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

факультет медичний № 1

кафедра акушерства і гінекології № 1

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»

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

Тема: «Післяпологові септичні захворювання»

ДЛЯ СТУДЕНТІВ V КУРСУ
МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №1, ФПЛЗСУ
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН

«Затверджено»
На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №1
протокол № 1 від 29.08.2025 р.
Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №1,
д.мед.н., професор **Говсєєв Д.О.**

КИЇВ 2025-2026

УДК 618 (072)

Методична вказівка **«Післяпологові септичні захворювання»** ***для студентів V, VI курсу медичного факультету №1, ФПЛЗСУ та факультету підготовки іноземних громадян з*** **дисципліни «Акушерство та гінекологія»**

Авторський колектив:

Авторський колектив:

- **Завідувач кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н., професор Говсєєв Д.О.**
- **Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Лакатош В. П.**
- **Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Загородня О. С.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Авраменко С. О.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бурка О. А.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бондаренко Н. П.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1 , к.мед.н. Вітовський Я. М.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жабіцька Л. А.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жегулович В. Г.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1 , к.мед.н. Костенко О. Ю.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Леуш С. С.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Наритник Т. Т.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1 , к.мед.н. Поладич І. В.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прилуцька А. Б.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прощенко О. М.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Слободяник О. Я.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Ткаліч В. О.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Цапенко Т.В.**
- **Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Антонюк М І.**
- **Асистент кафедри акушерства і гінекології №1 , к.мед.н. Купчік В.І.**
- **Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Осадчук С. В.**

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1
Протокол № 1 від 31.08.2023 року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1
Протокол № __ від __.__.20__ року

Тема: «Післяпологові септичні захворювання»

І. Актуальність теми

Післяпологові інфекційні захворювання займають одне із провідних місць серед причин материнської захворюваності і смертності.

Своєчасна діагностика та науково обґрунтоване лікування належить до найважливіших проблем сучасного акушерства та гінекології. Близько 80 % летальних наслідків поширених форм післяпологової інфекції в акушерсько-гінекологічних стаціонарах зумовлені несвоєчасною діагностикою, пізнім хірургічним втручанням, неповним обсягом хірургічної допомоги та інтенсивної терапії.

Ця тема потребує досконального вивчення як до проведення профілактичних заходів щодо попередження ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду, так і для проведення лікувальних заходів.

ІІ. Навчальні цілі

Ознайомитись (α=1):

- із частотою післяпологових септичних ускладнень.

Засвоїти (α=2):

- Показання та принципи інтенсивної терапії;
- Визначення поняття інфекції, пов'язані із наданням медичної допомоги;
- Принципи профілактики гнійно- септичних ускладнень в акушерському стаціонарі;
- Фактори ризику розвитку септично- інфекційних ускладнень у матері та новонародженого;
- Класифікацію післяпологових інфекційних ускладнень;
- Етіологію і патогенез умовно обмежених й генералізованих форм післяпологових інфекційних захворювань.
- Класифікацію післяпологових інфекційних ускладнень;
- Сучасний погляд на розвиток синдрому системної запальної відповіді;
- Обсяг консервативного лікування та хірургічного втручання при післяпологових інфекційних ускладненнях щодо різноманітних клінічних форм;
- Показання та принципи інтенсивної терапії післяпологових інфекційних ускладнень.

Оволодіти та удосконалити навики (α=3):

- Збирати акушерсько-гінекологічний анамнез
- Виконувати акушерсько-гінекологічне дослідження.
- Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних).

Вміти (α=4):

- Оцінювати клінічні ознаки післяпологової інфекції;
- Прогнозувати ризик післяпологових інфекційних захворювань.

- Складати план обстеження при підозрі на післяпологові інфекційні захворювання.
- Інтерпретувати результати лабораторних досліджень;
- Діагностувати післяпологові інфекційні захворювання.
- Скласти план комплексного лікування та змінити його у зв'язку з неадекватністю чи, навпаки, з появою ознак покращення стану;
- Оцінити показання до хірургічного втручання;
- Виписати рецепти щодо лікування хворої (антибіотики, утеротоніки, десенсибілізуючі засоби та ін.).

III. Виховні цілі

- Виховна (навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та толерантного відношення до вагітної, роділлі, породіллі);
- Наукова (навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування);
- Творча (надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення);
- Відповідальна (розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій).

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

№ п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			
1.	Анатомія	Будова зовнішніх і внутрішніх статевих органів, іннервація та кровопостачання. Крово- та лімфообіг тазових органів.	Оцінити клінічні ознаки розвитку інфекції в ранах
2.	Мікробіологія	Класифікацію і характеристику збудників, методи їх діагностики	Визначити ймовірного збудника.
3.	Нормальна фізіологія	Фізіологічні та функціональні особливості статевих органів жінок.	
4.	Патологічна фізіологія	Шляхи поширення інфекції.	Визначити етіологію інфекційного ускладнення.
Забезпечувані дисципліни			
1.	Фармакологія	Лікарські речовини, шляхи введення, механізм дії.	Оцінити можливість призначення фармакологічних речовин. Призначити антибактеріальну терапію. Виписати рецепти щодо лікування хворої

V. Зміст навчального матеріалу

Післяпологові інфекційні захворювання безпосередньо пов'язані з вагітністю і пологами, розвиваються в період від 2-3 доби після пологів до кінця 6-го тижня й обумовлені інфекцією (переважно бактеріальною).

Деякі поняття і терміни післяпологової інфекції

Інфекції, пов'язані із наданням медичної допомоги (ІПНМД) – є основною проблемою безпеки пацієнтів, і їх запобігання має бути пріоритетом для медичних установ які зобов'язані забезпечити безпечну медичну допомогу.

Інфекційні захворювання, що наявні або знаходяться в інкубаційному періоді на момент госпіталізації або початку лікування, до ІПНМД **не відносяться**!

Більшість бактеріальних ІПНМД 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 не вважається ІПНМД 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.

Інфекція вважається ІПНМД за умови:

- пацієнт був повторно госпіталізований менше ніж через 48 годин після попереднього перебування на стаціонарному лікуванні;
- післяопераційне інфікування сталося протягом 30 днів після операції (із встановленням імплантату – протягом 90 днів після операції);
- пацієнт був госпіталізований (або розвинулися симптоми протягом двох днів) з інфекцією, викликаною Clostridium difficile менш ніж за 28 днів після попередньої виписки;
- набуття її в лікарняному закладі;
- інтранатального інфікування.

