

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет медичний № 2
кафедра акушерства і гінекології № 3
не опорна
адреса вул. В. Кучера, 7**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

За темою «Післяпологові септичні захворювання».

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»
за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)
рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах
IV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

Затверджено
На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №3
протокол № 1 від 30.08.2023 р.
Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №3,
д.мед.н., професор Бенюк В.О.

КИЇВ 2023-2024

УДК 618 (072)

Методична вказівка для студентів VI курсу медичного факультету №2 та факультету підготовки іноземних громадян з акушерства та гінекології

Авторський колектив:

Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.

Професор, д.мед.н. Диндар О.А.

Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.

Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.

Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.

Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.

Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.

Доцент, к.мед.н. Друпп Ю.Г.

Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.

Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.

Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.

Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.

Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.

Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.

Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.

Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.

Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.

Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.

Асистент Чеботарьова А.С.

Асистент, к.мед.н. Бала О.О.

Асистент Фурса-Совгіра Т.М.

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № 1 від 30.08.2023 року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № __ від __.__.20__ року

Тема. Післяпологові септичні захворювання

I. Науково-методичне обґрунтування теми.

Не дивлячись на досягнення сучасної медичної науки, великий арсенал антибіотиків та антисептиків, гнійно-септичні ускладнення в акушерстві залишаються великою проблемою. Інфекційні захворювання займають провідне місце у формуванні перинатальної та материнської смертності та захворюваності. На їх частку приходиться до 45% перинатальних втрат. Більш 80% летальних наслідків в результаті поширених форм післяпологової інфекції у матері зумовлені несвоєчасною діагностикою, пізнім хірургічним втручанням або неповним обсягом інтенсивної терапії. У зв'язку з цим своєчасна діагностика та науково обґрунтоване патогенетичне лікування післяпологових септичних захворювань належить до найважливіших проблем в сучасному акушерстві.

II. Навчально-виховні цілі.

Для формування знань студент повинен *знати*:

1. Визначення поняття “післяпологова інфекція”;
2. Визначення поняття “внутрішньо лікарняна “(госпітальна) інфекція”;
3. Класифікацію післяпологових септичних захворювань;
4. Етіологію і патогенез післяпологових септичних захворювань;
5. Фактори ризику розвитку післяпологових септичних захворювань;
6. Клініку, діагностику та сучасні принципи лікування післяпологових септичних захворювань;
7. Клініку, діагностику і лікування післяпологового ендометриту;
8. Показання до хірургічного лікування післяпологових септичних захворювань;
9. Сучасну класифікацію септичних станів;
10. Методи профілактики післяпологових септичних захворювань.

У результаті проведення заняття студент повинен *уміти*:

1. Оцінювати фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань;
2. Прогнозувати ризик післяпологових інфекційних захворювань;
3. Складати план обстеження при підозрі на післяпологові інфекційні захворювання;
4. Проводити аналіз результатів обстеження при післяпологових інфекційних захворюваннях;
5. Діагностувати післяпологові інфекційні захворювання;
6. Призначати лікування післяпологових інфекційних захворювань, виписувати рецепти;
7. Оцінювати показання до хірургічного втручання при післяпологових інфекційних захворюваннях;
8. Проводити профілактику післяпологових інфекційних захворювань

III. Вихідні і базові знання.

1. Нормальна анатомія: анатомія жіночого тазу тапологових шляхів.
2. Фізіологічне акушерство: фізіологія післяпологового періоду.
3. Патологічна фізіологія: патогенез інфекційного запального процесу, патологічні зміни гомеостазу в організмі породіллі та новонародженого.
4. Мікробіологія: класифікацію мікроорганізмів та їх вплив на клінічний перебіг післяпологових септичних захворювань.
5. Патологічна анатомія: патогістологічні особливості тканин при гнійно-септичному ураженні.
6. Фармакологія: фармакодинаміка та фармакокінетика лікарських препаратів, що застосовуються в акушерстві, вплив лікарських засобів на плід та новонародженого, тератогенний вплив ліків на плід.

IV. Зміст навчального матеріалу.

Післяпологові інфекційні захворювання – це захворювання, що безпосередньо пов'язані з вагітністю і пологами, виникають до кінця 6-го тижня після пологів та мають бактеріальну етіологію.

Внутрішньолікарняна (госпітальна) інфекція – клінічно виражене інфекційне захворювання, яке виникло у пацієнтки протягом перебування в акушерському стаціонарі або протягом 7 діб після виписки, а також у медичного персоналу в наслідок роботи в акушерському стаціонарі, при наявності однакових профілей антибіотикорезистентності.

Більшість бактеріальних внутрішньолікарняних інфекцій виникають через 48 годин після госпіталізації (народження дитини). Проте кожен випадок інфекції слід оцінювати індивідуально в залежності від інкубаційного періоду ті нозологічної форми інфекції.

Інфекція вважається госпітальною за умов:

- набуття її в лікарняному закладі;
- інтранатального інфікування.

Інфекція не вважається внутрішньо лікарняною за умови:

- наявності у пацієнтки інфекції в інкубаційному періоді до надходження в стаціонар;
- ускладнення або продовження інфекції, яка мала місце у пацієнтки на момент госпіталізації.

Госпітальні штами мікроорганізмів мають множинну стійкість мінімум до 5 антибіотиків.

Післяпологові інфекції розподіляють на пов'язані з пологами та інтеркурентні (ОРВЗ, ангіна тощо).

Фактори, що сприяють реалізації ПІ

1. Наявність вогнищ хронічної інфекції до та під час вагітності (хронічні пієлонефрити, тонзиліти, холецистити, карієс, захворювання органів малого тазу).
2. Захворювання, що пов'язані з перебігом вагітності (хоріонамніоніт, передчасний розрив плодових оболонок, безсимптомна бактеріурія).
3. Екстрагенітальна патологія, що сприяє зниженню імунітету вагітної (анемія вагітних, цукровий діабет, терапія глюкокортикоїдами).
4. Безконтрольне використання антибіотиків.
5. Патологічні пологи (слабкість пологової діяльності, хоріонамніоніт, довгий безводний період, травми пологових шляхів, кровотеча, оперативні пологи та оперативні втручання).

Етіологічним моментом виникнення ПІ є наявність бактеріального збудника. Ретроспективно відзначена еволюція з мікробом-збудником з часом. У 30-40 роки основним збудником являвся гонокок; 40-60 роки – стрептокок; 60-та початок 70 років стафілокок; 70 – стафілокок та кишкова паличка; з 80 років асоціації неспорують анаеробних мікроорганізмів, грам негативної та грам позитивної мікрофлори, вірусів, хламідій. Доказана висока кореляція між бактеріальним вагінозом у вагітних та інфікуванням навколоплідних вод, що призводить до ускладнення вагітності (хоріонамніоніт, передчасні пологи, передчасний розрив плодових оболонок, фетальні запальні ускладнення). На теперішній час при пологовому інфікуванні виділяють флору:

№№	Мікрофлора	Частота (%)
1.	Грам позитивні мікроорганізми	25
	Staphylococcus aureus	35
	Enterococcus	20
	Coagulase-negative staphylococcus	15
	Streptococcus pneumoniae	10
	Інші грам позитивні	20
2.	Грам негативні мікроорганізми	25
	Escherichia coli	25
	Klebsiella / Citrobacter	20
	Pseudomonas aeruginosa	15
	Enterobacter spp.	10
	Proteus spp.	5
	Інші грам негативні	25
3.	Гриби роду Candida	3
4.	Анаеробна мікрофлора (при спеціальних методах дослідження)	20
5.	Невстановлена флора	25

Патогенез

Запалення - це нормальна відповідь організму на інфекцію й може бути визначене як локалізована захисна відповідь на ушкодження тканини, головним завданням якого є знищення мікроорганізму-збудника й ушкоджених тканин. Але в деяких випадках організм відповідає на інфекцію масивною надмірною запальною реакцією.

