

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

- **Рост числа воспалительных осложнений послеродового операции кесарева сечения отражает современную тенденцию увеличения числа стационарных больных с септическими осложнениями, в том числе у лиц молодого возраста, ранее здоровых. Генерализованная инфекция и сепсис остаются одной из ведущих причин летальности больных в стационаре, достигающей 30-90% [Шано В.П. и соавт., 1998].**

- **Источником инфекции, по мнению большинства авторов, является матка (хориоамнионит в родах, послеродовой эндометрит, несостоятельность хирургических швов на матке). Важная роль матки в качестве входных ворот определяется наличием в ней сгустков крови, являющихся питательной средой для микроорганизмов, остатков некротизированной децидуальной ткани, а также локальными изменениями, связанными с травматизацией матки во время хирургического вмешательства (отек, ишемия тканей, наличие микрогематом в области шва, большое количество шовного материала). Кроме того, беременная матка обладает большой поверхностью для резорбции бактериальных и тканевых токсинов: особенности ее кровообращения содействуют массивному поступлению бактериальной флоры и токсинов в кровеносное русло**

- **Этапы распространения инфекции**

- **1 этап – инфекция ограничена областью родовой раны: послеродовой эндометрит, послеродовая язва (на промежности, стенке влагалища, шейке)**

- 2 этап – инфекция распространилась за пределы области раны, но осталась локализованной: эндомиометрит, метротромбофлебит, тромбофлебит вен нижних конечностей, параметрит, пельвеоперитонит**

- 3 этап – генерализованные формы – перитонит, сепсис, тяжелый сепсис, ПОН.**

- **1 ЭТАП**

- **ПОСЛЕРОДОВАЯ ЯЗВА – инфицированные раны промежности, влагалища, шейки матки.**

Характерно образование поверхностного некроза, раневая поверхность покрыта грязно-серым налетом, который с трудом отделяется от подлежащей ткани. Рана легко кровоточит, имеется отечность и воспалительная гиперемия.

Лечение: местная санационная терапия с применением антисептиков, мазей, ультразвука, лазеротерапия.

- **Послеродовой эндометрит – начало заболевания 3-5 сутки послеродового периода, сопровождается повышением температуры до фебрильных цифр, однократный озноб, тахикардией до 110 уд. в мин. Матка увеличена в размерах, мягковатая, болезненная. Лохии обильные, гнойные.**

Неосложненные формы послеродового эндометрита протекают по трем вариантам:

- 1. На фоне субинволюции матки**
- 2. остатков децидуальной ткани**
- 3. гематометры**

- **Диагностика**

- **Оценка тестов лабораторной диагностики**
- **УЗИ**
- **Гистероскопия**

УЗИ

- 1 вариант – не соответствующая дню послеродового периода расширение полости матки за счет жидкостного или сгустков крови, при этом сгустки крови определяются как четкие эхопозитивные образования, различных размеров или свободно лежащие в полости матки.**
- 2 вариант – выявляются структуры различной плотности расцениваются как остатки децидуальной ткани**

- **3 вариант – не находят специфических воспалительных изменений.**
 - **Гистероскопическая картина:**
- 1. Вариант (чистая форма) – полость матки расширена, практически на всем протяжении покрыта налетом фибрина белесоватого цвета с перламутровым оттенком, часто выявляются синехии. При наличии гематометры сгустки крови располагаются в области нижнего маточного сегмента, темно-лилового цвета с паутинообразным наложением фибрина. Сгустки крови достаточно плотно спаяны со стенками матки. Свободный эндометрий визуализируется на ограниченном пространстве.**

- **2 вариант – при остатках децидуальной ткани – эндоскопическая картина пестрая. Децидуальная ткань от кремового до грязно-серого цвета, занимает большую или меньшую площадь эндометрия. На других участках пристеночные сгустки крови с налетом фибрина с перламутровым или тусклым оттенком.**
- **3 вариант – полость практически не расширена, стенки ее покрыты плотным гладким налетом фибрина и густой сливкообразный гной. Визуализация полости матки затруднена из-за большого количества гнойных выделений. На отдельных участках определяется большое количество кровоточащих сосудов с участками кровоизлияний. Этот вариант имеет длительное, затяжное течение.**

- **Лечение:**
- **Инфузионная терапия не менее 1,5-2 л растворов**
 - **Антибиотикотерапия (антибиотики широкого спектра действия) путь введения внутриорганное с помощью электрофореза**
 - **Витаминотерапия**
 - **Имунномоделирующая терапия**
 - **ДПМ (диоксидин, димексид, бетадин) с последующим применением мазевых аппликаций в полость матки (метранидазол, левамиколь)**
 - **Внутриполостной ультразвук с озоном**

• 2 ЭТАП

- **Послеродовой параметрит – воспаление околоматочной клетчатки – чаще возникает при лимфогенном распространении инфекции,**

Чаще после разрывов шейки, кесарева сечения.

