



## ҚазҰМУ №1 Акушерия және гинекология кафедрасы

Акушериядағы іріңді –септикалық  
асқынудың өзекті мәселелері.

# Дәрістің жоспары

- Босанғаннан кейінгі септикалық аурудың өзектілігі (БКСА)
- БКСА этиологиясы және патогенезі
- БКСА дамуын жоғарылататын қауіп факторлары
- БКСА қазіргі кезеңдегі ағым ерекшелігі
- БКСА С.В.Сазонов-Бартельс бойынша классификациясы
- БКСА клиникалық түрлері

# Өзектілігі

- БКСА 4-6% жаағдайда дамиды
- ҚР ана өлімінде БКСА 5 орынды алады, 2012 ж. үлес салмағы 1,9 % құрады.
- БКСА кесар тілігі операциясынан кейін жиі кездеседі.
- БКСА жүктілердің індеттелуімен және нәрестенің құрсақішілік инфекциясымен байланыстырылады.

# Босанғаннан кейінгі инфекция -

- жаралы инфекция, әйел организмнің физиологиялық және анатомиялық ерекшелігі, оның жыныс жүйесі, жүктілік және босануға байланысты реактивтілік және қарсы тұрудың өзгеруі.
- әйелде босанғаннан кейінгі кезеңде анықталған ауру (бала жолдасы туылғаннан 6-шы аптаның соңына дейін )

# БКСА патогенетикалық қатынасы

- микро- и макроорганизмның өзара әрекеттесуі нәтижесінде шақырылатын және дамитын динамикалық үрдіс.
- макроорганизмнің реактивтілігі шешуші роль атқарады.

# БКСА дамуын жоғарылататын қауіп факторлары:

:

- асқынған акушерлі- гинекологиялық анамнез (жиі түсіктер, қабыну аурулары және т.б.);
- созымалы инфекция ошақтары (соз. пиелонефрит, соз. тонзиллит және т.б.);
- асқынған жүктілік ағымы;
- асқынған босану ағымы;
- интеркуррентті ауру (тұмау, баспа және т. б.).

## Босанғаннан кейінгі кезеңде іріңді-септикалық үрдістің дамуына қолайлы жағдай туындайды:

- босану кезінде сызат, тыртық, босану каналы жұмсақ тіндерінің жыртылуы яғни микробтардың енуіне қақпа пайда болады;
- босану кезіндегі асқынулар: ұзақ сусыз кезең, ұзаққа созылған босану, оперативті араласулармен асқынған босану, босану кезінде қан кету, жатыр қуысына қолды енгізу;
- босанғаннан кейінгі кезеңде иммунологиялық реактивтіліктің төмендеуі;
- асептика және антисептиканы дұрыс қолданбау.

Босанғаннан кейінгі  
іріңді-септикалық аурудың негізгі  
қоздырғыштары

- Анаэробтар
- Энтерококктар
- Стрептококктар
- Стафилококктар
- Микст-инфекция немесе *аралас инфекция*



# Ену жолдары:

## ■ Экзогенді инфекция:

- ✉ Аэрогенді жол
- ✉ Жүктілік және босану кезінде дәрігерлік тексерулер және манипуляциялар.

## ■ Эндогенді инфекция:

- ✉ Жыныс трактының төмен орналасқан бөлігінің жоғарылаушы жолымен
- ✉ Микроб ошақтарынан метастатикалық жолмен

# БКСА қазіргі кезеңдегі ағым ерекшелігі

- Қазіргі таңда босану стационарында *эндогенді инфекция анықталған және контактты жолмен беріледі.*
- Ауа-тамшылы жолмен берілетін инфекцияның көзі шартты-патогенді флораның тасымалдаушылары, жиі стафилококктың госпитальды штаммдары.
- Асқынған босану нәтижесінде шартты түрде иммунитеттің төмендеуімен байланысты ауру эндогенді инфекциядан дамиды.