Системна запальна реакція - це системна активація запальної відповіді, вторинна щодо функціональної неспроможності механізмів обмеження поширення мікроорганізмів, продуктів їхньої життєдіяльності з локальної зони ушкодження. У теперішній час запропоновано використовувати таке поняття як "**синдром системної запальної відповіді**" (ССЗВ), і розглядати його як універсальну відповідь імунної системи організму на вплив сильних подразників, у тому числі й інфекції. При інфекції такими подразниками є токсини (екзо- і ендотоксини) і ферменти (гіалуронідаза, фібринолізин, колагеназа, протеїназа), які виробляються патогенними мікроорганізмами.

Одним із самих потужних пускових факторів каскаду реакцій ССЗВ є липополісахарид мембран грам-негативних бактерій.

В основі ССЗВ лежить утворення надмірно великої кількості біологічно активних речовин цитокинів (інтерлекіни II, III, VI, фактор некрозу пухлинни, лейкотриєни, γ -інтерферон, ендотеліни, фактор активації тромбоцитів, оксид азоту, кініни, гістамін, тромбоксан Ag й ін.), які мають патогенний вплив на ендотелій (порушують процеси коагуляції, мікроциркуляції), збільшують проникність судин, що приводить до ішемії тканин.

Виділяють три стадії розвитку ССЗВ (Вопе К.В., 1996):

1-я стадія локальної продукції цитокинів - у відповідь на вплив інфекції протизапальні медіатори виконують захисну роль, знищують мікроби й беруть участь у процесі загоєння рани.

2-я стадія - викид малої кількості цитокинів у системний кровоплин контролюється про- і протизапальними медіаторними системами, антитілами, створюючи передумови для знищення мікроорганізмів, загоєння рани й збереження гомеостазу.

3-я стадія - генералізованої запальної реакції кількість медіаторів запального каскаду в крові максимально збільшується, їхні деструктивні елементи починають домінувати, що приводить до порушення функцій ендотелію з усіма наслідками.

Генералізована запальна реакція (синдром системної запальної відповіді) на вірогідно виявлену інфекцію визначається як сепсис.

Шляхи інфікування

1. Гематогенний (за наявності гострого або хронічного вогнища).
2. Лімфогенний.
3. Контактний.
4. Висхідний.

Класифікація післяпологових інфекційних захворювань

У країнах СНД протягом багатьох років використовувалась класифікація С.В.Сазонова та А.В.Бартельса, відповідно до якої післяпологові інфекції розділяються як окремі етапи динамічного інфекційного (септичного) процесу і розподіляються на обмежені та поширені. Відповідно до класифікації Сазонова-Бартельса виділяють 4 етапи інфекційного процесу:

Перший етап: інфекція, що не виходить за ланку пологової рани (післяпологова язва, післяпологовий ендометрит).

Другий етап; інфекція розповсюджена за ланку рани, але залишається локалізованою (метрит, параметрит, метрофлебіт, тазовий флеботромбоз, тромбофлебіт нижніх кінцівок, аднексит, пельвіоперитоніт).

Третій етап: інфекція за клінічним перебігом схожа з генералізованою (розлитий післяпологовий перитоніт, септичний шок, прогресуючий флеботромбоз).

Четвертий етап: генералізована інфекція (сепсис без метастазів та з метастазами).

Але дана класифікація не відповідає сучасним уявленням про патогенез септичного процесу. Істотно змінилося трактування терміну "сепсис" у зв'язку із введенням нового поняття - "синдром системної запальної відповіді".

Сучасна класифікація післяпологових гнійно-запальних захворювань розподіляє їх на *умовно обмежені* й *генералізовані* форми.

1. До умовно обмежених форм відносять:

- нагноєння післяпологової рани;
- ендометрит;
- мастит.

2. До генералізованих форм відносять:

- перитоніт;
- сепсис;
- септичний шок.

Наявність системної запальної відповіді у породіллі з умовно обмеженою формою захворювання вимагає інтенсивного спостереження й лікування як при сепсисі.

Післяпологова інфекція скоріше всього має місце при підвищенні температури тіла більше 38°C та болісної матки через 48-72 годин після пологів. У перші 24 години після пологів у нормі нерідко відзначається підвищення температури тіла. Приблизно у 80% жінок з підвищенням температури тіла в перші 24 години після пологів через природні родові шляхи ознаки інфекційного процесу відсутні.

У міжнародній класифікації хвороб X перегляду післяпологові інфекції входять до рубрики *післяпологовий сепсис*.

Післяпологовий сепсис	
	Післяпологовий (а): <ul style="list-style-type: none"> • ендометрит; • лихоманка; • перитоніт; • септицемія.
Інфекція хірургічної акушерської рани	
	Інфікована (ний) <ul style="list-style-type: none"> • рана кесарського розтину; • шов промежини після пологів.
Інші інфекції статевих шляхів після пологів	
	<ul style="list-style-type: none"> • цервіцит після пологів; • вагініт після пологів.
Поверхневий тромбофлебіт у післяпологовому періоді	
Глибокий флеботромбоз у післяпологовому періоді	
	<ul style="list-style-type: none"> • тромбоз глибоких вен у післяпологовому періоді; • тазовий тромбофлебіт у післяпологовому періоді.
Інфекції молочної залози, що пов'язані з народженням дитини	
	<ul style="list-style-type: none"> • інфекції соска, що пов'язані з народженням дитини; • абсцес молочної залози, що пов'язаний з народженням дитини; • негнійний мастит, що пов'язаний з народженням дитини.

I. Клініка, діагностика й лікування умовно обмежених післяпологових інфекційних захворювань

Післяпологова інфекція - переважно ранова. У більшості випадків первинне вогнище локалізується в матці, де ділянка плацентарної площадки після відокремлення плаценти є великою раневою поверхнею. Можливе інфікування ран пологових шляхів (промежини, піхви та шийки матки, рани після кесарського розтину).

Після операції кесарського розтину інфекція може розвиватися в операційній рані передньої черевної стінки. Токсини й ферменти, які виробляються мікроорганізмами, що викликали раневу інфекцію, можуть потрапити в судинне русло при будь-якій локалізації первинного вогнища. Таким чином, будь-яка умовно обмежена, локалізована захисною відповіддю післяпологова інфекція, може стати джерелом розвитку сепсису.

Характерні загальні клінічні прояви для запальної реакції:

- місцева запальна реакція: біль, гіперемія, набряк, місцеве підвищення температури,

порушення функції ураженого органу;

- загальна реакція організму: гіпертермія, лихоманка.
- ознаки інтоксикації (загальна слабкість, тахікардія, зниження артеріального тиску (АТ), тахіпноє) свідчать про розвиток ССЗВ.

При діагностиці враховуються дані:

- клінічні: огляд ушкодженої поверхні, оцінка клінічних ознак, скарг, анамнезу;
- лабораторні: загальний аналіз крові (лейкограма), загальний аналіз сечі, бактеріологічне дослідження ексудату, імунограма;
- інструментальні: ультразвукове дослідження (УЗД).

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ІНФІКОВАНОЇ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ РАНИ

Клінічні ознаки розвитку інфекції в ранах, які гояться первинним натягом:

1. Скарги:

- на інтенсивний, нерідко пульсуючий біль в ділянці рани;
- на підвищення температури тіла – субфебрильна або до 38-39°C.

