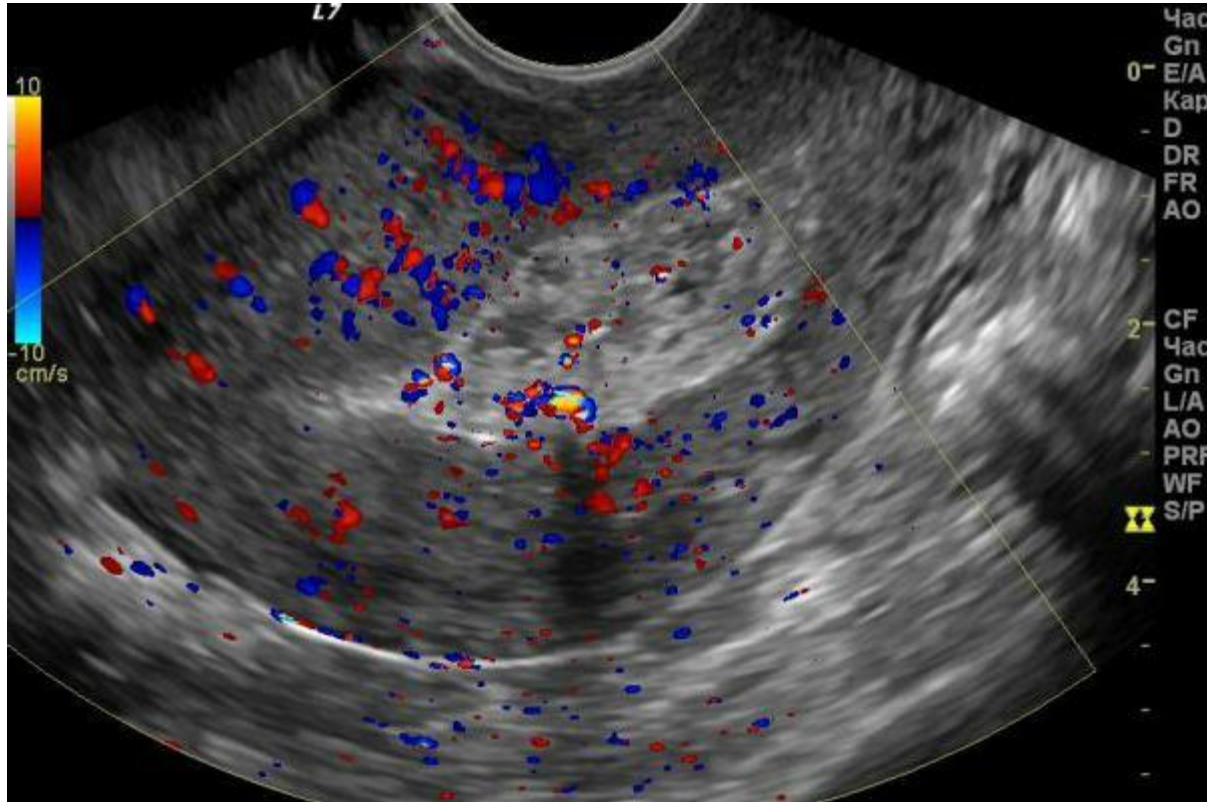
СУБИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ

- замедление темпов обратного развития матки, непосредственно связанное с нарушениями ее контрактильной активности
- Клиника: матка увеличена, мягковатой консистенции, значительное количество мутных лохий бурого цвета,
- Нередко сопровождается субфебрильной температурой,
- УЗИ:
- Лечение консервативное- утеротоники+ профилактика гнойно-септических осложнений после родов,

VR5-9Г гинекология/к/с24D/6.0см/Мп 0.64/Тим 0.3/04-06-2013 10:42:22
2D У50 DR120дБ УК8 Дав.90 Frq Ппр.6.0см