# С.В.Сазонов-Бартельс бойынша классификациясы

**I этап:** инфекция жыныс жолының (босану жолы) ішкі беткейінде шектелген және босану каналына жайылмайды (жатыр, қынап):

- аралықтың, қынаптың, жатыр мойнының босанғаннан кейінгі ойық жарасы
- босанғаннан кейінгі эндометрит

# С.В.Сазонов-Бартельс бойынша классификациясы

II этап: инфекция босану каналына  
жайылған, бірақ кіші жамбастан  
шықпайды :

- эндомиометрит
- сальпингит, сальпингоофорит
- параметрит
- Кіші жамбас көктамырының  
тромбофлебит
- пельвиоперитонит

# С.В.Сазонов-Бартельс бойынша классификациясы

III этап: инфекция кіші жамбасқа  
жайылған және құрсаққа өтеді:

- перитонит
- үдеуші тромбофлебит
- септикалық шок

# С.В.Сазонов-Бартельс бойынша классификациясы

IV этап: септикалық инфекцияның  
генерализациялық түрі:

- сепсис метастазсыз (септицемия)
- сепсис метастазбен (септикопиемия)

# I этап

## Босанғаннан кейінгі ойық жара (*ulcus puerperale*)

Клиникасы:

- ✚ жалпы интоксикация симптомдары: дене температурасының жоғарылауы, пульстің жиілеуі
- ✚ жергілікті симптомдар: аралық және қынап аймағындағы ауру сезімі.

*Status localis:* зақымданған өлке кір-сұр жабындымен жабылған, айнала тіндері гиперемияланған, ісінген.

# I этап

## Босанғаннан кейінгі ойық жараның емі:

- ❏ Қабыну инфильтраты болса жараны тіліп ашып, оның еркін бөлініп шығуына жағдай жасау керек
- ❏ Іріңдеген жағдайда дренирлеу және антисептиктермен жуу
- ❏ Ірің жиналғанда және тін некрозы кезінде—некрозға ұшыраған аймақтарды тіліп алып тастау.
- ❏ Интоксикация кезінде антибактериальды және инфузионды терапия



# I этап

## Босанғаннан кейінгі эндометрит (endometritis)

- воспаление слизистой оболочки матки

### ■ Жеңіл түрі:

- 📌 Салыстырмалы түрде кеш басталады (босанғаннан кейін 5-12 тәулікте)
- 📌 дене температурасының  $38-38,5^{\circ}\text{C}$  жоғарылауы
- 📌 өз жағдайын қалыпты сезінеді
- 📌 Жатыр аздап ұлғайған, лохиялар ұзақ уақытқа дейін қанды болып қала береді
- 📌 ЖҚА: ЭТЖ жоғарылауы (30-35 мм/сағ), лейкоцитоз  $9-12 \cdot 10^9 / \text{л}$ , лейкоцитарлы формуланың аздап солға жылжуы.

# I этап

## Босанғаннан кейінгі эндометрит

### ■ Ауыр түрі:

- 📌 Босанғаннан кейін 2-3 тәулікте басталады
- 📌 дене температурасы 38-39°C дейін жоғарылайды
- 📌 Жатыр ауру сезімді, лохиялар іріңді жағымсыз иіспен
- 📌 өзін нашар сезінеді: тахикардия, қалтырау, әлсіздік, бас ауруы
- 📌 ЖҚА: гемоглобин деңгейінің төмендеуі, ЭТЖ жоғарылауы (50-60 мм/сағ), лейкоцитоз  $12 \cdot 10^9 / \text{л}$  жоғары, лейкоцитарлы формуланың айқын солға жылжуы.

## БКСА ІІ этап :

- Эндомиометрит (endometriitis) – эндометрийдің және миометрийдің терең қабатының қабынуы.
- Сальпингит (salpingit) – жатыр түтігінің қабынуы.
- Сальпингоофорит немесе аднексит (salpingoophoritis, adnexitis) – аналық без және түтіктің немесе жатыр қосалқыларының босанғаннан кейінгі қабынуы.