2. Місцеві зміни:

- гіперемія навколо рани без позитивної динаміки;
- поява набряку тканини, що поступово збільшується;
- при пальпації визначається інфільтрація тканини, що часто збільшується, можливе виникнення глибоко розташованих інфільтратів (некротизуючий фасцит, що може поширюватися на сідниці, передню черевну стінку живота - часто фатальне ускладнення);
- серозний ексудат швидко переходить у гній.

Клінічні ознаки розвитку інфекції в ранах, які гояться вторинним натягом:

- прогресуючий набряк й інфільтрація тканини навколо рани;
- поява щільних хворобливих інфільтратів без чітких контурів;
- ознаки лімфангоїту й лімфаденіту;
- поверхня рани покривається суцільним фібринозно-гнійним нашаруванням;
- уповільнення або припинення епітелізації;
- грануляції стають бліді або синюшні, їх кровоточивість різко зменшується;
- збільшується кількість ексудату, його характер залежить від збудника:
 - стафілокок спричиняє появу густого гною жовтуватих кольорів, а деякі штами викликають розвиток гнильної місцевої інфекції з утворенням вогнищ некрозу тканини й грязно-сірого гною з різким запахом;
 - стрептокок спричиняє появу рідкого гною жовтувато-зелених кольорів, сукровиця;
 - колібацилярна й ентерококова інфекції спричиняють появу гною коричневих кольорів з характерним запахом;

- синегнійна паличка приводить до появи зеленого гною зі специфічним запахом.

Вид збудника також визначає клінічний перебіг ранової інфекції:

- для стафілококової інфекції характерний блискавичний розвиток місцевого процесу з вираженими проявами гнійно-резорбтивної лихоманки;
- стрептококова інфекція має тенденцію до дифузного поширення у вигляді флегмони, зі слабо вираженими місцевими ознаками;
- для синегнійної палички характерно млявий, затяжний перебіг місцевого процесу, післягострого початку, з вираженими проявами загальної інтоксикації.

Бактеріологічне дослідження ексудату проводиться з метою визначення збудника і його чутливості до антибіотиків. Забір матеріалу повинен виконуватися до початку антибіотикотерапії. Матеріалом для дослідження може бути ексудат, шматочки тканини, змиви з рани. Матеріал збирають стерильними інструментами й поміщають у стерильні пробірки або флакони зі стандартним середовищем. Посів матеріалу повинен бути виконаний протягом 2 годин після забору. Одночасно з узяттям матеріалу для бактеріологічного дослідження обов'язково зробити не менше двох мазків, пофарбованих за Грамом, з метою орієнтовної експрес-діагностики.

Можуть використовуватися прискорені методи ідентифікації збудника ранової інфекції за допомогою систем мультимікротестів, тривалість методики 4-6 годин.

При відсутності мікробного росту в клінічному матеріалі необхідно виключити наступні причини:

- наявність у матеріалі високих концентрацій місцевих або системних антибактеріальних препаратів;
- порушення режиму збереження й транспортування зразків;
- методичні помилки в баклабораторії;
- ефективний контроль інфекційного ранового процесу антибактеріальними препаратами;
- наявність анаеробної інфекції.

Лікування. У більшості випадків проведення місцевого лікування буває достатнім. Лікування містить у собі хірургічні, фармакологічні й фізіотерапевтичні методи.

Хірургічна обробка рани

Первинна обробка рани виконується за первинними показаннями. Повторна первинна хірургічна обробка рани виконується у випадку, якщо перше оперативне втручання по тим або інших причинах було не радикальним і виникла необхідність повторного втручання ще до розвитку унфекційних ускладнень у рані.

Хірургічна обробка рани складається з:

- видалення з рани нежиттєздатних тканин, які є субстратом для первинного некрозу;
- видалення гематом (особливо глибоко розташованих);
- остаточна зупинка кровотечі;
- відновлення ушкоджених тканин.

Вторинна обробка рани виконується за вторинними показаннями, як правило, у зв'язку із гнійно-запальними ускладненнями рани. Повторна вторинна обробка рани при важких формах ранової інфекції може проводитися багаторазово. У більшості випадків вторинна хірургічна обробка рани включає:

- видалення вогнища інфекційно-запальної альтерації;
- широке розкриття карманів, запливів;
- повноцінне дренивання із забезпеченням відтоку ексудату;
- застосування місцевих антисептиків;

Фармакологічні методи

Включають в себе антибіотикопрофілактику й антибіотикотерапію.

Антибіотикопрофілактика це системне призначення антибактеріального препарату до моменту мікробної контамінації рани або розвитку післяопераційної ранової інфекції, атакож при наявності ознак контамінації, за умови, що первинне лікування хірургічне.

Антибіотикопрофілактика призначаються при ризику інфікування масивних ран промежини, піхви й лапаротомної рани при кесарському розтині.

Принципи антибактеріальної профілактики:

- при кесарському розтині без ускладнень проводиться після відділення дитини шляхом одноразового внутрішньовенного введення антибіотика у середньодобовій дозі з урахуванням результатів виявлених госпітальних штамів та їх антибіотикорезистентності;
- у випадку виникнення ускладнень під час операції або виявленні ознак запального процесу цей же препарат можна використовувати й для антибіотикотерапії;
- продовження введення антибіотика після 24 годин з моменту закінчення операції не приводить до підвищення ефективності профілактики ранової інфекції;
- профілактичне передчасне призначення антибіотиків до оперативного втручання недоцільне, оскільки це призводить до порушення біоценозу шлунково-кишкового тракту і колонізації його верхніх відділів.

Антибіотикотерапія- це використання антибіотиків для тривалого лікування у випадку виникнення запального процесу.

Антибіотикотерапія може бути:

- емпірична - заснована на використанні препаратів широкого спектру дії, активних відносно до потенційних збудників;
- цілеспрямована - використовуються препарати відповідно до результатів мікробіологічної діагностики.

Велике значення має місцеве використання антисептиків. Для очищення рани можна використовувати 10% розчин хлориду натрію, 3% перекис водню, 0,02% розчин хлоргексидину тощо. Для більш швидкого загоєння можна використовувати прокладки з левоміколевою, або левосиновою, або синтоміциною, або солкосериловою мазями тощо.

Фізіотерапевтичні методи

У період реконвалесценції можливо використовувати УВЧ-індуктотерапію, ультрафіолетове опромінення, електрофорез із медикаментозними препаратами.

Профілактика ранової інфекції полягає в раціональному веденні пологів і післяпологового періоду, дотриманні асептики й антисептики.

ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ЕНДОМЕТРИТ

Післяпологовий ендометрит виникає в наслідок інфікування децидуальної оболонки, обривків залоз ендометрія. Причиною його також може бути затримка частки плаценти або лохіометра. Внутрішній шар порожнини матки некротизується. Спостерігається його дрібноклітинна інфільтрація та набряк.

Клініка. Початкова стадія захворювання відрізняється поліформністю.

Відрізняють класичну, стерту та абортівні форми захворювання, а також ендометрит після кесарського розтину.

- **При класичній формі** маніфестація захворювання відбувається на 3-5 добу післяпологового періоду та супроводжується гіпертермією, головним болем, слабкістю тахікардією, лихоманкою. Локальних скарг може не бути. При об'єктивному дослідженні спостерігається збільшення матки, іноді біль при пальпації у ділянці ребер (по ходу лімфатичних судин). Збільшення матки виникає за рахунок затримки інволюції (в нормі об'єм матки при спонтанних пологах к 7 дню зменшується у середньому на 46%, при кесарському розтині – 36%). Лохії мутні з неприємним запахом.
- **При стертій формі** захворювання розвивається на 8-9 добу. Місцеві та загальні симптоми слабо виражені. Температура тіла субфебрильна.
- **Абортівна форма** починається, як і класична, але швидко припиняється завдяки високому рівню імунного захисту. При бактеріальному дослідженні частіше за все виділяються кишкова паличка, ентерококи, анаеробна

мікрофлора (бактероїди, пептококи, пептострептококи). При ефективній терапії захворювання триває 8-10 днів.