Параметрит вначале бывает односторонним, экссудат имеет серозный характер, количество фибрина в нем быстро нарастает, происходит выпадение фибрина, образуется плотный инфильтрат, который может выходить за пределы малого таза или распространиться на позадипузырную клетчатку, принимая форму треугольника с вершиной.

- **начинается с повышения температуры 39, ознобом, болями внизу живота. Матка плохо сокращена, на 9 сутки свободно проходима для 1 п/п, болезненна, особенно по бокам, смещена в противоположную сторону от образования параметральной клетчатки. Выделения незначительные с запахом, примесью гноя.**

- Течение заболевания различно. Инфильтрат постепенно рассасывается, либо имеет место его нагноение.

Тромбофлебиты:

- **Поверхностные**
 - **Глубоких вен (метротромбофлебиты, тромбофлебит вен таза, тромбофлебиты ног: подвздошно-бедренные, бедренные, глубоких вен голени)**
- **Тромбофлебит поверхностных вен ног – чаще в послеродовом периоде с варикозным анамнезом роженицы. Воспаленная вена болезненна, напряжена, кожа над ней гиперемирована. Лечение симптоматическое совместно с сосудистым хирургом.**

- **Метротромбофлебит – осложнение эндомиометрита. В клинике учащение пульса, субинволюция матки, длительные обильные кровотечения. При влагалищном исследовании определяются с боку от матки характерные тяжи.**

- **3 ЭТАП.**

- **Одним из наиболее тяжелых осложнений представляется перитонит, частота которого составляет от 0,2 до 7,0%, летальность при этой форме гнойно-септической заболеваемости остается высокой и достигает 26-35%. По мнению ряда авторов, эндометрит является основной причиной генерализации инфекции и формирования неполноценного рубца на матке.**

- **Исходы эндометрита, возникшего после кесарева сечения, различны. В большинстве случаев при адекватном лечении эндометрит разрешается, однако у 7-10% родильниц гнойный процесс в матке принимает затяжное, торпидное течение, приводит к развитию локального или тотального панметрита, некроза миометрия в области швов на матке с расхождением краев раны.**

Выделяют три фазы развития перитонита: реактивная, токсическая, терминальная.

Реактивная фаза – фаза защиты, характерно образование экссудата, парез кишечника является ведущим клиническим симптомом, тахикардия, которая нередко не соответствует повышению температуры. Продолжительность реактивной фазы около 2-3 суток

- **Токсическая фаза** – характеризуется более выраженными симптомами интоксикации, нарастает одышка, цианоз, наступает возбуждение, затем адинамия, нарастают боли в животе. Нередко присоединяется септический шок. Фаза кратковременна менее суток.
- **Терминальная фаза** – характеризуется изменениями со стороны центральной нервной системы. Развивается почечно-печеночная недостаточность, резчайшие нарушения обменных процессов, нарастает сердечно-легочная недостаточность.

- Среди клинических форм перитонита после кесарева сечения выделяют:
- ранний перитонит;
- перитонит вследствие нарушения барьерной функции кишечника;
- перитонит вследствие несостоятельности швов на матке;
- перитонит после кесарева сечения с последующей надвлагалищной ампутацией матки.

- **Ранний перитонит:**
- **1. Начало заболевания в первые сутки послеоперационного периода.**
- **2. Боли в животе, которые нарастают по мере прогрессирования заболевания.**
- **3. Кожные покровы бледные.**
- **4. Язык сухой, обложен у корня белым налетом.**
- **5. АД снижено, нередко наблюдается коллапс.**
- **6. Температура повышается до фебрильных цифр.**
- **7. Тахикардия до 110-120 уд/мин.**
- **8. Живот вздут, болезненный в зоне послеоперационной раны.**
- **9. Симптомы раздражения брюшины положительные, перистальтика кишечника вялая.**
- **10. Матка увеличена в размерах, резко болезненная при пальпации.**
- **11. Лохии обильные гнойные.**