Профілі антибіотикорезистентності – це сполучення детермінант резистентності кожного виділеного штаму мікроорганізму. Профілі антибіотикорезистентності характеризують біологічні особливості мікробної екосистеми, що сформувалася у стаціонарі. Постійне стеження за появою та циркуляцією в окремому стаціонарі штамів умовно патогенних мікроорганізмів (УПМ) з однаковими профілями антибіотикорезистентності має важливе значення для виявлення госпітальних штамів УПМ та вивчення епідеміології госпітальних інфекцій.

Госпітальні штами мікроорганізмів мають множинну стійкість принаймі до 5 антибіотиків:

- для штамів стафілококів – до метициліну (оксациліну) та/або ванкоміцину;
- для штамів ентерококів – до ванкоміцину;
- для ентеробактерій – до гентаміцину і/або до цефалоспоринових антибіотиків Ш-IV поколінь;
- для неферментуючих бактерій - до цефалоспоринових антибіотиків Ш-IV поколінь.

Класифікація.

Сучасна класифікація післяпологових гнійно-запальних захворювань припускає їхній розподіл на *умовно обмежені й генералізовані форми*. До умовно обмежених

відносять нагноєння післяпологової рани, ендометрит, мастит. Генералізовані форми представлені перитонітом, сепсисом, септичним шоком. Наявність системної запальної відповіді у породіллі з умовно обмеженою формою захворювання вимагає інтенсивного спостереження й лікування як при сепсисі (див. далі класифікацію сепсису).

Післяпологова інфекція скоріше всього має місце при підвищенні температури тіла більше 38^0С 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*** (МКХ-10, 1995 р.) також виділяють наступні післяпологові інфекційні захворювання в рубриці післяпологовий сепсис:

085 Післяпологовий сепсис
Післяпологовий (а)
- ендометрит;
- лихоманка;
- перитоніт;
- септицемія.

086.0 Інфекція хірургічної акушерської рани
Інфікована (ий)
- рана кесарського розтину } після пологів
- шов промежини

086.1 Інші інфекції статевих шляхів після пологів
цервіцит } після пологів
вагініт

087.0 Поверхневий тромбофлебіт у післяпологовому періоді
087.1. Глибокий флеботромбоз у післяпологовому періоді
Тромбоз глибоких вен у післяпологовому періоді
Тазовий тромбофлебіт у післяпологовому періоді.

Етіологія

Основними збудниками акушерських септичних ускладнень є асоціації грампозитивних і грамнегативних анаеробних й аеробних мікробів, при цьому переважає умовно-патогенна флора. В останнє десятиліття також певну роль у цих асоціаціях стали грати інфекції, що передаються статевим шляхом, нового покоління: хламідії, мікоплазми, віруси й ін.

Стан нормальної мікрофлори жіночих статевих органів відіграє важливу роль у розвитку гнійно-септичної патології. Встановлено високу кореляцію між бактеріальним вагінозом (піхвовим дисбактеріозом) у вагітних й інфікуванням навколоплідних вод, ускладненнями вагітності (хоріонамніонитом, передчасними пологами, передчасним розривом плодових оболонок, післяпологовим ендометритом, фетальними запальними ускладненнями).

Незважаючи на велику розмаїтість збудників у більшості випадків при післяпологовому інфікуванні виявляються наступні:

- грампозитивні мікроорганізми (25%). Staphylococcus aureus - 35%, Enterococcus spp. - 20%, Coagulase-negative staphylococcus - 15%, Streptococcus pneumonie -10%, і на інші грампозитивні - 20%.
- грамнегативні мікроорганізми (25%). Escherichia coli -25%, Klebsiella/Citrobacter - 20%, Pseudomonas aeruginosa - 15%, Enterobacter spp. - 10%, Proteus spp. - 5%, та інші - 25%.
- гриби роду Candida - 3%
- анаеробна флора - при спеціальних методах дослідження 20%
- невстановлена флора - в 25% випадків.

П а т о г е н е з

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 надмірної 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 - SIRS), і розглядати його як універсальну відповідь імунної системи організму на вплив сильних подразників, у тому числі й інфекцію. При інфекції такими подразниками є токсини (екзо- і ендотоксини) і ферменти (гіалуронідаза, фібринолізин, колагеназа, протеіназа), які виробляються патогенними мікроорганізмами. Одним із самих потужних пускових факторів каскаду реакцій ССЗВ є липополісахарид (LPS) мембран грам-негативних бактерій.

В основі ССЗВ лежить утворення надмірно великої кількості біологічно активних речовин – цитокинів (інтерлекіни IL1 й IL 6, фактор некрозу пухлинни TNFα, лейкотрієни, γ-інтерферон, ендотеліни, фактор активації тромбоцитів, оксид азоту, кініни, гістамін, тромбоксан A_2 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 (Bone R.S.,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 кровоток* – 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. Класифікація сепсису представлена у відповідному розділі.

Можливими джерелами післяпологової інфекції **(факторами ризику)** , які можуть існувати і до вагітності, виявляються:

1) інфекція верхніх дихальних шляхів - особливо у випадку використання загальної анестезії;

2) інфікування епідуральних оболонок;

3) тромбофлебіт: нижніх кінцівок, тазу, місць катетеризації вен;

4) інфекція сечових шляхів (безсимптомна бактеріурія, цистит, пієлонефрит);

5) септичний ендокардит;

6) апендицит й інші хірургічні інфекції.

До сприятливих факторів розвитку післяпологових інфекційних ускладнень відносяться:

1. Кесарський розтин. Присутність шовного матеріалу й наявність ішемічного некрозу інфікованих тканин, поряд з розрізом на матці створюють ідеальні умови для септичних ускладнень.

2. Тривалі пологи й передчасний розрив навколоплідних оболонок, що ведуть до хоріонамніоніту.

3. Травматизація тканин при вагінальних пологах: накладення щипців, розтин промежини, повторні піхвові дослідження під час пологів, внутрішньоматкові маніпуляції (ручне видалення плаценти, ручне обстеження порожнини матки, внутрішній поворот плода, внутрішній моніторинг стану плода й скорочень матки тощо).