Післяпологовий метрит (метроендометрит) розвивається у разі подальшого розповсюдження інфекції лімфогенно або гематогенно. Він виникає не раніш ніж на 7 добу після пологів. Захворювання починається з ознобу, підвищення температури до 39-40°C, супроводжується інтоксикацією. При внутрішньому обстеженні тіло матки збільшене, м'яке, пастозне. Внутрішнє вічко розкрите, лохії серозно-гнійні або гнійні з неприємним запахом. За часом захворювання продовжується 3-4 тижні.

Ендометрит після кесарського розтину. Маніфестація захворювання починається на 3-4 добу післяпологового періоду. Захворювання починається з гіпертермії, що супроводжується лихоманкою. Страждає загальний стан хворої. При пальпації матки відмічається субінволюція, біль не є постійним симптомом. Грозним ускладненням ендометриту після кесарського розтину являється неспроможність післяопераційного шва. В цьому разі дуже скоро з'являється клініка пельвіоперитоніту та розлитого перитоніту.

Післяпологовий панметрит – це поширення запального процесу на ендометрій, міометрій та серозну оболонку матки. Слід зазначити, що клінічно відрізнити перебіг ендометриту, від метроендометриту та панметриту неможливо, а даний розподіл носить більше морфологічне, ніж клінічне значення.

Післяпологовий параметрит – запалення навколوماتкової клітковини. Виникає в наслідок інфікування через травму шийки матки верхньої третини піхви або генералізації інфекції з матки. Захворювання може розвиватися як ускладнення флеботромбозу або аднекситу. **За перебігом виділяють 3 стадії процесу:**

Стадія інфільтрації характеризується наявністю щільного інфільтрату збоку матки, частіше за все одностороннього. Процес починається з набряку клітковини внаслідок розширення кровоносних та лімфатичних судин, серозного просякнення тканин, прогресування набряку. При внутрішньому обстеженні спостерігається асиметрія шийки та тіла матки, нависання склепінь піхви, наявність болючих щільних нерухомих утворень, які можуть досягати стінок тазу. Якщо процес не зупиняється на цієї стадії, то він переходить у наступну стадію.

Стадія ексудації. - за рахунок міграції із судин лейкоцитів та продукції мілкоклітинних сполучно-тканинних елементів самої запальної тканини, ексудат, що розташовується навколо кровоносних та лімфатичних судин розповсюджується та може досягати стінок тазу.

Стадія ущільнення ексудату - поступово ексудат за рахунок випадіння фібрину заміщається щільним, а іноді дуже щільним інфільтратом. Якщо запальний процес на стадії ексудації продовжується, то ексудат може нагноюватися з формуванням абсцесів.

При переході запалення на сечовий міхур виникають дизурічні явища, виражені зміни у сечі, піурія, гематурія, флегмона сечового міхура.

Якщо запалення залучає пряму кишку, з'являються біль, тенезми. При гнійному розплавленні прямої кишки – ректит, парапроктит.

Частіше за все спостерігаються задньобочові параметрити, при яких запалення з бокової клітковини розповсюджується до задньої стінки тазу. При переході запалення на передньо-бокову стінку формується передньобочовий параметрит.

При розповсюдженні гнійного процесу залучається ділянка пупартової зв'язки та передньої черевної стінки. У цьому випадку над пупартовою зв'язкою виявляється асиметрія, набряк, інфільтрація з пом'якшенням. Цей симптомокомплекс отримав назву «*абсцес Дююїтрена*».

Якщо розповсюдження абсцесу відбувається в ланці plexus lymphaticus spermaticus, формується верхній боковий параметрит. Гній ретроперитонеально розповсюджується до паранефральної клітковини та діафрагми. Провідним в діагностиці задньобочового параметриту є *ерсоїт-симптом*. Хвора лежить на спині з приведеною та ротованою до середини нижньою кінцівкою, при розгинанні якої біль посилюється. Ці форми захворювання відносяться до генералізованих. Починаються перифлебітом. Завжди є небезпека тромбоемболії.

ЛАКТАЦІЙНИЙ МАСТИТ

Лактаційний мастит – це запальне захворювання молочної залози, що виникає під час лактації в післяпологовому періоді; частіше за все розвивається через 2-3 тижні після пологів.

Етіологія і патогенез. Частіше за все воротами інфекції є тріщини сосків, через які інфекційний агент інтраканалікулярно проникає у залозу. Факторами, що сприяють виникненню запалення, є мікротравми соска, лактостаз, аномалії розвитку соска, гнійні захворювання шкіри, порушення гігієни.

Класифікація

I. За характером перебігу запального процесу

- серозний;
- інфільтративний;
- гнійний;
- інфільтративно-гнійний, дифузійний, вузловий;
- гнійний (абсцедуючий): фурункульоз альвеоли, абсцес альвеоли, абсцес у товщині залози, абсцес позаду залози;
- флегмонозний, гнійно-некротичний;
- гангренозний.

II. За локалізацією вогнища

- підшкірний;
- субареолярний;
- інтрамамарний;
- ретромамарний;
- тотальний.

Клініка серозного маститу. Захворювання характеризується гострим початком, вираженою інтоксикацією, гіпертермією, лихоманкою, болем в ланці запалення. З'являється набряк, гіперемія, біль при годуванні дитини або зціжуванні. Через 1-3 доби при відсутності лікування серозний мастит переходить в **інфільтративний**, який характеризується появою щільного, болючого інфільтрату, лімфоаденіту. При **абсцедуючому** маститі відбувається розплавлення інфільтрату, з'являються симптоми флуктуації. Залоза деформується. Симптоми місцевого запалення яскраво виражені. Погіршується загальний стан. При нагноюванні декількох інфільтратів формується флегмонозний мастит, якому притаманний тяжкий загальний стан. Молочна залоза різко збільшена, болісна, гіперемована. Виражені набряк, судинна мережа, лімфоаденіт та лімфангоїт. Флегмонозний мастит може генералізуватися у сепсис.

Основні принципи лікування. Імобілізація залози. Ефективне зцідування. При серозному маститі кормління груддю не припиняється. При наявності інфільтрату призначається фонофорез з протизапальними засобами, сульфатом магнію. Абсцедування потребує хірургічного втручання, розкриття рани, дренажування, антибактеріальної терапії.

Питання про вигодовування дитини при маститі вирішується на основі результатів бактеріологічного дослідження молока. До отримання результату баквисіву молока грудне вигодовування протипоказано при гнійному процесі (гнійний мастит, абсцес)

Покази для пригнічення лактації при маститі:

- Повторні абсцеси
- Двусторонній мастит
- Гангренозний мастит
- Ретромамарний абсцес
- Поєднання мастита з важкою екстрагенітальною патологією

Методи пригнічення лактації:

- Обмеження прийому рідини, напів сидяче положення
- Туге бинтування молочних залоз (після зцідування)
- Медикаментозне лікування:інгібітори пролактину (бромкріптин, парлодел, нопролак, достінекс)

II. Клініка, діагностика й лікування генералізованих післяпологових інфекційних захворювань

Післяпологовий перитоніт відноситься до групи генералізованої інфекції.