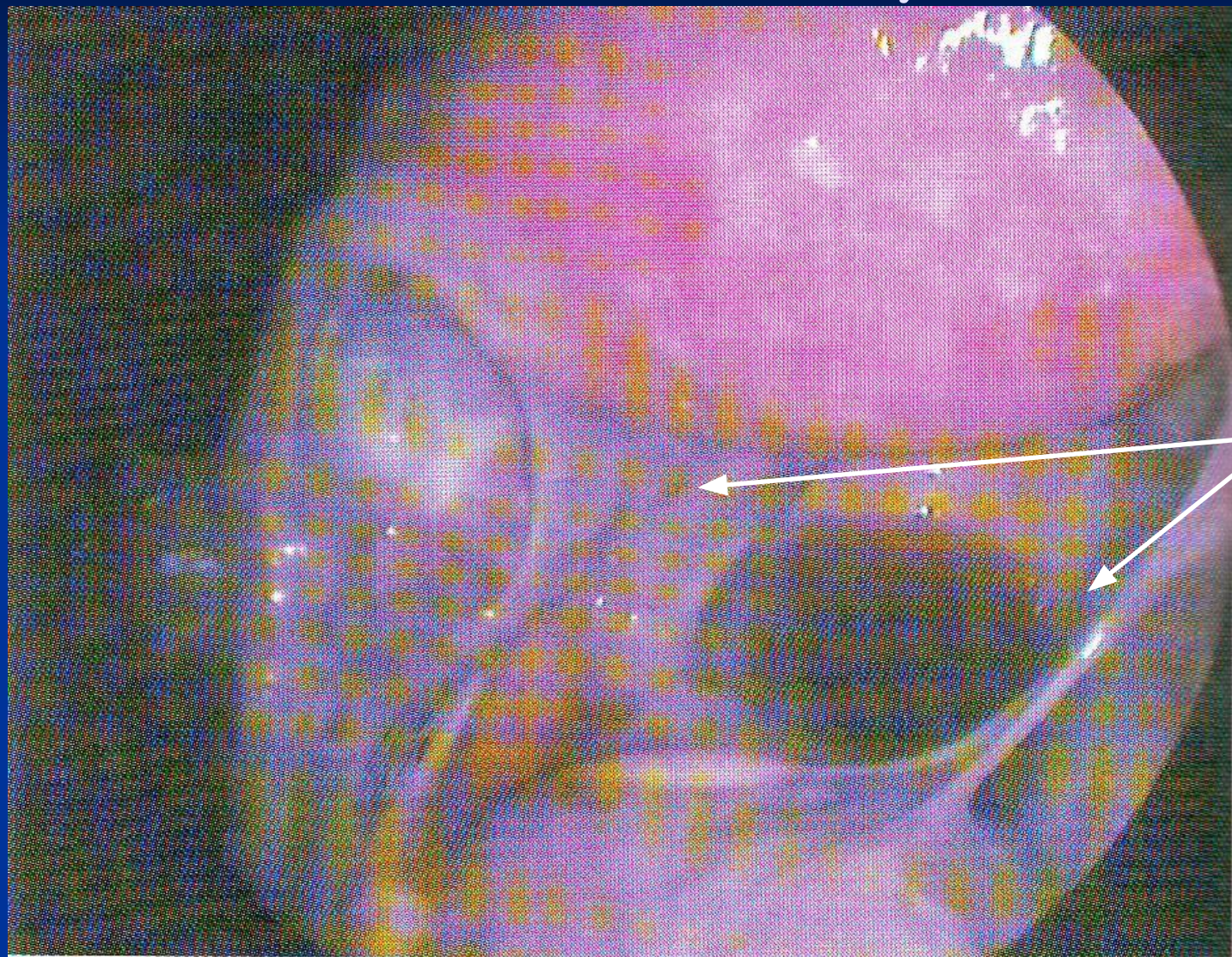
## БКСА ІІ этап :

- **Параметрит (parametritis)** – Жатыр маңы тінінің қабынуы. Инфекция жыртылған жатыр мойны және қынап тіні арқылы енеді.
- **Кіші жамбас көктамырының тромбофлебиті (trombophlebitis perirealis)** – көктамыр өзегін жабатын, нәтижесінде қанайналымның бұзылысына алып келетін, тромбтың пайда болуымен жүретін көктамыр қабырғасының қабынуы.