4. Інфекції репродуктивного тракту.

5. Низький соціальний рівень у поєднанні з поганим харчуванням і незадовільною гігієною.

Причинами генералізації інфекції можуть бути:

- неправильна хірургічна тактика й неадекватний обсяг хірургічного втручання;
- неправильний вибір обсягу й компонентів антибактеріальної, дезінтоксикаційної і симптоматичної терапії;
- знижена або змінена імунореактивність макроорганізму;
- наявність важкої супутньої патології;
- наявність антибіотико-резистентних штамів мікроорганізмів;
- відсутність проведення якого-небудь лікування.

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 рановою поверхнею. Можливе інфікування розривів промежини, піхви, шийки матки. Після операції кесарського розтину інфекція може розвиватися в операційній рані передньої черевної стінки. Токсини й ферменти, які виробляються

мікроорганізмами, що викликали ранову 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 слабість, тахікардія, зниження артеріального тиску (АТ), тахипное) 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, имунограма;
- інструментальні: ультразвукове дослідження (УЗД).

Клініка, діагностика і лікування інфікованої післяпологової рани

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

а) скарги

- на інтенсивний, нерідко пульсуючий біль в ділянці рани;
- на підвищення температури тіла – субфебрильна або до 38-39^{0}С.

б) 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;
- ранова поверхня покривається суцільним фібринозно-гнійним нальотом;
- 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;
    - для стрептокока характерна поява рідкого гною жовтувато-зелених кольорів, сукровиця;
    - колібацилярна й ентерококова інфекції спричиняють появу гною коричневих кольорів з характерним запахом;

- синегнійна паличка (Pseudomonas aeruginosa) 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, після гострого початку, з вираженими проявами загальної інтоксикації.

Бактеріологічне дослідження ексудату проводитися з метою визначення збудника і його чутливості до антибіотиків. Забір матеріалу повинен виконуватися до початку антибіотикотерапії. Матеріалом для дослідження можуть 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 по Граму, з метою орієнтовної експрес-діагностики.

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

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

- наявність у відправленому 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 інфекційних 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 дренування із забезпеченням відтоку ексудату;
- застосування місцевих антисептиків;

Фармакологічні методи - це антибіотикопрофілактика й антибиіотикотерапія.

Антибіотикопрофілактика – це системне призначення антибактеріального препарату до моменту мікробної контамінації рани або розвитку післяопераційної ранової інфекції, а також при наявності ознак контамінації, за умови, що первинне лікування хірургічне. Антибіотикопрофілактика призначається 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 синтоміциновою, або солкосериловою мазями тощо.

До фізіотерапевтичних процедур у період реконвалесценції належить УВЧ-індуктотерапія, ультрафіолетове опромінення, електрофорез із медикаментозними препаратами.

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

Клініка, діагностика і лікування післяпологового ендометриту

Післяпологовий ендометрит (endometritis) - це запалення поверхневого шару ендометрію. Ендоміометрит (endomiometritis or metroendometritis) - це поширення запалення з базального шару ендометрію до міометрію. Панметрит (panmetritis) - це поширення запалення з ендометрію й міометрію до серозного шару матки.

Клініка. Початкова стадія післяпологового ендометриту може носити різну виразність і мати поліформну картину. Варто розрізняти класичну, стерту й абортивну форми ендометрита, а також ендометрита після кесарського розтину. Класична форма ендометрита звичайно розвивається на 3-5 добу після пологів. Для цієї форми характерні лихоманка, інтоксикація, зміна психіки, виражений лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, патологічні виділення з матки. При стертій формі ендометрита захворювання звичайно розвивається на 8-9 добу після пологів, температура субфебрильна, місцеві прояви мало виражені. Абортивна форма ендометрита перебігає так як і класична, але при високому рівні імунологічного захисту швидко припиняється. Ендоміометрит після кесарського розтину може ускладнюватися пельвіоперитонітом, перитонітом, який розвивається розвитися в 1-2 добу після операції.

Діагностика заснована на:

- клінічних даних: скарги, анамнез, клінічний огляд. При піхвовому дослідженні матка помірно чутлива, субінволюція матки, гнійні виділення;
- лабораторних даних: загальний аналіз крові (лейкограма), загальний аналіз сечі, бактеріологічне й бактеріоскопічне дослідження виділень з шийки або/та матки, (крові й сечі при необхідності), имунограма, коагулограма, біохімія крові;
- інструментальних даних: ультразвукове дослідження (УЗД).

Лікування. У більшості випадків лікування фармакологічне, але також можливо й хірургічне.

Комплексне лікування післяпологового ендометрита включає не тільки системну антибактеріальну, інфузійну, детоксікаціну терапію, але й місцеве лікування. Антибіотикотерапія може бути емпірична й цілеспрямована (див. вище). Перевага віддається цілеспрямованій антибіотикотерапії, що можливо при використанні прискорених методів ідентифікації збудника, використовуючи систему мультімікротестів. Якщо лихоманка триває протягом 48-72 годин після початку лікування, варто запідозрити резистентність збудника до застосовуваних антибіотиків. Лікування внутрішньовенними антибіотиками повинне тривати 48 годин після зникнення гіпертермії й інших симптомів. Таблетовані антибіотики варто призначати ще на найближчі 5 днів.

Треба враховувати, що антибіотики попадають у материнське молоко. Незріла ферментна система немовляти може не впоратися з повним виведенням антибіотиків, що може привести до кумулятивного ефекту. Ступінь дифузії антибіотика до грудного молока залежить від характеру антибіотика. В обмеженій кількості переходять до грудного молока пеніциліни, цефалоспорини, в значній кількості – аміноглікозиди, тетрацикліни, макроліди. Тому при їх призначенні припиняють грудне годування немовляти.