За класифікацією перитоніт може бути:

- серозним;
- фібринозним;
- гнійним.

Захворювання може виникнути на тлі пролонгації запального процесу як при вагінальних пологах, так і при кесарському розтині. В останньому випадку перитоніт є наслідком неспроможності післяопераційного шва на матці. Дане ускладнення характеризується різким підвищенням температури, вираженою тахікардією. Дихання часте та неглибоке. В наслідок електролітних розладів виникає сухість слизових оболонок ротової порожнини, блювота. Блювотні маси на початку захворювання містять шлунковий сік. В подальшому, в наслідок парезу кишечника становляться зловонними, з калоподібним запахом. Живіт надутий, перистальтика кишечника не прослуховується. З'являються симптоми подразнення очокрвини. В подальшому приєднується порушення функції органів та систем: олігурія та анурія, жовтяниця, анемія. Прогресує ендотоксикоз.

Прогноз ускладнення завжди загрозливий.

Тяжкий сепсис/SIRS

Сепсис, який супроводжується дисфункцією органів, гіперперфузією або гіпотензією. Гіперперфузія і перфузійні порушення можуть включати (але не обмежуватися лише ними) ацидоз у результаті накопичення молочної кислоти, олігоурію або гостре порушення психічного статусу. Сепсис – індукована гіпотензія: систолічний тиск крові нижче 90 мм рт.ст. або зниження АТ на 40 мм рт. ст. від вихідного рівня за умови відсутності інших причин для гіпотензії.

Септичний шок (SIRS – шок) – клінічний синдром, що виникає за умови системної запальної відповіді на інфекцію та проявляється порушенням здатності організму підтримувати гемодинаміку і гомеостаз у результаті неадекватної оксигенації тканин і циркуляторних розладів. Це ускладнення важкого сепсису і визначається як: сепсис – індукована гіпотензія, що не піддається корекції адекватними поповненнями рідини; перфузійні порушення, які можуть включати (але не обмежуватися лише ними) ацидоз, олігоурію або гостре порушення психічного статусу. Пацієнти, які отримують інотропні препарати або вазопресори можуть не мати гіпотензії, але тим не менш зберігають ознаки гіперперфузійних порушень та дисфункції органів, які відносять до проявів септичного шоку.

Виникненню шоку сприяють:

- наявність вогнища інфекції (септичний аборт, ендоміометрит, хоріонамніонит, лохіометра, залишки плідного яйця та інші);
- зниження загальної резистентності організму;
- можливість проникнення збудників або їх токсинів у кровоносне русло.

У розвитку септичного шоку виділяють дві стадії:

1. ***гіпердинамічну*** – зниження периферичного опору, рефлекторно зростає робота серця, тобто серцевий викид;
2. ***гіподинамічну*** – порушення перфузії та оксигенації, вторинні у відношенні до регіональної вазоконстрикції і дисфункції міокарда.

Діагностика

У разі розвитку *тяжкого сепсису* також спостерігаються:

- тромбоцитопенія $< 100 \cdot 10^9/\text{л}$, яку неможливо пояснити іншими причинами;
- підвищення рівня С-реактивного протеїну;
- підвищення рівня прокальцитоніну $> 6,0 \text{ нг/мл}$;
- позитивний посів крові з виявленням циркулюючих мікроорганізмів;
- позитивний тест на ендотоксин (LPS-тест).

Діагноз *септичного шоку* встановлюється, якщо до вище перерахованих клініко-лабораторних ознак приєднуються :

- артеріальна гіпотензія (систоличний тиск менше 90 мм рт. ст., або знижений більше ніж на 40 мм рт. ст. від вихідного рівня);
- тахікардія більше 100 уд/хв.;
- тахіпное більше 25 за хвилину;
- порушення свідомості (менше 13 балів за шкалою Глазго);
- олігурія (діурез менше 30 мл/год);
- гіпоксемія (PaO_2 менше 75 мм рт. ст. при диханні атмосферним повітрям);
- $\text{SpO}_2 < 90\%$;
- підвищення рівня лактату більше 1,6 ммоль/л;
- петехіальна висипка, некроз ділянок шкіри.

Тактика ведення.

1. Моніторинг параметрів гемодинаміки: артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, центрального венозного тиску;
2. Контроль параметрів дихальної системи (підрахунок частоти дихання, газів крові, SpO_2);
3. Погодинний контроль діурезу;
4. Вимір ректальної температури мінімум 4 рази на добу для співставлення з температурою тіла у аксілярних ділянках;
5. Посіви сечі, крові та виділень з цервікального каналу;
6. Визначення кислотно – лужної рівноваги крові та насичення тканин киснем;
7. Підрахунок кількості тромбоцитів та визначення вмісту фібриногену та мономерів фібрину (розчинний фібрин).

Для уявлення повноцінної картини ураження окрім перерахованих клініко-лабораторних обстежень необхідно додатково провести:

1. ЕКГ – з метою виявлення ступеню метаболічних порушень або ішемії міокарду;
2. УЗД органів черевної порожнини з метою виявлення можливих гематогенних абсцесів;
3. Рентгенографічне обстеження органів грудної порожнини з метою підтвердження гострого респіраторного дистрес - синдрому або пневмонії.

Лабораторні дані відображають наявність важкого запалення і ступінь поліорганної недостатності:

- у більшості випадках зустрічається анемія;
- нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом вліво;
- лейкоцитоз > 12000/мл, в окремих випадках може відмічатися лейкомоїдна реакція з кількістю лейкоцитів до 50 – 100 тис. і вище. Інколи може зустрічатися лейкопенія;
- морфологічні зміни нейтрофілів включають токсичну зернистість, появу тілець Доле і вакуолізацію;
- тромбоцитопенія, лімфопенія.

Ступінь інтоксикації відображає **Лейкоцитарний Індекс Інтоксикації(ЛІІ)**, який розраховують за формулою:

$$\text{ЛІІ} = \frac{(С + 2П + 3Ю + 4Мі)(Пл - 1)}{(Мо + Лі)(Е + 1)}$$

Де:

С – сегментоядерні нейтрофіли;

П – палочкоядерні лейкоцити;

Ю – юні лейкоцити;

Мі – мієлоцити;

Пл – плазматичні клітини;

Мо – моноцити;

Лі – лімфоцити;

Е – еозинофіли.

ЛІІ = 1 в нормі.

Підвищення індексу до 2 – 3 свідчить про обмежений запальний процес;

Підвищення до 4 – 9 – про значний бактерійний компонент ендогенної інтоксикації.

Лейкопенія з високим ЛІІ є поганою прогностичною ознакою для хворих із септичним шоком.

Основні принципи інтенсивної терапії септичного шоку:

1. Негайна госпіталізація у відділення інтенсивної терапії;
2. Корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення інотропної терапії та адекватної інфузійної терапії з постійним моніторингом гемодинаміки.
3. Підтримання адекватної вентиляції та газообміну.
4. Хірургічна санація вогнища інфекції.
5. Нормалізація функції кишечника та раннє ентеральне харчування.
6. Своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем.
7. Антибактеріальна терапія під постійним мікробіологічним контролем.

Основною метою **інфузійної терапії** у септичних хворих є підтримка адекватного кровопостачання тканин. Обсяг інфузійної терапії у разі септичного

шоку визначається комплексною оцінкою реакції гемодинаміки на інфузію (реакція АТ, особливо пульсового АТ, ЦВТ, частоти серцевих скорочень – ЧСС, швидкість діурезу). Особливе значення у цих випадках має визначення ЦВТ у динаміці. Орієнтиром є перевірка реакції ЦВТ на дозоване введення рідини (проба з об’ємним навантаженням). Хворій протягом 10 хвилин вводять внутрішньовенно тест – дозу рідини (див. таблицю 1) та оцінюють реакцію гемодинаміки.