## БКСА ІІ этап :

- **Пельвиоперитонит (pelveoperitonitis)** – кіші жамбас ішпердесінің қабынуы.  
Босанғаннан кейінгі пельвиоперитонит септикалық немесе гонорейалық инфекциямен шақырылады.

Пельвиоперитониттен кейінгі кіші жамбас ағзаларының көрінісі— жабысқақ үрдістер және жатыр түтігі өткізгіштігінің болмауы



Жабыс-  
қақтар

## БКСА II этап :

### Берілу жолдары:

- Қантамырлы (тромбофлебит, метротромбофлебит);
- лимфогенді (параметрит);
- каналікулярлы (сальпингит, сальпингоофарит, пельвиоперитонит).

## II этап

# БКСА емдеу принциптері

- Антибактериальды терапия
- Инфузионды-трансфузионды терапия
- Иммунотерапия
- Десенсибилизациялық терапия
- Жалпы әлдендіруші терапия



# БКСА ІІІ этап

## Акушерлік перитонит

- Жиілігі 4,6 – 7%,
- Летальды жағдай 20 – 35%.
- Қоздырғыштары:
  - ішек таяқшалары
  - көкірің таяқшалары
  - вульгарлы протей
  - стафилококк және т.б.

# БКСА ІІІ этап

## Акушерлік перитонитте инфекция көзі:

- босану кезінде хориоамнионит
- босанғаннан кейінгі эндометрит
- КТ кейінгі тігістің ажырауы

## БКСА ІІІ этап

Кесар тілігінен кейінгі құрсақ инфицирленуінің мүмкін болатын механизмдері:

1. Кесар тілігі кезінде құрсақтың инфицирленуі (инфекция көзі – жатыр сұйықтығы: хорионамнионит) – «ерте» перитонит (30%);
2. Кесар тілігінен кейінгі ішек қабырғасының токсин және бактериялар үшін өткізгіштігінің жоғарылауы (парез нәтижесінде) (15%);
3. Жатыр тігісінің ажырауы (55%)

В.Н.Серов, 1984 г.

# БКСА ІІІ этап

Акушерлік перитонит *клиникалық ағымына* қарай келесі фазаларды ажыратады:

- РЕАКТИВТІ
- ТОКСИКАЛЫҚ
- ТЕРМИНАЛЬДЫ

# БКСА ІІІ этап

РЕАКТИВТІ ФАЗА сипатталады:

- дене температурасының  $38^{\circ}\text{C}$  жоғарылауы;
- периодты түрде қалтырау;
- тахикардия (120-130 соққы);
- ішек парезі;
- құрсақ қуысында сұйықтық анықталады;
- ішперде тітіркендіру синдромының әлсіз оң болуы.

Бұл фаза **48-72** сағатқа созылады.

# БКСА ІІІ этап

ТОКСИКАЛЬҚ ФАЗА интоксикацияның күшеюімен сипатталады:

- әлсіз жиі пульс (140-150 соққы);
- АҚЖ төмендеген;
- септикалық шок дамуы мүмкін;
- ішектің айқын парезі;
- жүрек айну, құсу;
- еңтігудің күшеюі;
- қысқа уақытты қозу, сосын адинамия, бірден кідіру;
- олиго-анурия.

Қысқа уақытқа жалғасады, бір тәуліктен аз (6-12 сағат).

## III этап ПСЗ

### ТЕРМИНАЛЬДЫ ФАЗА :

- айқындала түскен адинамия;
- тежелу;
- ішектің толық парезі;
- полиорганды жетіспеушілік, әсіресе жүрек-қантамыр, тынысалу, бүйрек және бүйрекүстілік жетіспеушілік.