Місцевою терапією при ендометриті є проточно-промивне дренування порожнини матки, із застосуванням двопросвітного катетеру, через який роблять зрошення стінок матки розчинами антисептиків, антибіотиків. Використовують

охолоджені +4 ^{0}С 0,02% розчин хлоргексидину, 0,9% ізотонічний розчин хлориду натрію зі швидкістю 10мл/хв. Протипоказанням до аспіраційно-промивного дренування матки є: неспроможність швів на матці після операції кесарського розтину, поширення інфекції за межі матки, а також перші дні (до 3-4 доби) післяпологового періоду. Якщо патологічні включення (згортки крові, залишки плодових оболонок) в порожнині матки шляхом промивного дренування відмити не вдається, їх необхідно видалити вакуум-аспірацією або обережним кюретажем на тлі антибактеріальної терапії та нормальної температури тіла. При відсутності даних умов кюретаж проводиться тільки за життєвими показаннями (кровотеча при наявності залишків плаценти).

До оперативного лікування прибігають у випадку неефективності консервативної терапії й при наявності негативної динаміки в перші 24-48 годин лікування, розвитку синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ). Хірургічне лікування полягає в лапаротомії й екстирпації матки з матковими трубами.

Правильне лікування післяпологового ендоміометриту становить основу профілактики розповсюджених форм інфекційних захворювань у породіль.

Лактаційний мастит

Лактаційний мастит - це запалення молочної залози (переважно однобічне) під час лактації в післяпологовому періоді. Частіше розвивається через 2-3 тижні після пологів.

Етіологія і патогенез.

Найчастіше вхідними воротами інфекції є тріщини сосків, інтраканакулярне проникнення збудника інфекції через молочні протоки залози при годуванні грудьми або зціджуванні молока, украй рідко збудник поширюється з ендогенних вогнищ.

Фактори ризику:

- тріщини сосків;
- лактостаз.

Тріщини сосків можуть бути при пороках розвитку сосків, при пізньому прикладанні дитини до грудей, неправильній техніці годування грубому зціджуванні молока, індивідуального стану епітеліального покриву сосків, порушенні санітарно-епідеміологічних норм післяпологового періоду.

При лактостазі може бути підвищення температури тіла тривалістю до 24 годин, якщо більше 24 годин - тоді цей стан необхідно розглядати як мастит.

Класифікація.

I. *За характером перебігу запального процесу* мастит може бути:

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

II. *За локалізацією вогнища* мастит може бути:

- підшкірним, субареолярним, інтрамамарним, ретромамарним і тотальним.

Клінічна картина маститу характеризується: гострим початком, вираженою інтоксикацією (загальна слабість, головний біль), підвищенням температури тіла до 38-39^{0}С, дрожжю, болем в області молочної залози, що підсилюються при годуванні або зціджуванні. Молочна залоза збільшується в об'ємі, відзначається гіперемія й інфільтрація тканин без чітких меж. Ця картина характерна для *серозного* маститу. При неефективному лікуванні протягом 1-3 діб серозний мастит переходить в *інфільтративний*. При пальпації визначається щільний, різко хворобливий інфільтрат, лімфаденіт. Тривалість цієї стадії 5-8 днів. Якщо інфільтрат не розсмоктується на тлі проведеного лікування, відбувається його нагноєння – *гнійний* мастит (абсцедуючий). Спостерігається посилення місцевих симптомів запалення, значне збільшення й деформація молочної залози, якщо інфільтрат розташований неглибоко, то при нагноєнні визначається флуктуація. Нагноєння інфільтрату відбувається протягом 48-72 годин. У тих випадках, коли в молочній залозі нагноюється кілька інфільтратів, мастит називають *флегмонозним*. Температура тіла при цьому 39-40^{0}С, дрижи, виражена слабкість, інтоксикація. Молочна залоза різко збільшена, хвороблива, пастозна, добре виражена поверхнева венозна мережа, інфільтрат займає майже всю залозу, шкіра над ураженою ділянкою набрякла, блискуча, червона із синюшним відтінком, часто з лімфангітом. При флегмонозному маститі можлива генералізація інфекції з переходом у сепсис.

Діагностика заснована на наступних даних:

- клінічні: огляд молочної залози (див. у тексті), оцінка клінічних ознак, скарг, анамнезу;
- лабораторні: загальний аналіз крові (лейкограма), загальний аналіз сечі, бактеріологічне й бактеріоскопічне дослідження ексудата, імунограма, коагулограма й біохімія крові;
- інструментальні: ультразвукове дослідження (УЗД) - є одним із важливих методів діагностики маститу.

Лікування може бути консервативне й хірургічне.

Антибіотикотерапію варто починати з перших ознак захворювання, що сприяє запобіганню розвитку гнійного запалення. При серозному маститі питання про грудне вигодовування вирішується індивідуально. Необхідно враховувати: думка породіллі, анамнез (приміром, гнійний мастит в анамнезі, численні рубці на молочній залозі, протезування молочних залоз), проведену антибіотикотерапію, дані бактеріологічного й бактеріоскопічного дослідження ексудату, наявність і виразність тріщин сосків. Починаючи з інфільтративного маститу годівля дитини протипоказана через реальну загрозу інфікування дитини й кумулятивного накопичення антибіотиків в організмі дитини, але при цьому лактація може бути збережена, шляхом зціджування. При відсутності ефекту від консервативної терапії маститу протягом 2-3 діб та розвитку ознак гнійного маститу показане хірургічне лікування. Хірургічне лікування полягає в радикальному розрізі і адекватному дренуванні. Паралельно продовжують проводити антибіотикотерапію, дезінтоксикаціону й десенсибілізуючу терапію. Своєчасне хірургічне лікування дозволяє попередити прогресування процесу, розвиток ССЗВ.

Профілактика післяпологового маститу полягає в навчанні жінок правилам грудного годування й дотримання правил особистої гігієни. Необхідно своєчасне виявлення й лікування тріщин сосків і лактостазу.

Клініка, діагностика й лікування генералізованої післяпологової інфекції

З позицій сучасних уявлень про сепсис - це типовий патологічний процес, що ускладнює перебіг різних захворювань інфекційної природи, основним змістом якого є неконтрольований викид ендогенних медіаторів з наступним розвитком генералізованого запалення й органно-системних ушкоджень, віддалених від первинного вогнища.

Сепсис не можна вважати результатом прямої дії мікроорганізму на макроорганізм, він є наслідком істотних порушень в імунній системі, що проходять у своєму розвитку етапи від стану надлишкової активації ("фази гіперзапалення"), до стану імунодефіциту, ("фази імунопаралiча"). Імунна система організму є активним учасником аутодеструктивного процесу. Дуже часто при цьому септицемія (наявність мікробів у крові) відсутня.