Таблиця 1. Проба з об’ємним навантаженням.

Вихідний рівень ЦВТ	Об’єм введеної рідини
8 см вод. ст. і менше	200 мл
8–10 см вод. ст.	100 мл
14 см. вод. ст.	50 мл

Реакцію гемодинаміки оцінюють наступним чином: якщо ЦВТ збільшилось більше, ніж на 5 см вод. ст., то інфузію припиняють і проводять інотропну підтримку; якщо ЦВТ збільшилось не більше, ніж на 2 см водн. ст., то продовжують інфузійну терапію без інотропної підтримки.

Рекомендовано наступну програму інфузійної терапії у разі септичного шоку. Спочатку рідину вводять зі швидкістю 10 мл/хв. на протязі 15 – 20 хв., а потім - у звичайному темпі, у залежності від показників гемодинаміки, дихання, діурезу та інше.

Для проведення інфузії застосовують похідні гідроксиетилкрохмалю (венофундин, рефортан, ХАЕС-стеріл) та кристалоїди (0,9% розчин натрію хлориду, розчин Рингера) у співвідношенні 1:2. *На відміну від інших колоїдів розчини гідроксиетилкрохмалю зменшують ступінь ушкодження ендотелію капілярів, покращують функцію легень та зменшують прояви системної запальної реакції.*

З метою корекції гіпопротеїнемії призначають концентровані розчини альбуміну – 20 – 25%.

Включення у склад трансфузійних середовищ глюкози є недоцільним.

Призначення глюкози хворим у критичному стані підвищує продукцію лактату та CO₂, а також збільшує ішемічні ушкодження головного мозку та інших тканин. Інфузія глюкози виправдана тільки у випадках гіпоглікемії та гіпернатріємії.

До складу інфузійних середовищ необхідно включати свіжозаморожену плазму (600 – 1000 мл), яка є донатором антитромбіну. *Антитромбін є інгібітором активації лейкоцитів і запобігає ушкодженню ендотелію судин, завдяки чому зменшуються прояви системної запальної відповіді і ендотоксемії. Окрім того, введення свіжозамороженої плазми необхідно і для лікування ДВЗ-синдрому, який, як правило, розвивається при прогресування септичного шоку.*

Інотропна підтримка. Якщо після нормалізації ЦВТ артеріальний тиск залишається низьким, то вводять допамін у дозі 5 – 10 мкг/кг/хв. (максимум до 20 мкг/кг/хв.) або добутамін, який вводиться зі швидкістю 5 – 20 мкг/кг/хв. Якщо ця терапія не призводить до стійкого підвищення АТ, то симпатоміметичну терапію

доповнюють введенням норадреналінугідротартрату зі швидкістю 0,1 – 0,5 мг/кг/хв. одночасно знижуючи дозу допаміну до „ниркової” (2 – 4 мкг/кг/хв.).

Враховуючи роль бета-ендорфінів у патогенезі септичного шоку, із сипатоміметиками виправдано одночасне застосування налоксону до 2,0 мг, який сприяє підвищенню АТ.

У разі неефективності комплексної гемодинамічної терапії можливе застосування глюкокортикоидів. Еквівалентною дозою (у перерахунку на гідрокортисон) є 2000 мг/добу. Його введення, з метою профілактики ерозивних ушкоджень шлунка, необхідно комбінувати з H₂-блокаторами (ранітидин, фамотидін).

Підтримка адекватної вентиляції та газообміну. У тяжких випадках дихальної недостатності на фоні прогресування полі органної дисфункції необхідно негайно вирішувати питання про переведення хворої на ШВЛ.

Хірургічна санація вогнища інфекції.

Покази до лапаротомії та екстирпації матки з матковими трубами:

- відсутність ефекту від проведення інтенсивної терапії;
- наявність у матці гною;
- маткова кровотеча;
- гнійні утвори у ділянці придатків матки;
- виявлення при ультразвуковому дослідженні наявності залишків плідного яйця.

Нормалізація функції кишечника та раннє ентеральне харчування є одним із важливих завдань при лікуванні хворих з сепсисом та септичним шоком, оскільки відновлення бар'єрної функції кишківника є запорукою подальшої транслокації мікроорганізмів у кров'яне русло та зменшення проявів системної запальної відповіді.

Це досягається ентеральним крапельним введенням 0,9% розчину натрію хлориду чи негазованої мінеральної води 400 – 500 мл на добу через шлунковий зонд, або ніпельний дуодентальний зонд з подальшим збільшенням обсягу введеної рідини і розширенням харчових препаратів за умови нормалізації перистальтики у режимі „аліментарного фактору”, що відповідає 2000 – 4000 ккал на добу.

Доцільно також одночасне застосування прокінетиків (метоклопрамід) та глутамінової кислоти, оскільки остання нормалізує обмін речовин у ворсинках кишківника.

Після стабілізації стану хворої для подальшої профілактики бактеріальної транслокації можливо проведення селективної деконтамінації кишківника: 4 рази на добу в кишечник вводять суміш поліміксину – 100 мг, тобраміцину – 80 мг і амфотерицину – 500 мг.

Одним з важливих моментів у комплексній терапії сепсису та септичного шоку є **антибактеріальна терапія**. Враховуючи, що сьогодні майже неможлива мікробіологічна експрес-діагностика, при проведенні антибактеріальної терапії доцільно притримуватися тактики емпіричної деескалаційної антибіотикотерапії.

Після ідентифікації мікроорганізму та визначення його чутливості до антибіотиків переходять до антибіотикотерапії за даними антибіотикограми.

Особливості клініки, діагностики й лікування інфекційних тромботичних ускладнень

ПОВЕРХНЕВИЙ ТРОМБОФЛЕБІТ

Гострий тромбофлебіт проявляється болем по ходу ураженої вени. Скарги на місцеве відчуття жару, почервоніння й хворобливість по ходу підшкірної вени. Вена пальпується у вигляді щільного хворобливого шнура, гіперемія може поширюватися за межі ущільнення вени, може мати місце інфільтрація тканин, що лежать поряд, лімфаденіт. Загальний стан породіллі при цьому порушується мало, субфебрильна температура, прискорений пульс.

ТРОМБОФЛЕБІТ ГЛИБОКИХ ВЕН

Скарги на розпираючий біль на боці ураження, набряк ураженої кінцівки та зміну кольору шкірних покривів. Об'єктивні прояви, що відповідають стадії компенсації: підвищення температури тіла (часто перша і єдина ознака венозного тромбозу), відсутні виражені порушення венозної гемодинаміки. Об'єктивні прояви, що відповідають стадії декомпенсації: інтенсивний біль, що нерідко змінює свою локалізацію; відчуття важкості і напруження; набряк захоплює всю кінцівку, порушення лімфовідтоку, збільшуються регіонарні лімфатичні вузли; змінюється колір шкіри від блілого до насичено-ціанотичного, переважає дифузний ціаноз всієї кінцівки.

Діагностика

Діагностика базується на клінічних даних, лабораторних аналізах:

- оцінка ступеня емболо небезпечності - визначення рівня D-діамера в плазмі;
- тромбоеластограма, коагулограма;
- визначення кількості фібрин-мономера в сироватці крові (PM-тест, топоіезі-PM);
- визначення продуктів деградації фібрину і фібриногену в плазмі.

