

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В
ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Дипломная работа

студентки очной формы обучения
специальности 31.02.02 Акушерское дело
4 курса группы 03051527
Халенко Марии Александровны

Научный руководитель
Преподаватель
Медицинского колледжа
Медицинского института
НИУ «БелГУ»
Павленко А.А.

Рецензент Врач акушер-гинеколог
Перинатальный центр
ОГБУЗ Городская больница № 2
Ласкаев С.Ю

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГНОЙНОСЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД	6
1.1. Этиология и патогенез ГСЗ.....	6
1.2. Классификация послеродовых инфекционных заболеваний	8
1.3. Клиническая картина послеродовых ГСЗ	13
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ РОЖЕНИЦ С ГСЗ	23
2.1 Статистика частоты гнойно-септических заболеваний, группы риска рожениц и статистика частых септических заболеваний	23
2.2. Профилактика ГСЗ.....	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	37
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	39
ПРИЛОЖЕНИЯ	41

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Основные разновидности послеродовых гнойно – септических заболеваний, которые могут возникнуть в течение 42 суток с момента проведения собственно самой родовой деятельности представляют собой достаточно большую и серьезную проблему, являясь при этом существенно значимой причиной для материнской заболеваемости и смертности.

Актуальность выявленной проблемы причин возникновения и комплексного анализа различных видов, послеродовых гнойно-септических заболеваний должна быть определена в первую очередь их частотой, тяжестью течения и неблагоприятным исходом для рожениц.

Частота выявленных видов послеродовых гнойно-септических заболеваний должна варьировать в четкой взаимосвязи с отсутствием распространенных критериев осложнений в послеродовом периоде.

Имеющиеся разновидности гнойно – воспалительных заболеваний имеют большое значение в общей структуре материнской заболеваемости и остаются актуальной проблемой развития современного акушерства, хотя в последние годы были достигнуты значительные успехи в борьбе с инфекцией. Частота послеродового эндометрита в общей популяции рожениц при этом продолжает быть достаточно часто встречающейся и по статистике после самопроизвольных родов 3-8%; после кесарева сечения – 10-20%.

Статистика показывает, что имеющаяся общая частота акушерского перитонита после кесарева сечения в родовспомогательных стационарах представлена в общем диапазоне от 0,1 до 1,5%.

При этом большая частота проявления данной патологии должна быть более развитой после оперативного родоразрешения (98%). В структуре материнской летальности от послеродового сепсиса перитонит по настоящее

время продолжает занимать от 37% до 40%, а при септическом шоке ежегодно подвергается регистрации до 200 000 случаев с летальностью – 24 – 83 %.

Особенности проявления метроэндометрита в послеродовой фазе продолжает оставаться одной из значимых причин по общей генерализации инфекции и формирования неполноценного рубца на матке.

Формирование и развитие основных видов гнойных осложнений у акушерских больных (клетчатка, придатки матки, смежные органы), проявляет себя как следствие выявленного прогрессирующего эндомиометрита.

Отрицательную роль при этом играет также создание крупных акушерских стационаров, в которых из-за большого потока рожениц не всегда имеется возможность 100% ранней диагностики заболеваний ГВЗ в послеродовом периоде.

Научная новизна. При достаточно активной концентрации развитого контингента беременных, родильниц и новорожденных «под одной крышей», а также в силу имеющихся физиологических особенностей, которые могут быть подвержены инфицированию, общий риск возникновения инфекционных заболеваний достаточно резко становится более высоким.

Одним из значимо важных моментов, которые содействуют максимальному увеличению различных инфекционных осложнений в акушерской практике, продолжает оставаться вероятность широкого использования всевозможных инвазивных способов диагностик (фетоскопия, амниоцентез, кордоцентез и др.) , а также внедрение в практику оперативных пособий у беременных (наличие хирургической коррекции истмико-цервикальной, которая считается недостаточной при невынашивании беременности), а также увеличение частоты кесарева сечения.

Основные причины достаточно часто неблагоприятным образом могут сказываться на здоровье современных женщин, при этом они часто становятся значимыми причинами для различных малоинвазивных и серьезных по степени вмешательства оперативных вмешательств с удалением органа, причиной

тяжелых поражений многих органов и систем, инвалидизации и нарушений специфических функций молодых женщин.

