

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**  
на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № \_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»  
ІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

|                      |   |
|----------------------|---|
| Навчальна дисципліна | Акушерство і гінекологія  |
| Тема:                | <b>Післяпологові септичні захворювання в акушерстві (І заняття)</b><br>(код курсу 14.1) |
| Курс                 | ІІ  |
| Спеціальність        | Акушерство і гінекологія  |

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

### **I. Актуальність теми**

Післяпологові інфекційні захворювання займають одне із провідних місць серед причин материнської захворюваності і смертності. Своєчасна діагностика та науково обгрунтоване лікування належать до найважливіших проблем акушерства. Близько 80% летальних наслідків поширених форм післяпологової інфекції зумовлені несвоєчасною діагностикою, пізнім хірургічним втручанням, неповним обсягом інтенсивної терапії. Ця тема потребує досконального вивчення лікарями загальної практики як для проведення ефективної профілактики, так і для надання кваліфікованої лікарської допомоги

### **II. Навчальні цілі заняття**

*Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:*

1. Визначення поняття «післяпологова інфекція».
2. Визначення поняття «внутрішньо лікарняна (госпітальна) інфекція?»
3. Класифікацію післяпологових інфекційних захворювань
4. Етіологію і патогенез післяпологових інфекційних захворювань
5. Фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань
6. Клініку, діагностику і лікування післяпологової інфікованої рани.
7. Клініку, діагностику і лікування післяпологового ендометриту.
8. Сучасну класифікацію септичних станів.
9. Основні принципи лікування акушерських тромботичних ускладнень
10. Профілактику післяпологових інфекційних захворювань

*В результаті проведення заняття інтерн повинен уміти:*

1. Оцінювати фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань.
2. Прогнозувати ризик післяпологових інфекційних захворювань.
3. Скласти 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. Базові знання**

1. Фізіологічні та функціональні особливості статевих органів жінок.
2. Фізіологічний післяпологовий період.
3. Крово- та лімфообіг тазових органів жінок.
4. Класифікація та характеристика збудників інфекційних захворювань.
5. Шляхи поширення інфекції.
6. Основи асептики і антисептики

### **III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця**

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження хворих та виконанні лікарських маніпуляцій.

При обстеженні вагітної дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

#### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

| Дисципліни   | Знати   | Вміти   |
|--|---|---|
| <b>I. Попередні дисципліни</b><br>Анатомія людини  | Будову жіночих статевих органів, будову плоду в різні терміни розвитку                      |   |
| Топографічна анатомія  | Пошарова будова передньої черевної стінки   | Виконати лапаротомію на трупі   |
| <b>II. Наступні дисципліни</b><br>Педіатрія  | Будову та розміри доношеного плода.   | Уміти визначити зрілість новонародженого  |
| Сімейна медицина   | Діагностувати післяпологові інфекційні захворювання.  | Провести фізикальне обстеження жінки  |
| <b>III. Внутрішньопредметна інтеграція</b><br>Прогнозувати ризик післяпологових інфекційних захворювань. | Оцінювати показання до хірургічного втручання при післяпологових інфекційних захворюваннях. | Призначати лікування післяпологових інфекційних захворювань, виписувати рецепти |

#### V. Зміст теми семінарського заняття

*Післяпологові інфекційні захворювання* безпосередньо пов'язані з вагітністю і родами, 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*

*Внутрішньолікарняна інфекція* (госпітальна) будь-яке клінічно виражене інфекційне захворювання, яке виникло у пацієнтки протягом перебування в акушерському стаціонарі або протягом 7 діб після виписки з нього, а також у медичного персоналу, яке виникло в наслідок його роботи в акушерському стаціонарі.

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 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.

*Інфекція вважається внутрішньо лікарняною ш умови:*

- 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 III-IV поколінь;
- для неферментуючих бактерій - до цефалоспоринових антибіотиків III-IV поколінь.

### **Класифікація**

У країнах СЛІД протягом багатьох років використовується класифікація С.В.Сазонова- А.В. Бартельса, відповідно до якої різні форми післяпологової інфекції розглядаються як окремі етапи динамічного інфекційного (септичного) процесу, і діляться на обмежені й поширені. Дана класифікація не відповідає сучасним уявленням про патогенез сепсису. Істотно змінилося трактування терміну "сепсис" у зв'язку із введенням нового поняття - "синдром системної - шпальної відповіді".