Такі поняття визначили сучасну термінологію сепсису.

Американська асоціація анестезіологів, в 1992 р. запропонувала наступну **класифікацію септичних станів**, яка визнається більшістю вчених.

Синдром системної запальної відповіді (Systemic Inflammatory Response Syndrom – SIRS), маніфестує двома або більше ознаками:

1) температура тіла більше 38^0C або нижче 36^0C;
2) ЧСС більше 90 уд/хв;
3) Частота дихання більше 20 у хвилину або $PaCO_2$ нижче 32 мм рт. ст;
4) кількість лейкоцитів більше $12x10^9$/л або менш $4x10^9$/л, незрілих форм більше 10%.

Сепсис – системна відповідь на достовірно виявлену інфекцію при відсутності інших можливих причин для подібних змін, характерних для SIRS. Проявляється тими ж клінічними ознаками, що й SIRS.

Важкий сепсис – це сепсис, що характеризується порушенням функції органів, гіпоперфузією тканин, артеріальної гіпотензією. Можливі ацидоз, олігурія, порушення свідомості. При розвитку важкого сепсису приєднуються наступні ознаки:

- тромбоцитопенія менш 100 тис/л, яку не можна пояснити іншими причинами;
- підвищення рівня прокальцитоніна більше 6,0 нг/мл (А);
- позитивний посів крові на виявлення циркулюючих мікроорганізмів (А);
- позитивний тест на ендотоксин (LPS-тест) (В).

Септичний шок (SIRS – шок) визначається як важкий сепсис із артеріальною гіпотензією, що розвивається, незважаючи на адекватну інфузійну терапію. Діагноз встановлюється, якщо до перерахованих вище клініко-лабораторних показників приєднуються:

- артеріальна гіпотензія (систолічний тиск менш 90 мм рт.ст або зниження більш ніж на 40 мм рт.ст. від вихідного рівня);
- порушення свідомості;
- олігурія (діурез менш 30 мл/год);
- гіпоксемія (PaO_2 менш 75 мм рт.ст. при диханні атмосферним повітрям);

- SpO_2 менш 90%;
- підвищення рівня лактата більше 1,6 ммоль/л;
- петехіальна висипка, некроз ділянки шкіри.

Синдром поліорганної недостатності – наявність гострого порушення функції органів і систем.

Для **діагностики клінічних форм сепсису** необхідно проводити наступні заходи у породіль з будь-якою формою післяпологової інфекції:

1) моніторинг: артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, центрального венозного тиску, лейкоцитів і формули крові;

2) підрахунок частоти дихання, оцінка рівня газів крові, SpO_2;

3) погодинний контроль діурезу;

4) вимір ректальної температури тіла мінімум 4 рази на добу для співставлення з температурою тіла в аксілярних ділянках;

5) посіви сечі, крові, виділень із цервікального каналу;

6) визначення кислотно-лужної рівноваги крові й насичення тканин киснем;

7) підрахунок кількості тромбоцитів і визначення вмісту фібриногену й мономерів фібрину;

8) ЕКГ, УЗД органів черевної порожнини й рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини.

Основні принципи лікувальних заходів:

1. Госпіталізація у відділення інтенсивної терапії.

2. Корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення інотропної терапії й адекватної інфузійної підтримки.

Оцінюючи артеріальної тиск, пульсовий артеріальний тиск, ЦВТ, ЧСС, діурез, визначають обсяг інфузійної терапії. Визначення ЦВТ в динаміці дає можливість контрольованої інфузії колоїдних і кристалоїдних розчинів з оцінкою обсягів введеної й втраченої рідини, препаратів крові.

Для проведення інфузії застосовують похідні гідроксіетилкрохмалю (рефортан, венофундин, волювен, стабізол) і кристалоїди (0,9% розчин натрію хлориду, розчин Рингера) у співвідношенні 1:2. З метою корекції гіпопротеінемії призначають тільки 20-25% р-н альбуміну. **Застосування 5-10% альбуміну при критичних станах сприяє підвищенню летальності хворих (А).**

В інфузію необхідно включати свіжозаморожену плазму 600-1000 мл, через наявність у ній анти тромбіну (В).

Використання глюкози недоцільно (В), тому що її призначення у хворих у критичних станах підвищує продукцію лактата й CO_2, збільшує ішемічне ушкодження головного мозку й інших тканин. Інфузія глюкози використовується тільки у випадках гіпоглікемії й гіпернатріємії.

Інотропна підтримка застосовується у випадку, якщо ЦВТ залишається низьким. Вводять допамін у дозі 5-10 мкг/кг/хв (максимум до 20 мкг/кг/хв) або добутамін - 5-20 мкг/кг/хв. При відсутності стійкого підвищення АТ вводять норадреналіну гідротартрат 0,1-0,5 мг/кг/хв, одночасно зменшуючи дозу допаміну до 2-4 мкг/кг/хв. (А). Виправдано одночасне призначення налоксону до 2,0 мг, що сприяє підвищенню АТ (А).

У випадку неефективності комплексної гемодинамічної терапії можливе використання глюкокортикостероїдів (гідрокортизон – 2000 мг/добу (С)) разом з H_2-блокаторами (ранітидін, фамотідін) (В).

3. Підтримка адекватної вентиляції й газообміну. Показаннями до ШВЛ служать: PaO_2 менш 60 мм рт.ст., $PaCO_2$ більше 50 мм рт.ст. або менш 25 мм рт.ст., SpO_2 менш 85%, частота дихання більше 40 у хвилину.

4. Нормалізація функції кишечнику й раннє ентеральне харчування.

5. Своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем.

6. Вирішальним фактором є раціональний вибір антимікробних засобів, зокрема антибіотиків. Цілеспрямована антибактеріальна терапія можлива лише після визначення збудника й встановлення його чутливості до антибіотиків, що можливо, у найкращому разі не раніше 48 годин. Чекаючи ідентифікації застосовують емпіричну антибіотикотерапію, беручи до уваги характер первинного вогнища інфекції, функціональний стан печінки, нирок, імунної системи хворої.