Таким образом, проблема различных послеродовых гнойно-септических заболеваний продолжает оставаться чрезвычайно актуальной и востребованной. Указанная тема и в настоящее время требует более тщательного теоретического осмысления и практики применения новых методов и тактики лечения и профилактики для снижения общего количества ГВЗ в послеродовом периоде.

Цель дипломной работы – Провести анализ медицинской документации перинатального центра ОГБУЗ «Городская больница № 2» г. Белгорода в период с 2016-2018 гг и 5 месяцев 2019 года с целью выявления частоты возникновения послеродовых септических заболеваний, группы риска в которые могут попасть роженицы и наиболее часто встречающиеся послеродовые ГСЗ.

Задачи проводимого исследования:

- Изучить наиболее значимые формы инфекционного процесса гнойно-септических заболеваний;
- Провести анализ этиологии, патогенеза, а также определить клиническое течение заболеваний ГВЗ в послеродовом периоде;
- Провести анализ профилактической работы, которая направлена на уменьшение количества ГВЗ в послеродовом периоде.

ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГНОЙНОСЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

1.1. Этиология и патогенез ГСЗ

Послеродовые инфекции представляют собой группу заболеваний, которые имеют инфекционную этиологию, активно развиваются в течение 6-ти недель после родов и непосредственно могут быть связанными с ними. Данные разновидности инфекций включают в себя различные локальные раневые инфекции, инфекции органов малого таза, генерализованные септические инфекции [1].

В полной и тщательной диагностике различных послеродовых инфекций на первом месте должно быть их развитие и актуализированная связь с родами, картина периферической крови, данные гинекологического осмотра, УЗИ, бактериологического исследования [7].

Осуществление процесса лечения различных видов послеродовых инфекций включает в себя следующие процедуры и тактики лечебной деятельности: антибиотикотерапию, иммуностимулирующую и инфузионную терапию, санацию первичного очага и др.

Послеродовые инфекции представляют собой различные гнойно-воспалительные заболевания, патогенетически обусловленные беременностью и родовой деятельностью.

Послеродовые инфекции включают в себя разнообразие представленных раневых инфекций (послеродовые язвы, эндометрит), а также инфекции, ограниченные полостью малого таза (метрит, параметрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, метротромбофлебит и др.), разновидности различных инфекций (перитонит, прогрессирующий тромбофлебит) и генерализованные инфекции (септический шок, сепсис) [1].

Возможность возникновения различных септических осложнений имеет большое значение в общей структуре материнской смертности, что ставит их в ряд приоритетных проблем акушерства и гинекологии [8].

Возникновение целого ряда различных послеродовых инфекций обусловлено проникновением микробных агентов через имеющиеся раневые поверхности, которые образовались в результате родовой деятельности.

Входными воротами при этом являются возникающие в ходе родовой деятельности разрывы промежности, влагалища и шейки матки; внутренняя поверхность матки, послеоперационный рубец при кесаревом сечении [1].

В данном случае основные возбудители послеродовых гнойных инфекций могут попасть на раневую поверхность как извне (с медицинского инструментария, рук и одежды, операционного белья, предметов ухода и пр.), так и из различных эндогенных очагов в результате достаточной активации собственной условно-патогенной флоры.

Из целого ряда различных условно-патогенных микроорганизмов преобладающими являются используемые аэробные бактерии (энтерококки, кишечная палочка, стафилококки, стрептококки группы В).

Велика значимость специфических возбудителей - хламидий, микоплазм, грибов, гонококков, трихомонад. Особенностью послеродовых инфекций является их полиэтиологичность: более чем в 80% наблюдений высеваются микробные ассоциации, которые обладают большей патогенностью и устойчивостью к антибиотикотерапии [2].

Риск развития послеродовых инфекций существенно повышен у женщин с патологией беременности (анемия, токсикоз), и родов (раннее отхождение вод, слабая родовая деятельность, пролонгированные роды, кровотечение, задержка частей плаценты и др.), экстрагенитальной патологией (туберкулез, ожирение, сахарный диабет) [1].