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°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* (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
- шов промежини після пологів

#### *086.1 Інші інфекції статевих шляхів після пологів*

- цервіцит після пологів
- вагініт після пологів

#### *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 pneumoniae -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%
- невідновлена флора - в 25% випадків.

#### **Патогенез**

Запалення - це нормальна відповідь організму на інфекцію й може бути визначене як локалізована захисна відповідь на uszkodження тканини, головним завданням якого є знищення мікроорганізму-збудника й uszkodжених 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 uszkodження.

У теперішній час запропоновано використовувати таке поняття як "*синдром системної запальної відповіді*" (ССЗВ - 8IK8), і розглядати його як універсальну відповідь імунної системи організму на вплив сильних подразників, у тому числі й інфекцію. При інфекції такими подразниками є токсини (скзо- і ендотоксини) і ферменти (гіалуронідаза, фібринолізин, колагеназа, протеїназа), які виробляються патогенними мікроорганізмами. Одним із самих потужних пускових факторів каскаду реакцій ССЗВ є липополісахарид (ЛПС) мембран грам-негативних бактерій.

В основі ССЗВ лежить утворення надмірно великої кількості біологічно активних речовин цитокинів (інтерлейкіни ІТ й ІІ, 6, фактор некрозу пухлинни ТОРа, лейкогриени, у-інтерферон, ендотеліни, фактор активації тромбоцитів, оксид азоту, кініни, гістамін, тромбоксан Аг 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.8.,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.

#### **Фактори ризику**

Можливими джерелами післяпологової інфекції, 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 хоріоамніониту.
3. Травматизація тканин при ваінальних 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 розгину 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 затіальна 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), тахінное) 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, иммунограма;
- 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°C.

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;
- ірануляції 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 гнійної місцевої інфекції з утворенням вогнищ некрозу тканини й грязно-сірої о 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 (Ркеисіотопах ает^іпоьа) приводить до появи зеленого гною зі специфічним запахом.

Вид збудника також визначає клінічний перебіг ранової інфекції:

- для стафілокової інфекції характерний блискавичний розвиток місцевого процесу з вираженими проявами і нійно-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 проводиться 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 екенрее-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 дренирування із забезпеченням відтоку ексудату;
- застосування місцевих антисептиків;

Фармакологічні методи - це антибіотикопрофілактика й антибіотикотерапія.

*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 антибіотико терапії;
- 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-індукто терапія, 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 - це запалення поверхневого шару ендометрію. Ендоміометрит - це поширення запалення з базального шару ендометрію до міометрію. Панметрит - 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 розвинути в 1-2 добу після операції.

### Діагностика

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), імунограма, 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, детоксикаційну 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, цефалоспорины, 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 двоірозрадного катетеру, через який роблять зрошення стінок матки розчинами антисептиків, антибіотиків. Використовують охолоджені  $+4^{\circ}\text{C}$  0,02% розчин хлорі ексидину, 0,9% ізотонічний розчин хлориду натрію зі швидкістю Юмл/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.

### **Особливості клініки, діагностики й лікування інфекційних гнотобіотичних 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 інфекційних тромбогічних ускладнень**

Діагностика базується на клінічних даних, лабораторних аналізах:

- оцінка ступеня емболонебезпечності - визначення рівня П-діамера в плазмі (П-Фтег-Ie&I);
- тромбеластограма, коаі улограма;
- визначення кількості фібрин-мопомера в сироватці крові (PM-тест, топоіезі-PM);
- визначення продуктів деградації фібрину і фібриногену в плазмі (POP PГAЩA)

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, клекеан, 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, реоіоліглюкін, 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 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 антибіотикопрофілактику за показаннями.

## VI. План та організаційна структура семінарського заняття

| № п/п                | Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст   | Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення         | Розподіл часу |
|----------------------|---|--|---------------|
| 1.<br>2.<br>3.<br>4. | <b>Підготовчий етап</b><br>1. Організаційні заходи.<br>2. Визначення актуальності теми.<br>3. Визначення навчальних цілей.<br>4. Забезпечення позитивної мотивації. | Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття. | 5 хв.         |
| 2.                   | <b>Основний етап</b><br>Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом:<br><br>1. Визначення поняття   | Проблемний семінар.<br>Мультимедійний супровід.          | 75 хв.        |