Har







ОБУЗ ЩИГРОВСКАЯ ЦРБ

18/03/13 08:25:17

ADM

MI 1.1

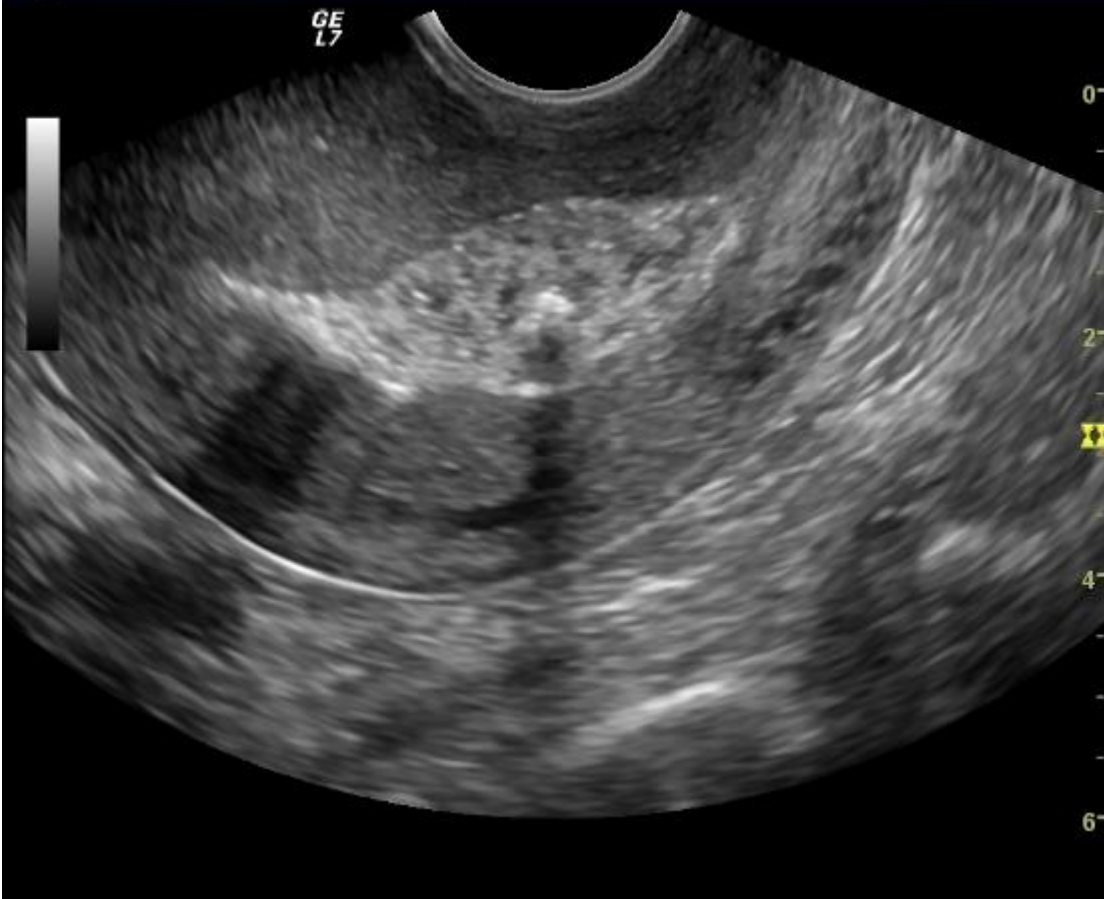
TIs 1.1

E8C

Гин

GE
L7

В CHI
Част. 10.0 МГц
Gn 26
0 E/A 0/3
КартыD/0/0
- D 6.0 см
DR 66
FR 43 Гц
AO 100 %





ЛОХИОМЕТРА

- задержка лохий в полости матки, что происходит в результате перегиба тела ее к передней брюшной стенке или вследствие механической закупорки шейного канала кровяными сгустками, оболочками,
- ЛЕЧЕНИЕ: улучшение оттока лохий путем выведения матки в срединное положение при двуручном исследовании,
- Возможно опорожнение матки путем вакуум-аспирации содержимого полости,
- Легкий кюретаж под контролем гистероскопии,
- Спазмолитики-для расслабления внутреннего зева, затем утеротоники

ЗАДЕРЖКА ПЛОДОВЫХ ОБОЛОЧЕК

- ЛЕЧЕНИЕ: обязательное удаление элементов плаценты из полости матки под контролем ГС, а/б и средства сокращающие матку=утеротоники,
- Профилактика - имеет самое существенное значение, Осмотр последа,
- При подозрении на дефект - ручной контроль стенок полости матки.