Такие осложнения, как послеродовая язва, нагноение швов или гематомы диагностируются на основании визуального осмотра родовых путей.

Заподозрить послеродовые инфекции органов малого таза гинекологу позволяет влагалищное исследование [2]. В таких случаях обычно обнаруживается замедленное сокращение матки, ее болезненность, инфильтраты в малом тазу, мутные зловонные выделения из половых путей.

Дополнительные данные получают при проведении гинекологического УЗИ. В случае подозрения на тромбофлебит показана доплерография органов малого таза, УЗДГ вен нижних конечностей [8].

При послеродовом эндометрите информативна гистероскопия; при гнойном параметрите - пункция заднего свода влагалища. По показаниям применяют лучевые способы диагностики: флебографию, гистерографию, радиоизотопное исследование [4].

Важную роль в планировании терапии и оценке тяжести течения осложнений имеет исследование биохимии крови, КЩС, электролитов крови, коагулограммы.

1.2. Классификация послеродовых инфекционных заболеваний

На основании проведения анализа с помощью использования анатомо-топографического и клинического подхода возможно выделить 4 различных этапа по факту прогрессирования представленных вариантов послеродовой инфекции (авторы - С. В. Сазонова, А. В. Бартельс) [3].

Первый этап – местная инфекция, которая не должна распространиться за область раневой поверхности (послеродовая язва промежности, влагалища и стенки матки, нагноение швов, а также нагноение гематом и так называемый послеродовой эндометрит)

Течение послеродовой язвы шейки матки возможно охарактеризовать представленной местной инфекционно–воспалительной реакцией, а также субфебрилитетом, различными явлениями кольпита и вульвита [6].

Проведение комплексной диагностики и выявления послеродовой язвы шейки матки необходимо основывать на проведении гинекологического осмотра, кольпоскопии, исследовании мазков. Лечение язвы шейки матки носит местный характер и заключается в наложении салфеток с гипертоническим раствором, ферментами, антибактериальными мазями [5].

Эндометрит представляет собой достаточно выраженный воспалительный процесс во внутреннем слизистом слое матки – эндометрии. Часто проявление эндометрита сочетается с воспалением мышечного слоя матки, который называется эндомиометрит.

В норме полость матки, которая выстилается эндометрием, достаточно надежно защищена от проникновения послеродовой гнойной инфекции. Но при определенных условиях инфекционные возбудители легко попадают в матку и вызывают воспалительную реакцию ее внутреннего слоя – эндометрит.

Второй этап представляет собой послеродовую инфекцию, которая выходит за имеющиеся границы раневой поверхности, но при этом она ограничена полостью малого таза.

Метрит является воспалительным процессом в мышечном слое матки (миометрии), который проходит в острой либо хронической форме. Течение метрита сопровождается различными выделениями из половых путей (слизистыми, гнойными, кровянистыми), а также достаточно интенсивными болями внизу живота, маточными кровотечениями и нарушениями менструального цикла.

При комплексной диагностике этиологии и формы метрита необходимо учитывать имеющиеся данные бимануального исследования и гинекологического УЗИ, а также результаты анализов крови и влагалищных мазков.

Параметрит представляет собой гнойно-инфильтративное воспаление параметрия, которое представляет собой соединительно - тканную клетчатку, которая окружает матку в области шейки и листков широкой связки.

Параметрит манифестирует после осложненных родов, абортов, гинекологических операций, гнойно-воспалительных заболеваний матки [8].

По осуществляемой топографии воспаления околоматочной клетчатки возможно выделить передний, задний и боковые параметриты. При переднем параметрите необходимо обратить внимание на то, что инфильтрат будет расположен кпереди от матки, приводя к сглаживанию переднего свода влагалища;

В случае заднего параметрита воспаление будет распространяться на клетчатку маточно-прямокишечного пространства; осуществляемая инфильтрация параректальной клетчатки в данном случае приводит к существенному сужению просвета прямой кишки.

При боковых параметритах имеющееся воспаление будет иметь ограничения вверху широкой связкой, а внизу ограничение, которое выражено кардинальными связками; впереди будет ограничиваться стенкой малого таза; инфильтрат формируется сбоку от матки, сглаживая боковые своды влагалища [8].