|  |  |  |               |
|--|--|--|---------------|
|  | <p>«післяпологова інфекція».</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Визначення поняття «внутрішньо лікарняна (госпітальна) інфекція?</li> <li>3. Класифікацію післяпологових інфекційних захворювань</li> <li>4. Етіологію і патогенез післяпологових інфекційних захворювань</li> <li>5. Фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань</li> <li>6. Клініку, діагностику і лікування післяпологової інфікованої рани.</li> <li>7. Клініку, діагностику і лікування післяпологового ендометриту.</li> <li>8. Сучасну класифікацію септичних станів.</li> <li>9. Основні принципи лікування акушерських тромботичних ускладнень</li> <li>10. Профілактику післяпологових інфекційних захворювань</li> </ol> |  |               |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> </ol> | <p><b>Заключний етап</b></p> <p>Підбиття підсумків, загальні висновки</p> <p>Відповіді на можливі запитання.</p> <p>Завдання до наступного семінару.</p>   | <p>Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.</p> | <p>10 хв.</p> |

## VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

*Місце проведення заняття*- навчальна кімната, пологовий блок, післяпологове відділення.

*Оснащення* - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії вагітності, пологів, історії розвитку новонароджених тощо.

### *Рекомендована література (навчальна, наукова)*

1. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
2. 2 .Оперативное акушерство: Руководство для врачей / Н. И. Жилиев, Н. Н. Жилиев. – К.: Гидромакс, 2004. – 468 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
4. Клінічний протокол з акушерської допомоги (Наказ МОЗ України № 977 від 27.12.2011 ).— Київ, 2012.— 16 с.
5. Жилиев Н.И. Оперативное акушерство / Н.И. Жилиев, Н.Н. Жилиев. — Киев: Гидромакс, 2004. — 468 с.

6. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей. - М.: Медицинское информационное агентство, 2014. - 497 с.
7. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
8. Глотов М.А. Шок: патофизиология и принципы лечения // Medicus amicus. – 2003. – №4. – С. 12-13.
9. Дикий О.М. Шок, термінальні стани, припинення кровообігу. – Полтава: АСМІ, 2003. – 288 с.
10. Колесниченко А.П., Грицан Г.В. Особенности этиопатогенеза, диагностики и интенсивной терапии ДВС-синдрома при критических состояниях в акушерско-гинекологической клинике / Методические рекомендации. – Красноярск, 2001. – 29 с.
11. Наказ МОЗ України № 676 від 31. 12. 2004 Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2004. – 185 с.
12. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.

### ***Питання***

1. . Яке визначення поняття «післяпологова інфекція»?
2. Яке визначення поняття «внутрішньо лікарняна (госпітальна) інфекція»?
3. Яка класифікація післяпологових інфекційних захворювань?
4. Яка етіологія 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. Яка сучасна класифікація септичних станів?
12. Яка профілактика післяпологових інфекційних захворювань?

### ***Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття:***

1. Оцінювати фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань у обстежених вагітних і породіль.
2. Прогнозувати ризик післяпологових інфекційних захворювань.
3. Складати 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 породіль або за даними історії пологів.
7. Виписувати рецепти на ліки, що застосовують при лікуванні післяпологових інфекцій.
8. Оцінювати показання до хірургічного втручання при післяпологових інфекційних захворюваннях ( за даними історії пологів).
9. Складати план профілактику післяпологових інфекційних захворювань.

### **Тестові завдання**

1. На п'яту добу після кесарського розтину у породіллі стан середньої тяжкості. Шкіра бліда. Температура тіла 38,0С. Пульс 98/хв, АТ- 90/55 мм рт.ст. Гемоглобін 85 г/л, лейкоцитоз. Парез кишечника, здуття живота. Симптоми подразнення очеревини позитивні. Збільшена болісна матка. Лохії гнійні. Вірогідний діагноз?

- A** \* Перитоніт після кесарського розтину.
- B** Метроендометрит.
- C** Гострий післяпологовий аднексит.
- D** Тромбоз вен малого тазу.
- E** Пельвіоперитоніт

2. При огляді породіллі на 7-му добу післяпологового періоду встановлено: загальний стан середнього ступеня тяжкості, температура тіла 38,20С, Пульс - 110 уд/хв. Живіт безболісний, симптоми подразнення очеревини відсутні. При вагінальному дослідженні: шийка матки сформована, цервікальний канал пропускає 1 поперек пальця, тіло матки збільшене до 12-13 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Виділення гноєподібні. В аналізі крові: лейкоцитів  $12,2 \times 10^9$ /л, паличко ядерних ~ 12%.