- **Перитонит вследствие нарушения барьерной функции кишечника**
- **Начало заболевания на 2-3 сутки послеоперационного периода.**
- **2. Боли в животе ноющего характера.**
- **3. Рвота застойным содержимым.**
- **4. Сухость языка выражена не всегда.**
- **5. Температура повышена до 38-39°C.**
- **6. Тахикардия до 120-130 уд/мин.**
- **7. Живот вздут, болезненный во всех отделах, перистальтика кишечника вялая. Стойкий парез кишечника сохраняется, несмотря на проводимую терапию, переходит в паралитическую непроходимость с полным прекращением перистальтики.**
- **8. Симптомы раздражения брюшины слабо выражены, при перкуссии в брюшной полости определяется жидкость.**
- **9. Матка увеличена в размерах, через переднюю брюшную стенку четко не контурируется.**
- **10. Лохии умеренные, мутные**

- **Перитонит вследствие несостоятельности хирургических швов на матке**
- **1. Начало заболевания на 5-9 сутки послеоперационного периода. 2. Боли в животе ноющего характера. 3. Кожные покровы обычной окраски, при наличии анемии отмечается их бледность. 4. Сухость языка выражена не всегда. 5. Температура повышается обычно с третьих суток послеоперационного периода до 38-39⁰С, при нетипичном течении наблюдается субфибрилитет. У некоторых рожениц температура нормальная. 6. Живот увеличен в объеме, болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины выражены слабо, при нетипичном течении – отрицательный. Перистальтика кишечника вялая, после введения тонизирующих средств газы отходят. Однако, несмотря на отхождение газов, живот остается поддутым. 7. При влагалищном исследовании определяется инфильтрация позадипузырной клетчатки. Матка увеличена в размерах, мягковатая, болезненная. 8. Лохии обильные, гнойные или отсутствуют, в некоторых случаях – обильные, кровянистые.**

- **В настоящее время выделяют первичную и вторичную несостоятельность швов на матке. Первичная несостоятельность швов на матке проявляется развитием перитонита, частота, которого, благодаря достижениям современного акушерства, имеет тенденцию к снижению.**
- **Вторичная несостоятельность швов на матке развивается в результате несвоевременной диагностики и неадекватной терапии эндомиометрита после кесарева сечения, нарушения репаративных процессов. Эти осложнения послеоперационного периода, как правило, проявляются после 10-12 суток послеоперационного периода. Течение имеет 3 варианта исхода заболевания.**

- **Первый вариант – разрешение эндомиометрита, вторичное заживление швов на матке. Подобный вариант возможен при наличии «ниши» (по данным УЗИ) шва на матке не более 1-1,5 см (частичное расхождение швов), отсутствии гематомы, абсцесса или инфильтрата в позадипузырной клетчатке, отсутствии погрешностей в ходе кесарева сечения, при раннем начале (не позднее 10-12 суток послеоперационного периода), активно-консервативной тактики (гистероскопия с удалением патологического субстрата и лигатур, активная аспирация полости матки, адекватная инфузионная терапия).**

- **Второй вариант – проведение реконструктивной операции – иссечение некротических тканей в зоне послеоперационной раны с наложением вторичных швов на матку. Условиями, способствующими выполнению органосохраняющей операции автора, являются следующие: отсутствие гнойных очагов в малом тазу и абсцесса позадипузырной клетчатки; величина некроза нижнего сегмента не более 2 см, отсутствие дополнительных швов или дефектов вне линии швов на матке, отсутствие очагов микроабсцедирования в области дна и задней стенки матки, ранняя диагностика и активно-консервативная тактика с эффективным разрешением эндомиометрита.**
- **Третий вариант – радикальная операция.**

- **Перитонит после кесарева сечения с последующей надвлагалищной надвлагалищной ампутацией матки**
- 1. Начало заболевания на 7-9 сутки.
- 2. Жалобы на боли в животе, его вздутие, рвоту застойным содержимым, слабость, ознобы.
- 3. Кожные покровы бледные.
- 4. Температура повышена до 39°C.
- 5. Тахикардия до 120-130 уд/мин.
- 6. Живот вздут, болезненный в послеоперационной раны, в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные. При перкуссии живота определяется свободная жидкость.
- 7. При влагалищном исследовании культи матки увеличена в размерах, размягчена. С обеих сторон от культи шейки определяется инфильтрация клетчатки, у ряда больных достигающая стенок таза. Инфильтрат плотный, болезненный. Выделения из половых путей гнойные, обильные

**Гнойно-септическое осложнение
послеродового
(послеоперационного) периода**



**Адекватная оценка клинических
симптомов, тестов лабораторной
диагностики, бимануального
исследования, УЗИ, гистероскопия**



**Предоперационная подготовка,
применение эфферентных методов**

Удаление гнойного очага инфекции (матки с трубами), дренирование брюшной полости



Восполнение ОЦК



Восстановление гемодинамики



Антибиотики широко спектра действия



Профилактика и лечение ПОН



Профилактика дисбактериоза (микосист – перорально, либо в/в капельно)