При учете патогенеза возможно выделить первичный параметрит и вторичный, который выступает осложнением генитальных или экстрагенитальных воспалений. Клиническое течение параметрита может быть хроническим, подострым или острым.

Благоприятным исходом параметрита может служить возможность рассасывания инфильтрата. При нагноении экссудата будет осуществляться образование абсцесса, который возможен для вскрытия в полые органы (мочевой пузырь, прямую кишку, влагалище) или наружу через переднюю брюшную стенку[8].

При неполном опорожнении гнойника, гнойное воспаление будет рецидивировать с повторными прорывами в соседние органы и формированием свищей, которые поддерживают течение параметрита.

Метротромбофлебит – это тромбоз и воспаление венных сосудов матки, являющиеся осложнением послеродового или послеоперационного эндометрита. Метротромбофлебит характеризуется лихорадкой, обильными и длительными кровянистыми выделениями из половых путей, ноющими болями в животе, тахикардией, слабостью[8].

Диагностика метротромбофлебита включает гинекологический осмотр на кресле, исследование гемостаза, УЗИ. Лечение метротромбофлебита проводится стационарно; требует активной противомикробной терапии, назначения антикоагулянтов и антиагрегантов; в случае септических осложнений или массивного кровотечения – удаления матки.

Третий этап – разлитая послеродовая инфекция (перитонит, прогрессирующий тромбофлебит)

Перитонит представляет собой локальное или диффузное воспаление серозного покрова брюшной полости – брюшины. Клиническими признаками перитонита служат напряжение мышц брюшной стенки, боль в животе, тошнота и рвота, задержка стула и газов, гипертермия, тяжелое общее состояние[8].

Диагностика перитонита основывается на сведениях анамнеза, выявлении положительных перитонеальных симптомов, данных УЗИ, рентгенографии, вагинального и ректального исследований.

Лечение перитонита всегда хирургическое.

По этиологии различают бактериальные и абактериальные (асептические, токсико-химические) перитониты. Последние развиваются в результате раздражения брюшины агрессивными неинфекционными агентами (желчью, кровью, желудочным соком, панкреатическим соком, мочой)[8].

По степени поражения брюшины диффузные перитониты подразделяются на распространенные и местные.

В развитии перитонита принято выделять раннюю фазу (до 12 часов), позднюю (до 3-5 суток) и конечную (от 6 до 21 дня от начала заболевания). В

соответствии с патогенетическими изменениями различают реактивную, токсическую и терминальную стадии перитонита.

Четвертый этап – генерализованная септическая инфекция (сепсис, инфекционно-токсический шок).

Септический шок представляет собой достаточно тяжелое патологическое состояние, возникающее при массивном поступлении в кровь бактериальных эндотоксинов[6].

Сопровождается тканевой гипоперфузией, снижением артериального давления и симптомами полиорганной недостаточности. Диагноз ставится на основании общей клинической картины, сочетающей в себе признаки поражения легких, сердечно-сосудистой системы (ССС), печени и почек, централизации кровообращения.

Лечение: массивная антибиотикотерапия, инфузия коллоидных и кристаллоидных растворов, поддержание деятельности ССС за счёт введения вазопрессоров, коррекция респираторных нарушений путем ИВЛ [8].

Шоковое состояние классифицируется по патогенетическому и клиническому принципу. Патогенетически болезнь может быть «теплой» и «холодной». Тёплый шок характеризуется увеличением сердечного выброса на фоне снижения общего сосудистого тонуса. Холодная разновидность проявляется снижением сердечного выброса, резким ослаблением тканевой перфузии, централизацией кровообращения и тяжелой ПОН.

Тяжесть инфекционных осложнений после родов зависит от вирулентности микрофлоры и реактивности макро организма, именно поэтому течение заболеваний варьирует от легких и стертых форм до тяжелых и летальных исходов.

1.3. Клиническая картина послеродовых ГСЗ

Существенно значимые симптомы имеющихся послеродовых инфекций имеют следующие характер.

Наличие послеродовой язвы шейки матки напрямую имеет связь с осуществленным процессом родоразрешения с последующим инфицированием родовых путей. Послеродовая язва шейки матки представляет собой ограниченную форму имеющейся послеродовой инфекции. Данная форма начинает свое развитие с непосредственного травмирования шейки матки во время затяжных, стремительных и оперативных родов при проходе ребенка через родовые пути.[8].