ЭНДОМИОМЕТРИТ – ИНФЕКЦИОННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ МАТКИ И МИОМЕТРИЯ

- N71.0 Острая воспалительная болезнь матки,
- Он встречается после естественных родов в 2-5% случаев, а после КС – в 10-15%,
- Профилактика у рожениц высокого инфекционного риска цефалоспоринов 1-3 поколения 1 кратно в суточной дозе.

◉ КЛАССИФИКАЦИЯ

- ◉ По клиническому течению послеродовой эндомиометрит делят на лёгкую, среднюю, тяжёлую, а также классическую и стёртую формы заболевания.
- ◉ К сожалению, диагностические критерии перечисленных клинических форм не стандартизированы.

ЭТИОЛОГИЯ

- В 80-90% наблюдений этиологическим фактором служат ассоциации аэробных и анаэробных условнопатогенных микроорганизмов, входящих в состав нормальной микрофлоры половых путей у женщин: *Escherichia coli* (17-37%), *Enterococcus faecalis* (37-52%), *Bacteroides fragilis* (40-96%). Реже возбудителями служат бактерии родов *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Fusobacterium*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Streptococcus*, *Staphylococcus* (*S. aureus* – 3-7%) и др.

ПАТОГЕНЕЗ

- Предпосылки для развития послеродового эндомиометрита:
 - наличие раневой поверхности в матке после отделения последа;
 - скопление в полости матки крови — питательной среды для бактерий;
 - дисбиотические и воспалительные заболевания нижних отделов родовых путей;
 - снижение иммунитета роженицы, усугублённое кровопотерей в родах;
 - снижение сократительной способности матки при отказе от исключительно грудного вскармливания.
- Немаловажную роль играют также травмы родовых путей и фрагменты последа, задержавшиеся в полости матки.
- Преобладает восходящий путь инфицирования. Источниками инфекции служат влагалище и шейка матки.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Заболевание манифестирует, как правило, на 3-4-е сутки после родов.

Больные жалуются на лихорадку до 38 °С, боли в гипогастральной области, гнойные лохии с ихорозным запахом.

ДИАГНОСТИКА

Патогномоничных признаков послеродового эндомиометрита нет.

Диагноз послеродового эндомиометрита ставят на основании клинической симптоматики и лабораторных методов обследования (клинический анализ крови, бактериологическое исследование аспирата матки).

АНАМНЕЗ

Факторы риска послеродового
эндомиометрита:

- оперативное родоразрешение (КС);
- большая продолжительность родов (в том числе, продолжительность безводного промежутка более 12 ч);
- низкий социально-экономический статус пациенток;
- заболевания, вызывающие иммуносупрессию (ВИЧ, активные формы гепатита).

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Необходимо провести влагалищное исследование и оценить состояние матки (её размеры, подвижность, болезненность, а также характер маточных выделений).

С помощью физикального обследования обнаруживают:

- болезненность и пастозность слегка увеличенной матки;
- гнойные лохии;
- гиперемированную, утолщённую, иногда обложенную налётом фибрина шейку матки;
- экссудацию из маточного зева.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Клинический анализ крови при послеродовом эндомиометрите позволяет выявить лейкоцитоз $12 \cdot 10^9 / \text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (до 10% и более незрелых форм).
- Бактериологическое исследование выделений не играет решающей роли в диагностике (нет экспресс методов, результат исследования обычно готов к 3-4-м суткам). Для оценки динамики инфекционно-воспалительного процесса используют показатели бактериальной контаминации тканей или экссудата (при благоприятном течении она не превышает 10^5 КОЕ/мл).