# Кесар тілігінен кейінгі перитониттің клиникасы және емі

	<b>«Ерте» перитонит</b>	<b>Ішек парезі фонында</b>	<b>Жатырдағы тігістің ажырауы</b>
<b>Даму уақыты</b>	<b>1 - 2 тәул</b>	<b>3 - 4 тәул</b>	<b>4 - 9 тәул</b>
<b>Клиникалық симптомдары</b>	<b>интоксикация</b>	<b>ішек парезі</b>	<b>жергілікті симптоматика</b>
<b>Консервативті терапияны ағымы</b>	<b>12 - 24 сағат</b>	<b>3 - 4 сағат</b>	<b>-</b>
<b>Жүргізілген консервативті терапиядан эффект болмаған жағдайда оперативті ем</b>	<b>Жатыр түтігімен экстирпация, қынап және алдыңғы құрсақ қабырғасы арқылы құрсақ қуысын дренирлеу</b>		



# Кесар тілігінен кейін дамыған перитонитке кешенді консервативті терапия

**Мақсаты:** патофизиологиялық бұзылысқа  
компенсация және инфекция және  
интоксикациямен күрес

- Антибактериальды терапия бір мезетте 2-3 препаратпен;
- Инфузионды-трансфузионды терапия;
- Иммунотерапия;
- Десенсибилизациялық;
- Жалпы әлдендіруші

# БКСА ІІІ этап

## СЕПТИКАЛЫҚ ШОҚ

- Науқастың жағдайы ауыр, естің тежелуі, адинамия;
- Жылдам дамидын гипертермия, дене температурасы  $39-40^{\circ}\text{C}$  дейін көтеріледі, айқын тахикардиямен (140-150 соққы) – жылы фаза;
- Қантамыр тонусының бірден төмендеуі– айқын гипотония;
- Полиорганды жетіспеушілік, ми қанайналымының бұзылысы, ЖБЖ, жүрек-қантамыр және тынысалу жетіспеушілігі;
- АҚҚ одан ары төмендей түседі, салқын жабысқақ тер, петехиальды қан құйылулар, олиго-анурия, бозғылт тері жабындысы (салқын фаза).

**БКСА IV этап -  
септикалық инфекцияның  
генерализациялық түрі:**

- Септицемия
- Септикопиемия

# **Септицемия-** қан ағысында және бүкіл организмде бактерия және оның токсиндерінің болуы

- науқастың жағдайы ауыр
- терідегі полиморфты бөртпелер
- жоғары температура
- тахикардия 120-140 соққы минутына
- бауыр және көкбауырдың ұлғаюы
- лейкоцитоз формуланың солға жылжуы
- қаннан қоздырғыштарды анықтауға болады.

# **Септикопиемия – ағзаларда және тіндерде іріңді ошақтардың түзілуімен жүреді**

- **Аурудың ағымы баяу**
- **инфекция тромбофлебит және көптеген ұсақ септикалық ошақ түрінде локализацияланады (өкпеде, бүйректе, бауырда, көкбауырда)**
- **септикалық васкулиттер және эндокардиттер шақырылады**
- **қаннан қоздырғыштарды анықтауға болады.**

# Септикалық инфекцияның генерализациялық түрінің емі

- Лапаротомия, жатыр түтігімен экстирпациясы
  - Антибактериальды терапия бір мезетте 2-3 препаратпен;
  - Инфузионды-трансфузионды терапия;
  - Иммунотерапия;
  - Десенсибилизациялық терапия;
  - Жалпы әлдендіруші терапия
- Септикопиемия кезінде –пиемиялық  
ошақтардың санациясы

# Босанғаннан кейінгі мастит- сүт бездерінің қабынуы

- Сүт бездеріне инфекцияның негізгі ену жолдары лимфогенді, галактогенді және гематогенді.
- Босанғаннан кейінгі маститтің негізгі қоздырғыштары патогенді стафилококк, және олардың басқа бактериялармен ассоциациясы.

# МАСТИТТИҢ КЛАССИФИКАЦИЯСЫ:

1. СЕРОЗДЫ

2. ИНФИЛЬТРАТИВТІ

3. ІРІҢДІ

А) Инфилтративті-іріңді

Б) Абсцессті

В) Флегмонозды

Г) Гангренозды.