Який ймовірний діагноз?

- A.** Післяпологовий ендометрит\*
- B.** Післяпологовий мастит
- C.** Післяпологовий перитоніт
- D.** Субінволюція матки

3. При огляді породіллі на 7-му добу післяпологового періоду встановлено: загальний стан середнього ступеня тяжкості, температура тіла 38,20С, Пульс ПО уд/хв. Живіт безболісний, симптоми подразнення очеревини відсутні. При вагінальному дослідженні: шийка матки сформована, цервікальний канал пропускає 1 поперек пальця, тіло матки збільшене до 12-13 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Виділення гноєподібні. В аналізі крові: лейкоцитів  $12,2 \times 10$  /л, паличкоядерних - 12%. Яке лікування треба призначити?

- A.** Антибіотики\*
- B.** Анальгетики
- C.** Кортикостероїди
- O.** Антикоагулянти

4. Хвора 34 років знаходиться у відділенні гінекології з діагнозом: гострий ендометрит. За останню добу загальний стан погіршився. При огляді гострий психоз, шкіряні покриви бліді, холодні на дотик. Т – 38.5оС. Позитивний симптом білої плями. Пульс 104/хв, м'який. АТ – 85/60 мм.рт.ст. дихання самостійне, ЧД – 20/хв, в диханні приймає участь допоміжна мускулатура. Діурез – 30 мл/годину. Лейкоцити – 20 Г/л, тромбоцити – 100 Г/л. Діагноз?

- A** \*Інфекційно-токсичний шок, гіподінамічна фаза
- B** Гіповолемічний шок
- C** Інфекційно-токсичний шок, гіпердинамічна фаза
- D** Кардіогенний шок

### **Ситуаційні задачі :**

Задача №1

Госпіталізована хвора 30 років, діагноз: вагітність 25-26 тижнів, внутрішньоутробна загибель плоду, метроендометрит. Дихання 30 за 1 хв., пульс - 124 за 1 хв., tO-39°C, артеріальний тиск - 80/60 мм рт.ст., ЦВТ 10 мм вод.ст.; гемоглобін - 90 г/л,

еритроцити -2,7 Т/л, тромбоцити - 120000, лейкоцити - 18,6 Г/л. Важкість стану хворої зумовлена...?

*Інфекційно-токсичним шоком*

**Задача №2**

Жінка 20 років доставлена до приймального відділення многопрофільної лікарні з терміном вагітності 26 тижнів. Добу тому відійшли околоплідні води. 6 годин потому почалася регулярна родова діяльність. В приймальному відділенні народився мертвий мацерований плід. У жінки з'явились гарячка, задишка, акроціаноз.

Пульс=130 ударів за хвилину, слабкий. АТ=80/50 мм рт. ст. Маточної кровотечі немає.

Який найбільш вірогідний діагноз?

*Гострий ендометрит, інфекційно-токсичний шок*

**Задача №3**

Породілля 28 років. Пологи перші, термінові. Завершилися операцією кесарева розтину з приводу слабкості пологової діяльності, дистресу плода. Післяопераційний період 2 доба. З'явилась гикавка, блювота, головний біль. Загальний стан середнього ступеня тяжкості. Шкірні покрови бліді. Губи та язик сухі. Температура 38,5°C; Пульс 120 уд/хв; АТ 110/60 мм рт. ст. Живіт болісний, піддутий. Симптоми подразнення очеревини позитивні. При аускультатії кишок перистальтика відсутня. Який ймовірний діагноз?

*Післяопераційний період 2 доба, післяопераційний перитоніт.*

**Задача № 4**

Породілля 22 років. Третя доба післяпологового періоду. В пологах була проведена епізіотомія через затрозу розриву промежини. З'явились скарги на інтенсивний, пульсуючий біль в ділянці рани. Підвищення температури тіла до 38, 0°C. При огляді епізіотомної рани: гіперемія навколо рани, набряк тканин. При пальпації визначається інфільтрація.

Який найвірогідніший діагноз? Яка лікарська тактика?

*Інфікована рана промежини. Зняти шви, розкрити рану, провести її дренивання, застосовувати місцеві антисептики.*

**Методичну розробку семінарського заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська**

**15.01.2015**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 7 від 16.01.2015 року**

**Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені**  
**„\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_р.**