В связи с тем, что адекватная иммунотерапия улучшает исход острых воспалительных процессов, в рамках обследования при острых ВЗОМТ необходимо определять иммунный статус пациенток.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ◉ УЗИ позволяет заподозрить данное заболевание по сочетанию признаков:

- субинволюция матки;
- расширенная полость матки со множеством точечных эхопозитивных включений (пузырьки газа);
- выраженный гипоэхогенный контур полости матки (инфильтрация).

С помощью УЗИ можно обнаружить фрагменты последа (эхопозитивные наложения на стенках матки).

- ◉ Гистероскопия — точный способ диагностики ПЭ. С её помощью можно проводить и лечебные манипуляции (санация полости матки, введение антисептиков, биопсия и др.). Гистероскопические признаки ПЭ:

- расширенная полость матки со сгустками крови и налётами фибрина;
- в стенках матки множество петехиальных кровоизлияний.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Дифференциальную диагностику следует проводить со всеми патологическими состояниями, сопровождающимися лихорадкой после родов-тромбозом околоплодными водами, пневмония, сепсис.
- В большинстве случаев это послеродовые осложнения инфекционно-воспалительного характера, источником которых служит матка:пельвиоперитонит, несостоятельность швов на матке после чревосечения.
- Нельзя категорически исключать и острую хирургическую патологию – ОА, холецистит и прободную язву желудка. Развитие острого воспаления мочевыводящих путей также даёт схожую клиническую картину.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Послеродовой эндометрит — показание к экстренной госпитализации.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Основной принцип лечения – рациональная антибактериальная терапия в госпитальных условиях.
- Схемы лечения должны обеспечивать элиминацию широкого спектра возможных возбудителей, прежде всего гонококков, хламидий, грамположительных кокков, неспорообразующих облигатных анаэробов, и снижение активности вирусных инфекций, необходимо учитывать возможную резистентность микроорганизмов к традиционным антибиотикам. При подборе терапии лучше ориентироваться на результаты чувствительности возбудителя к антибиотикам.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СХЕМЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ:

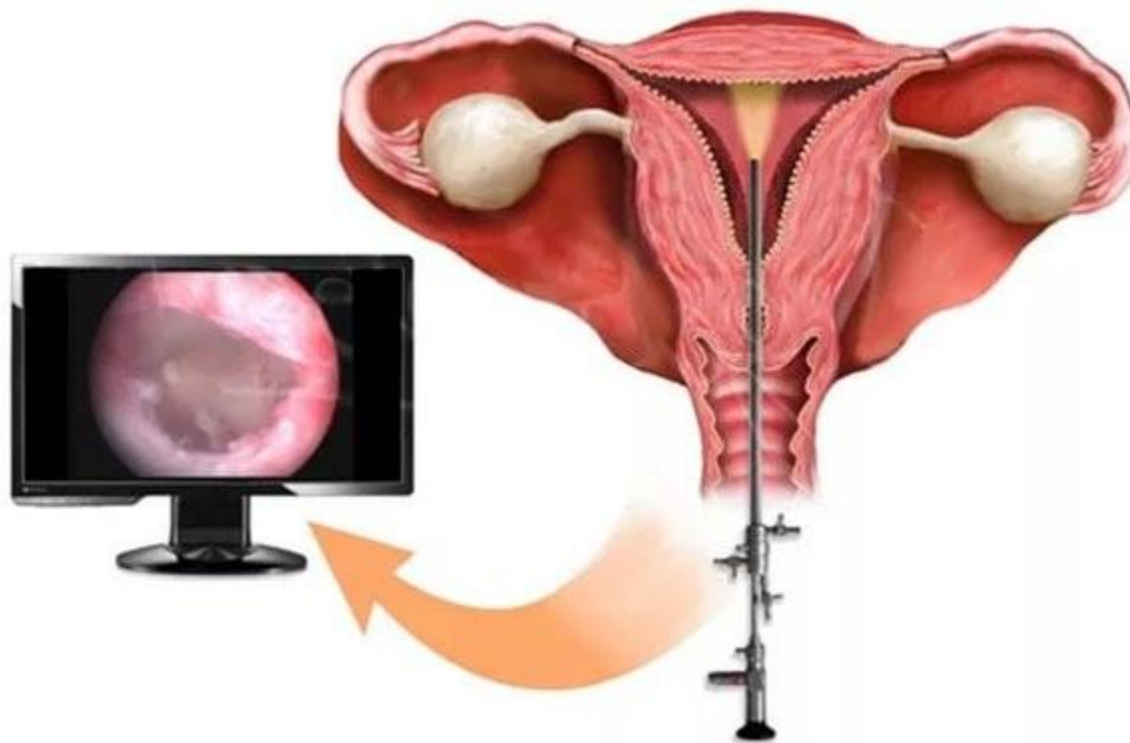
- амоксициллин+клавулановая кислота (по 1,2 г внутривенно 3-4 раза в сутки);
- цефалоспорины II-III поколения [цефуросим (по 1,5 г внутривенно 3 раза в сутки) или цефтриаксон (по 2,0 г внутривенно 1 раз в сутки)] в сочетании с метронидазолом (по 500 мг внутривенно 3 раза в сутки).
- клиндамицин (по 900 мг внутривенно 3 раза в сутки) в сочетании с гентамицином (по 5-6 мг/кг на одно внутривенное или внутримышечное введение).