# Босанғаннан кейінгі маститтің

## КЛИНИКАСЫ

- 2-6 тәулікте басталады;
- дене температурасы 38-39 С° дейін жоғарылайды, интоксикация симптомдары
- дөрекілену, сүт бездерінің ауру сезімділігі.
- қарап тексергенде сүт бездерінің көлемі ұлғайған, зақымданған аймақтағы тері гиперемияланған, пальпация кезінде ауру сезімді, тығыздалу ошақтары анықталады.
- инфилтративті түрінде сүт безі пальпациясында тығыз қозғалысы шектелген инфилтрат және регионарлы лимфа түйіндерінің ұлғаюы анықталады.
- инфилтративті мастит 5-10 күннен кейін іріңді түріне айналуы мүмкін. Жағдайы нашарлайды, қалтырау, айқын интоксикация.

# Босанғаннан кейінгі маститтің емі

- Емшекпен емізудің дұрыс тәртібі, сүтті сауып тастау;
- антибактериальды терапия;
- дезинтоксикациялық терапия;
- десенсибилизациялық;
- иммунды- және биостимуляторлар;
- Физиоєм.
- Іріңді мастит кезінде ем *хирургиялық, лактация басылады.*

# Босанғаннан кейінгі маститтің алдын- алу

- жүктілер және босанғандар арасында санитарлы-ағартушылық жұмыстарын жүргізу
- әйелдер кеңесінде: созылмалы инфекция ошақтарын анықтау және санациялау.
- акушерлік стационарларда - строгое соблюдение требований санитарлы-эпидемияға қарсы тәртіптің талаптарын қатаң сақтау, босануды сенімді түргізу, босану кезінде инвазивті тексеру әдістерінен алшақ болу (вагинальды зерттеу тек көрсеткіш бойынша!).
- емшекпен емізу.

# Тромбофлебиттер

- **Беткей** тромбофлебиттер теріасты көктамырларының варикозды кеңеюінен дамиды.
- **Терең** тромбофлебиттер:

II этап

метротромбофлебит

жамбас қантамырларының  
тромбофлебиттер

III этап – санның терең қантамырларының  
тромбофлебиттері

# Метротромбофлебит

- Метротромбофлебит эндометрит фонында шақырылады.

- Клиникасы:

-  жоғары температура

-  қалтырау

-  тахикардия

-  жатырдың субинволюциясы

-  жатыр қуысынан сұйық қанды бөлінділердің бөлінуі

# Жамбас қантамырларының тромбофлебиттері

## Клиникасы:

- дене температурасының жоғарылауы
- пульстың айқын жиілеуі
- жатыр аймағында ауру сезімі
- құсу (ішпердені тітіркендіруден)
- көктамырлар жатыр бүйірінен тығыз иірілген жіп тәрізді пальпацияланады. («жанбырдан кейінгі құрт тәрізді»), кеш – ауру сезімді инфильтрат түрінде.

# Босанғаннан кейінгі іріңді-септикалық ауруды емдеудің жалпы принциптері:

- антибактериальды терапия: организм сезімталдығын ескере отырып кең спектрлі антибиотиктер;
- дезинтоксикациялық, инфузионды терапия: гиповолемия, гипопропротеинемияны жою үшін, организмнің су-электродит балансын қалпына келтіру үшін;
- полиорганды жетіспеушілікпен күрес;
- коагуляционды, реологиялық бұзылыстарды түзеу;
- иммуноорынбасушы және стимуляциялық терапия;
- антигипоксиялық терапия: оттегі, ГБО, тыныс жетіспеушілігі кезінде ӨЖВ;
- *Инфекция ошақтарын өз уақытында жою.*

# Әдебиеттер

- 1. Акушерство: учебник + СД /под ред. Г.М.Савельевой, В. Г.Бреусенко. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2008.
- 2. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Вып.2. Под ред. В.И.Кулакова. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2008.
- 3. Анализ материнской смертности беременных, рожениц и родильниц / под ред. Т.К.Кудайбергенова, Х.М. Бикташевой.-Алматы, 2013.