Застосовують інструментальні методи дослідження: дуплексне ультразвукове ангіосканування з кольоровим доплерівським картуванням; радіонуклідне дослідження з міченим фібриногеном, рентгеноконтрастна ретроградна ілеокавографія.

Септичний тромбофлебіт тазових вен.

При ендоміометриті інфекційний агент попадає у венозний кровоток, вражає ендотелійсудин і сприяє утворенню тромбів, в основному превалює анаеробна інфекція. В процес залучаються вени яєчника, тромби можуть проникати в нижню порожнисту, ниркову вену. Скарги на біль внизу живота з іррадіацією в спину, пах, може бути нудота, блювота, здугтя живота, лихоманка. При піхвовому дослідженні

пальпується потовщення у вигляді каната в області кутів матки. При септичному тромбофлебіті може бути міграція дрібних тромбів у легеневу циркуляцію.

Лікування

Лікування тромботичних ускладнень у післяпологовому періоді поряд з антибіотиками дезінтоксикацією повинне включати:

1. Ліжковий режим з розміщенням нижньої кінцівки на шині Беллера до моменту зникнення вираженого набряку або призначення антикоагулянтної терапії;
2. Локальна гіпотермія по ходу проекції тромбованого судинного пучка;
3. Еластична компресія із застосуванням еластичних бинтів;
4. Корекція характеру акта дефекації із застосуванням проносних засобів (попередження натужування);
5. медикаментозна терапія:
 - антикоагулянти у гострому періоді захворювання. Прямі антикоагулянти --гепарин,низькомолекулярні гепарин, фраксипарин, пентоксан, клексан, фрагмін та ін. З переходом на непрямі антикоагулянти;
 - непрямі антикоагулянти призначають за 2 дні до скасування прямих антикоагулянтів настрок до 3-6 місяців;
 - гемореологічні активні засоби пентоксифілін, реополіглокін, з наступним переходом на антитромбоцитарну терапію аспірин, плавікс терміном до 1 року;
 - засоби, що поліпшують флєбогемодинаміку:флєбодія, детралекс, ескузан протягом 4-6 тижнів;
 - системна ензимотерапія - вобензим, флєбензим, біозин.
6. Місцеве лікування, яке проводиться з 1-ї доби захворювання:
 - локальна гіпотермія;
 - застосування мазей на основі гепарину гепаринова, троксевазінова, Ліотон 1000, або нестероїдних протизапальних препаратів - фастум-гель, диклофенак-гель.

Профілактика післяпологових інфекційних захворювань

Для профілактики післяпологових септичних ускладнень необхідна правильна організація роботи жіночої консультації (санація хронічних септичних вогнищ), пологового блоку, післяпологових палат, суворе дотримання всіх принципів асептики та антисептики під час пологів та догляду за породіллею, ізоляція жінок з ознаками септичної інфекції.

Велике значення мають запобігання під час пологів травматизму, боротьба з крововтратою та зниження частоти оперативних втручань під час пологів. Слід запобігати передчасному вилиттю навколоплідних вод, своєчасно лікувати відхилення от фізіологічного перебігу пологів (слабкість пологової діяльності), проводити антибіотикопротілактику за показаннями.

V. План організації заняття

Організаційний момент	2% навчального часу;
Мотивація теми	3% навчального часу;
Контроль вихідного рівня знань	20% навчального часу;
Самостійна робота студента	35% навчального часу;
Контроль остаточного рівня знань	20% навчального часу;
Оцінка знань студентів	15% навчального часу;
Узагальнення викладача, завдання додому	5% навчального часу;

VI. Основні етапи заняття

1. Підготовчий етап — мотивація теми, контроль базового й основного рівня знань, призначення завдання для самостійної роботи.

2. Основний етап — самостійна робота студентів під контролем викладача: робота з навчальною літературою при низькому рівні базових знань, а також із навчальними посібниками. Курація вагітних та породіль. Самостійне розв'язання ситуаційних задач та їх складання. Аргументація плану й прогнозу пологів та післяпологового періоду.

3. Заключний етап — контроль кінцевого рівня знань, узагальнення, оцінка роботи кожного студента. Завдання додому.

VII. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття – відділення патології вагітних, відділення інтенсивної терапії, навчальна кімната.

Оснащення - таблиці, слайди, історії вагітності та пологів, фантоми.

VIII. Контрольні запитання та завдання

1. Яке визначення поняття «післяпологова інфекція»?
2. Яке визначення поняття «внутрішньо лікарняна (госпітальна) інфекція»?
3. Яка класифікацію післяпологових інфекційних захворювань?
4. Яка етіологію післяпологових інфекційних захворювань?
5. Який патогенез післяпологових інфекційних захворювань?
6. Які фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань?
7. Яка клінік і діагностика післяпологової інфікованої рани?
8. Які методи лікування післяпологової інфікованої рани?
9. Які клініка і діагностик післяпологового ендометриту?
10. Які методи лікування післяпологового ендометриту?
11. Які клінік і діагностика і лікування лактаційного маститу?
12. Які методи лікування лактаційного маститу?
13. Яка сучасна класифікація септичних станів?
14. Які основні принципи лікування акушерського сепсису?
15. Які клініка і діагностика акушерського перитоніту?

16. Які основні принципи лікування акушерського перитоніту?
17. Які клінічні форми інфекційних тромботичних ускладнень в акушерстві?
18. Які основні принципи лікування акушерських тромботичних ускладнень?
19. Яка профілактика післяпологових інфекційних захворювань?

ІХ. Завдання для позааудиторної роботи:

1. Оцінювати фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань у обстежених вагітних і породіль.
2. Прогнозувати ризик післяпологових інфекційних захворювань.
3. Скласти план обстеження при підозрі на післяпологові інфекційні захворювання у породіль.
4. Проводити аналіз результатів обстеження у породіль, що знаходяться в обсерваційному відділенні.
5. Діагностувати післяпологові інфекційні захворювання у породіль або за даними історії пологів.
6. Призначати лікування післяпологових інфекційних захворювань породіллям або за даними історії пологів.
7. Виписувати рецепти на ліки, що застосовують при лікуванні післяпологових септичних захворюваннях.

Х. Тестовий контроль

1. Наяку добу післяпологовомго періоду найчастіший виявляють гонорейну інфекцію?
 - А. 1-2 доба;
 - В. 3-7 доба;
 - С. 8-9 доба;
 - Д. 10 доба;
 - Е. 14 доба.

2. У породіллі встановлено діагноз післяпологовий ендометрит. Яка допомога найважливіша для ефективного лікування?
 - А. бактеріологічне дослідження на флору й чутливість до антибіотиків;
 - В. інтенсивна інфузійна терапія;
 - С. виключити затримку частин плідного яйця;
 - Д. піхвові спринцювання;
 - Е. вишкрібання стінок матки.

3. Назвіть післяпологове захворювання другого етапу поширення інфекційного процесу:
 - А. ендометрит;
 - В. перитоніт;
 - С. пельвіоперитоніт;
 - Д. післяпологова виразка;

Е. сепсис.

4. Назвіть одну з можливих причин виникнення післяпологових психозів?

- А. післяпологові інфекції;
- В. органічне ураження мозку;
- С. епілепсія.