- Длительность терапии составляет 7-10 дней.
- Для профилактики кандидоза применяют флуконазол (150 мг однократно) в конце антибиотикотерапии, по показаниям – повторно через 3 дня.
- Для лечения трихомониаза используют метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки внутривенно струйно или капельно через каждые 8 ч).
- В комплекс лечебных мероприятий включают противовоспалительную (НПВС), десенсибилизирующую, инфузионную и седативную терапию.
- Назначают средства, сокращающие матку, укрепляющие сосудистую стенку. Протеолитические ферменты потенцируют действие антибиотиков.
- При выраженной интоксикации проводят экстракорпоральную детоксикацию (плазмаферез), используют инфузионную терапию (парентеральное введение 5% раствора глюкозы, декстранов, повидона (гемодез), белковых препаратов, общее количество переливаемой жидкости должно составлять 2,5 л.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- При наличии остатков плацентарной ткани, плодных оболочек, гемато- или лохиометре показана хирургическая санация матки (вакуум-аспирация, кюретаж, гистероскопия).
- После тщательной санации проводят лаваж полости матки высокоэффективными антисептиками (например, фурацилин, хлоргексидин, физиологический раствор с диоксидином) 2 раза в сутки в течение 2-3 сут. Для этого используют аспирационно- промывное дренирование, суть которого заключается в постоянном лаваже матки растворами антисептиков (хлоргексидин). Кавитирование растворов. Количество санирующий жидкости должно составлять до 3-3,5 л/сут. Лечение проводят в течение 1-3 сут.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ



НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

По мере стихания воспалительного процесса обязательно используют физиотерапию для профилактики осложнений, активации иммунитета (ультрафиолетовое облучение крови, лазерное облучение крови, озонотерапия) и подавления спаечного процесса в малом тазу (диадинамотерапия, диадинамофорез йода, лечение синусоидальным модулированным током, флюктуоризация, электрофорез йода).

- Оказывая благоприятное воздействие на регионарную гемодинамику, процессы клеточного деления и рецепторную активность эндометрия, электротерапия способствует купированию клинических симптомов заболевания и восстановлению структуры тканей.

ПРОГНОЗ

- При адекватной антибиотикотерапии прогноз благоприятен.
- В ряде случаев (=2%) при неэффективном лечении возможна генерализация инфекционного процесса с развитием чрезвычайно тяжёлых осложнений — перитонита, тазовых абсцессов, тромбофлебита вен таза, сепсиса.