Існуючи тенденції в антибактеріальній терапії гнійно-септичної інфекції складаються у використанні бактерицидних антибіотиків, а не бактеріостатичних; застосуванні менш токсичних аналогів (наприклад, нових поколінь аміногликозидів або заміна їх фторхінолонами); заміні комбінованої антибіотикотерапії рівною мірою ефективної моноантибіотикотерапією; заміні імунопригнічуючих антибіотиків імуностимулюючими; використанні адекватних доз і режимів введення.

Виходячи з необхідності пригнічення росту всього передбачуваного спектра збудників акушерської інфекції (грамнегативних та грампозитивних аеробів й анаеробів) при емпіричній протимікробній терапії застосовують схеми комбінованої потрійної антимікробної терапії (наприклад, напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорини + аміногликозиди + імідазоли), подвійної антибіотикотерапії (наприклад, клиндаміцин + аміногликозиди), моноантибіотикотерапії (цефалоспорини Ш покоління, карбопенеми, уреїдопеніциліни, амінопеніциліни й ін.)

Потрійна антимікробна терапія хоча і є активною відносно спектра збудників, але застосування великої кількості препаратів вносить додаткове навантаження на органи й системи, а зі збільшенням числа застосовуваних препаратів побічні дії антибіотикотерапії наростають. Подібна терапія передбачає найчастіше призначення антибіотиків групи напівсинтетичних пеніцилинів (ампіцилін, оксацилін) або цефалоспоринів I-II генерацій (цефазолін, цефалексин, цефуроксим), які найбільш ефективні у відношенні грампозитивних аеробних збудників (стафілококів), менш ефективні при грамнегативних аеробних збудниках, не діють на псевдомонад (синегнійну паличку) і анаеробів. Ефективність такого комплексу підвищується за рахунок призначення аміногликозидів (гентаміцин, тобраміцин, амікацин, нетроміцин), які високо ефективні й у відношенні грамнегативних аеробних бактерій (ентеробактерії, синегнійна палички). Високою ефективністю у відношенні анаеробів, включаючи бактероіди, володіють препарати групи імідазолов (метронідазол, орнідазол, тінідазол). У зв'язку з вищевикладеним популярний потрійний режим антибіотикотерапії при важкій формі гнійно-септичних захворювань не можна вважати раціональним.

Подвійна антибіотикотерапія найчастіше передбачає призначення препаратів групи лінкозамидів (кліндаміцин), які мають широкий спектр у відношенні анаеробних

бактерій і грампозитивних аеробів, а для впливу на грамнегативну флору додатково призначаються аміноглікозиди. Запропоновані також комбінації цефалоспоринів Ш покоління з імідазолами, β-лактамні антибіотики з аміноглікозидами.

Моноантибіотикотерапія може бути проведена препаратами, спектр дії яких охоплює грамнегативні та грампозитивні аероби й анаероби: цефалоспорини Ш покоління, карбопінеми. При важкому перебігу сепсису найбільш прийнятні препарати групи карбопінемів (іміпінем+циластин натрію, меропенем).

З огляду на останні досягнення науки в сфері вивчення патогенезу сепсису й ССЗВ, особливо варто зупинитися на клінічному значенні вивільнення ендотоксину (LPS), що індукується антибіотиками. У цьому зв'язку має важливе клінічне значення питання про ступінь індукування токсиноутворення різними антибіотиками. Утворення ендотоксину, індуковане антибіотиками, зростає в наступному порядку: карбопенеми - найменше; аміноглікозиди; фторхінолони; цефалоспорини - найбільше.

До складу антимікробної терапії обов'язковим є включення антикандидозних препаратів (ністатин, флуконазол, ітраконазол та ін.).

7. Оцінка патофізіологічних і патобіохімічних розладів, які можуть бути виділені в наступні синдроми: нирковий, печінковий, різні варіанти серцево-судинної й дихальної недостатності, ДВЗ-синдром, розлади мікроциркуляції, дисфункція шлунково-кишкового тракту з явищам транслокації бактеріальної флори в лімфатичну систему, а потім й у системний кровоток з розвитком синдрому поліорганної недостатності. Патобіохімічні розлади проявляються порушеннями водно-електролітного, кислотно-лужного балансів й ін. Кожний із синдромів вимагає свого підходу, індивідуального застосування певних методів і засобів, які охоплюють всі розділи інтенсивної терапії.

8. Поліпшення мікроциркуляції (застосування пентоксифіліну або діпірідамолу) Застосування пентоксифіліну (тренталу) поліпшує мікроциркуляцію й реологічні властивості крові, має судинорозширювальну дію й поліпшує постачання тканин киснем, що є важливим у профілактиці ДВЗ і ПОН.

9. Антимедіаторная терапія. З огляду на вирішальну роль у розвитку ССЗВ масивного викиду медіаторів запалення (цитокинів) у судинне русло, застосування антимедіаторної терапії є раціональним. *Дані методи перебувають на етапі клінічних розробок,* хоча деякі рекомендовані для клінічного застосування: антіоксиданти (вітамін Е, N-ацетілцистеїн, глутатіон), кортикостероїди (дексаметазон), лізофілін, інгібітори фосфодіестерази (амрінон, мілрінон, пентоксифілін) і аденозіндезамінази (діпірідамол), аденозін й альфаадреноблокатори.

В літературних джерелах останніх років надається інформація про Дротрекогін альфа (Drotrecogin alfa) - рекомбінантний людський активований протеїн С. Це новий препарат у лікуванні пацієнтів тільки з важким сепсисом, поліорганною недостатністю. Активований протеїн С - це ендогенний протеїн, що підтримує фібріноліз, пригнічує тромбоз, а також має протизапальні властивості. Стандарт лікування, який використовується у Великобританії з 2004 р. – це дротрекогін альфа 24 мкг/кг маси тіла протягом 96 годин.

10. Хірургічне лікування з вилученням вогнища інфекції.

Показаннями до лапаротомії й екстирпації матки з матковими трубами є:

- відсутність ефекту від проведення інтенсивної терапії (24 години);

- ендоміометрит, який не піддається консервативному лікуванню (24-48 годин);
- маткова кровотеча;
- гнійні утворення у ділянці придатків матки;
- виявлення при ультразвуковому дослідженні наявності залишків плаценти.