5. Породіллю, 26 років, на 4-й день після пологів переведено в обсерваційне відділення, з анамнезу: пологи другі, перебігали нормально. Розрив промежини II ступеня ушитий кетгуттовими швами. До кінця 3-ї доби післяпологового періоду температура тіла підвищилася до 37,3°C, з'явилися загальна слабкість, головний біль, печіння в ділянці промежини і піхви. Об'єктивно: температура тіла — 37,3°C, артеріальний тиск — 120/60 мм рт. ст., пульс — 76 на 1 хв. З боку внутрішніх органів патологічних змін не виявлено. Молочні залози не напружені, без гіперемії, соски в нормі. Живіт м'який, безболісний, дно матки розташоване на 3 поперечних пальці нижче пупка, матка щільна, безболісна. Виділення з піхви сукровичні, мізерні. Шви на раневій поверхні промежини вкриті гнійними нашаруваннями, прилеглі тканини гіперемійовані, набряклі, болючі при пальпації. Встановіть діагноз.

- А. Післяпологова септична виразка;
- В. Післяпологовий мастит;
- С. Післяпологовий ендометрит;
- Д. Субінволюція матки;
- Е. Післяпологовий пельвіоперитоніт.

6. Породілля, 22 роки, на 8-у добу після пологів поскаржилась на раптове підвищення температури тіла до 39°C, пропасницю, біль у правій молочній залозі. Об'єктивно: температура тіла — до 39,2°C, пульс 90 на хв, артеріальний тиск — 120/80 мм рт. ст. З боку внутрішніх органів патологічних змін не виявлено. У правій пахвовій ямці визначаються збільшені лімфатичні вузли. Матка на рівні лобка, щільна, безболісна. Виділення незначні, слизисті. Молочні залози: права трохи збільшена, при пальпації визначається болючість, інфільтрат з розм'якшенням у центрі, шкіра над ним гіперемійована, на соску — тріщина. Встановіть діагноз.

- А. Післяпологова септична виразка;
- В. Правобічний інфільтративно-гнійний мастит;
- С. Післяпологовий ендометрит;
- Д. Субінволюція матки;
- Е. Післяпологовий пельвіоперитоніт.

7. Породіллю, 26 років, на 4-й день після пологів переведено в обсерваційне відділення. З анамнезу: пологи другі, перебігали нормально. Розрив промежини II ступеня ушитий кетгуттовими швами. До кінця 3-ї доби післяпологового періоду температура тіла підвищилася до 37,3°C, з'явилися загальна слабкість, головний біль, печіння в ділянці промежини і піхви. Об'єктивно: температура тіла — 37,3°C, артеріальний тиск — 120/60 мм рт. ст., пульс — 76 на хв. З боку внутрішніх органів

патологічних змін не виявлено. Молочні залози не напружені, без гіперемії, соски в нормі. Живіт м'який, безболісний, дно матки розташоване на 3 поперечних пальці нижче пупка, матка щільна, безболісна. Виділення з піхви сукровичні, мізерні. Шви на раневій поверхні промежини покриті гнійним нальотом, прилеглі тканини гіперемійовані, набряклі, болючі при пальпації. Визначте лікарську тактику.

А. Постільний режим, повноцінне харчування, місцеве лікування з застосуванням антибіотиків широкого спектру дії;

В. Призначення антибіотиків широкого спектра дії з урахуванням антибіотикограми;

С. Призначення інфузійної терапії;

Д. Проведення імунотерапії;

Е. Проведення хірургічного лікування (розкриття гнійника).

8. Післяпологові захворювання перебігають найтяжче, якщо вони зумовлені:

А. мікробними асоціаціями;

В. чистою культурою стафілококу;

С. чистою культурою стрептококу;

Д. гарднереллою;

Е. грибами роду кандиди.

9. Яке післяпологове захворювання зустрічається частіше?

А. метроендометрит;

В. тромбофлебіт;

С. параметрит;

Д. пельвіоперитоніт;

Е. сепсис.

10. До лікаря звернулася породілля на 14-й день після пологів зі скаргами на біль, що з'явився раптово, гіперемію та ущільнення у лівій молочній залозі, підвищення температури тіла до 39⁰С, головний біль, нездужання. Об'єктивно: тріщина у ділянці соска, збільшення в об'ємі лівої молочної залози, посилення болю під час її пальпації. Про яку патологію слід думати в цьому випадку?

А. Лактаційний мастит

В. Кіста лівої молочної залози з нагноєнням

С. Фібroadенома лівої молочної залози

Д. Рак молочної залози

Е. Флегмона молочної залози

XI. Ситуаційні задачі

1. До жіночої консультації звернулася жінка 22-х років на 15-ту добу після кесаревого розтину зі скаргами на біль у правій молочній залозі, підвищення температури тіла до 39⁰С, дрижаки. Об'єктивно: молочна залоза збільшена,

гіперемована, ущільнена, болюча під час пальпації. Дитину годує груддю з 8-ї доби, молоко зціджує нерегулярно. Яка профілактика цього стану?

2. До лікаря звернулася породілля на 14-й день після пологів зі скаргами на біль, що з'явився раптово, гіперемію та ущільнення у лівій молочній залозі, підвищення температури тіла до 39⁰С, головний біль, нездужання. Об'єктивно: тріщина у ділянці соска, збільшення в об'ємі лівої молочної залози, посилення болю під час її пальпації. Про яку патологію слід думати в цьому випадку?

3. У породіллі на п'яту добу після термінових пологів з'явилися: підвищення температури тіла до 38,8⁰С, біль у животі, загальна слабкість. Об'єктивно: АТ-120/80 мм рт. ст., Рs- 100/хв. Молочні залози помірно нагрубілі. Живіт м'який, приймає участь в акті дихання. Дно матки на три пальці нижче пупка. При вагінальному дослідженні: шийка матки пропускає палець, матка м'якої консистенції, збільшена до 13 тижнів вагітності, болісна. Виділення зі статевих шляхів гнійно-серозні, з неприємним запахом. Який найбільш вірогідний діагноз?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров'я України». -2018.- 504 с.
2. Акушерський фантом/Під редакцією проф. В.О. Бенюка, І.А. Усевича, О.А. Диндар. - Київ: «Здоров'я України», 2019. - 198 с.
3. Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
4. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
6. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров'я України» - С.542.
7. Акушерський фантом: посібник українською мовою (за ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Усевич І.А., Диндар О.А., Ковалюк Т.В., Самойлова М.В.- К., 2018 - «Бібліотека «Здоров'я України», С.191.
8. Obstetrical phantom: посібник англійською мовою (Edited by V. Benyuk, O. Dyndar, I.Usevych). Co-authors: T. Kovaliuk, M.Samoilova – К., 2018 - «Бібліотека «Здоров'я України», С. 190.
9. Назарова І. Б., Самойленко В. Б., Фізіологічне акушерство: підручник (ВНЗ I—III р.а.) ВСВ «Медицина», 2018, 408 с.

10. Hryshchenko V.I., Shcherbyna M.O., Ventskivskiyi B.M. et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
11. Ліхачов В. К. «Акушерство. Том 1. Базовий курс.» Гінекологія. 2-ге видання. Видавництво «Нова книга», 2021, 392 с.
12. Ліхачов В.К. та ін. «Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика.» Видавництво «Нова книга», 2021, 512 с.
13. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

Додаткова

1. Бачинська І.І. Практикум з акушерства: навчальний посібник. — 2-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2021, 104 с.
2. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.
3. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
4. МОЗ України Наказ № 8 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Кесарів розтин» від 05.01.2022
5. МОЗ України Наказ № 151 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» від 24.01.2022
6. МОЗ України Наказ № 170 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» від 26.01.2022
7. МОЗ України Наказ № 692 «Клінічна настанова, заснована на доказах «профілактика передачі віл від матері до дитини» від 26.04.2022
8. МОЗ України Наказ № 1437 «Нормальна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 09.08.2022
9. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2013.- 239с.
10. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
11. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015