11. Екстракорпоральне очищення крові (детоксикація) є перспективним направленням в корекції порушень гомеостазу у важких хворих. З цією метою застосовують: гемодіаліз, ультрафільтрацію, гемофільтрацію, гемодіафільтрацію, плазмаферез.

Особливості клініки, діагностики й лікування акушерського перитоніту

Перитоніт в акушерській практиці розвивається частіше після кесарського розтину. Залежно від шляху інфікування очеревини виділяють кілька форм захворювання. Ранній перитоніт виникає на 1-3 добу після операції. Він, як правило, обумовлений інфікуванням під час операції, що проводилася на тлі хоріонамніоніту.

Перитоніт, пов'язаний з парезом кишечнику, розвивається на 3-5 добу після операції. Він пов'язаний з порушенням бар'єрної функції кишечнику внаслідок його динамічної непрохідності, з перерозтягненням тонкого кишечнику за рахунок рідкого вмісту й газів.

Перитоніт внаслідок неповноцінності рани на матці частіше розвивається на 4-9 добу після операції. Таке розподілення на клінічні форми досить умовно, однак істотно впливає на вибір лікувальної тактики

Клінічні ознаки перитоніту містять у собі гіпертермію, здуття живота й парез кишечнику (відсутність перистальтики), скупчення рідкого вмісту в шлунку, задишку, тахікардію, блювоту, інтоксикацію, що наростає, ознаки подразнення очеревини. Терапевтичні заходи дають тимчасовий ефект, через 3-4 години знову підсилюється парез кишечнику й інші ознаки перитоніту.

УЗ-ознаки перитоніту: роздуті, заповнені гіперехогенним вмістом петлі кишечнику, виражена гіперехогеність кишкової стінки, наявність вільної рідини в черевній порожнині між петлями кишечнику, у латеральних каналах і просторі позаду матки. Про неповноцінність швів на матці свідчать нерівномірна товщина стінки матки в проекції шва, наявність у цій ділянці "ніші" й "рідинних структур".

При **лікуванні** раннього перитоніту виправдана інтенсивна консервативна терапія протягом 8 -12 годин (див. лікування сепсису). Необхідно забезпечити відтік з матки, стимулювати функцію кишечнику. При відсутності ефекту від консервативної терапії протягом зазначеного часу показана лапаротомія з ревізією органів черевної порожнини, екстирпація матки із матковими трубами. За останні півтора десятка років були запропоновані нові підходи й методики хірургічного лікування абдомінального сепсису, і зокрема гнійного перитоніту. До них належать: закритий метод (пасивне й активне дренування, перитонеальний діаліз, релапаротомія "на вимогу"(при наявності показань)), напіввідкритий (етапні ревізії й санації "за програмою", санація в міжоперативний період, тимчасове закриття лапаротомної рани), відкритий (лапаростомія).

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 блідого до насичено-ціанотичного, переважає дифузний ціаноз всієї кінцівки.

Діагностика базується на клінічних даних, лабораторних аналізах:

- оцінка ступеня емболонебезпечності – визначення рівня D-діамера в плазмі (D-dimer-test);
- тромбоеластограма, коагулограма;
- визначення кількості фібрин-мономера в сироватці крові (FM-тест, monotest-FM);
- визначення продуктів деградації фібрину і фібриногену в плазмі (FDP PLASMA)

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 ендотелій судин 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, здуття 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 тромботических ускладнень у післяпологовому періоді поряд з антибіотиками й дезінтоксикацією повинне включати:

а) ліжковий режим з розміщенням нижньої кінцівки на шині Беллера до моменту зникнення вираженого набряку або призначення антикоагулянтної терапії;

- локальна гіпотермія по ходу проекції тромбованого судинного пучка;
- еластична компресія із застосуванням еластичних бинтів;

- корекція характеру акта дефекації із застосуванням проносних засобів (попередження натужування);

б) медикаментозна терапія:

- антикоагулянти у гострому періоді захворювання. Прямі антикоагулянти – гепарин, низькомолекулярні гепарини – фраксипарин, пентоксан, клексан, фрагмін та ін. з переходом на непрямі антикоагулянти;

- непрямі антикоагулянти призначають за 2 дні до скасування прямих антикоагулянтів на строк до 3-6 місяців;

- гемореологічні активні засоби – пентоксифілін, реополіглюкін, з наступним переходом на антитромбоцитарну терапію – аспірин, плавікс терміном до 1 року;

- засоби, що поліпшують флебогемодинаміку – флебодія, детралекс, ескузан протягом 4-6 тижнів;

- системна ензимотерапія – вобензим, флобензим, біозин.

в) місцеве лікування, яке проводиться з 1-ї доби захворювання:

- локальна гіпотермія;

- застосування мазей на основі гепарину – гепаринова, троксовазінова, 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 крововтратаю 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 антибіотикопрофілактику за показаннями.

VI. Основні етапи заняття

А. *Підготовчий* – науково – методичне обґрунтування теми, контроль базових та основних знань за темою заняття шляхом опитування за контрольними запитаннями.

Б. *Основний* – самостійна робота студентів під контролем викладача у післяпологовому відділенні і в обсервації. Збирання анамнезу у породіль, оцінювання факторів ризику післяпологової інфекції, аналіз результатів лабораторного і інших методів дослідження, встановлення діагнозу, складання плану додаткового дослідження, диференціальна діагностика. Студенти складають план лікування у дослідженої породіллі, виписують рецепти на ліки, що застосовують при лікуванні післяпологових інфекційних захворювань. При відсутності тематичних породіль студенти проводять аналіз історій пологів з септичними ускладненнями. Складають план профілактики післяпологових інфекційних ускладнень.

В. *Заключний* – контроль остаточного рівня знань за допомогою ситуаційних задач, оцінка знань, підсумки, завдання додому.

VII. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття : післяпологове та обсерваційне відділення, навчальна кімната.

Обладнання: таблиці, фантоми, слайди, історії пологів з відповідною патологією, лабораторні аналізи, контрольні запитання і задачі.

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань:

1. Яке визначення поняття «післяпологова інфекція»?
2. Яке визначення поняття «інфекції, пов'язані із наданням медичної допомоги»?
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 клініка 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 клініка 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 профілактику післяпологових інфекційних захворювань?

Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття:

1. Зібрати анамнез у породіллі.
2. Оцінити фактори ризику, які можуть привести до післяпологових інфекційних ускладнень.
3. Оцінити результати лабораторних методів дослідження і скласти план додаткового обстеження.
4. Скласти план обстеження при підозрі на післяпологовий ендометрит.
5. Скласти план лікування породіллі з діагнозом: ендометрит.
6. Скласти план лікування породіллі з діагнозом: мастит.
7. Скласти план лікування породіллі з діагнозом: тромбофлебіт.
8. Скласти план лікування породіллі з діагнозом: післяпологовий перитоніт.
9. Скласти план обстеження при підозрі на післяпологовий перитоніт.
10. Складати план лікування породіллі з діагнозом: післяпологовий сепсис.
11. Скласти план лікування породіллі з діагнозом: септичний шок.
12. Скласти план лікування конкретної хворої
13. Скласти типову ситуаційну задачу на любе післяпологове інфекційне ускладнення.

Ситуаційні задачі «Післяпологові септичні захворювання»

1. Породілля 24 років, 4-та доба післяпологового періоду, пологи ускладнені передчасним розривом плодових оболонок (тривалість безводного проміжку 25 годин), маса плода -4100. У зв'язку із загрозою розриву промежини виконано епізіотомію. Жінка скаржиться на біль в області епізіотомної рани, нездужання, підвищення температури тіла до 37,8°С. Живіт м'який, симптомів подразнення очеревини немає. Тіло матки щільне, безболісне, дно розташоване на 1 п/п вище лона. Шов на промежині набряклий, гіперемований. Рана вкрита брудно-сірим напливом.
Який діагноз та тактика лікування?

2. Породілля скаржиться на загальну слабкість, раптове підвищення температури тіла до 38,9°°С., озноб, головний біль. III доба післяпологового періоду після патологічних пологів (ручна ревізія стінок порожнини матки у зв'язку із дефектом плацентарної тканини). При огляді – живіт м'який, симптомів подразнення очеревини немає. Тіло матки розм'якшене, чутливе при пальпації, дно матки – на 2 п\п нижче пупка. Лохії кров'янисті, із домішкою гною. Які методи діагностики слід застосувати для уточнення діагнозу? Які принципи лікування?

3. Породілля на X добу післяпологового періоду звернулась до хірурга поліклініки із скаргами на субфебрильну температуру, біль з правій гомілці. Протягом останніх років страждає на варикозне розширення вен нижніх кінцівок. При огляді – на медіальній поверхні правої гомілки визначається розширена, болісна вена, шкіра над нею гіперемована.
Який діагноз та тактика лікування?

4. Породілля, що знаходиться у фізіологічному післяпологовому відділенні, на III добу післяпологового періоду поскаржилась на підвищення температури тіла до 38°С, біль в області епізіотомного шва. При огляді – рана на промежині інфільтрована, гіперемована. Який діагноз. У якому відділенні слід проводити лікування породіллі?

5. У породіллі 45 років, після III пологів, на X день післяпологового періоду з'явились скарги на підвищення температури тіла, набряк та біль в лівій гомілці. При огляді – ліва гомілка набрякла, більша в окружності за праву, шкіра бліда, блискуча. Який діагноз та принципи лікування?

Тестові задачі для контролю кінцевого рівня знань
Тема «Післяпологові септичні захворювання»
1. Породілля на IV добу післяпологового періоду скаржиться на озноб, підвищення температури тіла до 38,5°С, біль в правій молочній залозі. При пальпації молочної залози визначається інфільтрат, розташований в латеральних відділах. Який діагноз?
А. Хронічний мастит.
В. Лактозний мастит.

C. Гнійний мастит.
D.Серозний мастит.

2. Пологи на 39 тижні великим плодом ускладнились гіпотонічною кровотечею, у зв'язку із чим виконано ручну ревізію стінок порожнини матки. В післяпологовому періоді виникло ускладнення - інфікування рани на промежині. Застосовувались місцеві методи лікування. На Х добу з'явилась гіпертермія, біль в нижніх відділах живота, гнійні лохії. Які акушерські чинники не сприяли розвитку даних ускладнень?
A.Термін вагітності.
B. Великий плід.
C. Гіпотонічна кровотеча.
D.Ручна ревізія стінок порожнини матки.

3. У породіллі на VII добу післяпологового періоду виникли скарги на нездужання, підвищення температури тіла до 37,5°С, виділення із статевих шляхів із неприємним запахом. При огляді – живіт м'який, симптомів подразнення очеревини немає, матка м'яка, чутлива при пальпації, особливо в бічних відділах, дно на 2п\п нижче пупка. Який діагноз є найбільш ймовірним?
A.Ендометрит.
B. Ендоміометрит.
C. Перитоніт.
D.Параметрит.

4. Післяпологовий період, III доба, після оперативного розродження шляхом кесарського розтину. Загальний стан тяжкий, породілля непритомна, на шкірі – скарлатинозний висип. Язик сухий, біля кореня- білий наліт. Живіт здутий, болісний при пальпації. Температура гектична, тахікардія, в крові лейкоцитоз понад 12х109/л. Який препарат не слід застосовувати для лікування хворої?
A.Похідні гідроксиетилкрохмалю.
B. Допамін.
C. 5% розчин альбуміну.
D.Глюкокортикоїди.

5. Породілля, III доба післяпологового періоду, скаржиться на раптове підвищення температури тіла до 38,5°С, що супроводжується ознобом, болем в нижніх відділах живота. При пальпації живота симптомів подразнення очеревини немає, тіло матки м'яке, чутливе при пальпації, лохії кров'янисто-гнійні, з неприємним запахом. Який попередній діагноз?
A.Ендометрит.
B. Ендоміометрит.
C. Параметрит.
D.Тромбофлебіт вен малого тазу.

Матеріали методичного забезпечення самостійної роботи студентів.

Література.
Навчальна.
Основна:
1 Методичні вказівки для викладачів щодо організації навчального процесу з гінекології на медичному факультеті - Венцківський Б.М. 2010
2 Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.)// Книга І Акушерство.-К.: Медицина, 2011.- 422 с.; Книга ІІ
3 Гінекологія. - К.Медицина,2011.- 375 с.
4 Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013 Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б.