Наличие внутренних разрывов в шейке матки связано с тем, что в первом периоде родов они служат входными воротами для различного рода инфекций.

При наличии инфицирования имеющихся трещин и различного рода разрывов слизистой цервикального канала зачастую имеется формирование послеродовой язвы шейки матки.

В данном случае на ее поверхности имеется выраженный некроз тканей, связанный с образованием гнойного налета, достаточно быстро может развиваться послеродовой отек и существенно выраженная гиперемия близлежащих тканей.

Послеродовая язва шейки матки зачастую может быть рассмотренной как значимый для протекания ГВЗ в послеродовом периоде этап развития единого инфекционного процесса, который может иметь место и достаточно активно развиваться в организме родившей женщины.

Послеродовая язва может быть образованной также в результате инфицирования ссадин, различных трещин и проявляющихся разрывов кожи промежности, слизистой влагалища и шейки матки.

В клинической картине имеющегося послеродового осложнения достаточно часто преобладают различной этиологии местные симптомы, при этом общее состояние не нарушается, температура также не должна превышать субфебрильных цифр [6].

Родильница жалуется на боли в области швов, иногда зуд и дизурические явления. При осмотре родовых путей обнаруживается язва с четкими границами, локальный отек и воспалительная гиперемия. На дне язвы определяется серовато-желтый налет, участки некроза, слизисто-гнойное отделяемое. Язвенный дефект при контакте кровоточит [8].

Послеродовая язва образуется на месте послеродовой травмы шейки матки обычно на 3 – 4 сутки после родов. Местная симптоматика послеродовой язвы шейки матки образуется наличием плотного гнойного налета серо-желтого цвета на поверхности раны, признаками воспаления (покраснением и отечностью) периферических тканей, кровоточивостью пораженного участка.

Послеродовая язва шейки матки иногда сопровождается субфебрильной температурой, болезненностью, общим недомоганием.

Обычно через 4-5 суток температура нормализуется, самочувствие улучшается. При благоприятном течении послеродовой язвы шейки матки происходит очищение раны от налета и ее эпителизация. В противном случае возможна генерализация септической инфекции [6].

Послеродовой эндометрит (метроэндометрит) среди прочих послеродовых инфекций встречается более чаще - в 36-59% случаев.

К специфическим можно отнести различные инфекционные (вирусные, хламидийные, бактериальные, протозойные, грибковые) и паразитарные эндометриты.

Они могут вызывать такие возбудители, как вирусы простого герпеса, цитомегаловирусы, хламидии, малые микобактерии туберкулеза, токсоплазмы, микоплазмы, лучистые грибки, гонококки и т. п.

В развитии эндометрита имеет значение состояние иммунной, эндокринной, нервной систем, нередко отягощающих течение заболевания. При неспецифическом характере эндометрита болезнетворная флора в матке не выявляется.

Неспецифическая форма эндометрита может быть вызвана бактериальным ВИЧ-инфекцией, вагинозом, наличием внутриматочной спирали, приемом гормональных контрацептивов.

Острый эндометрит обычно развивается через 3-4 дня после инфицирования и проявляется повышением температуры, болями внизу живота, выделениями из половых путей с неприятным запахом, болезненным мочеиспусканием, учащением пульса, ознобом.

Тяжелое и стремительное течение имеют острые эндометриты у пациенток, которые имеют внутриматочные спирали, поэтому первые же признаки острого эндометрита являются поводом для незамедлительного прохождения консультации гинеколога.

Хроническая форма эндометрита зачастую является последствием недолеченного острого эндометрита, возникшего после родов, аборта, внутриматочных манипуляций, вследствие наличия инородных тел матки.

В 80-90% случаев хронический эндометрит встречается среди женщин репродуктивного возраста и имеет тенденцию к росту, что объясняется широкой распространенностью внутриматочной контрацепции, увеличением количества абортов, внутриматочных диагностических и лечебных процедур.

Хронический эндометрит стоит в ряду наиболее частых причин бесплодия, выкидышей, неудавшихся попыток экстракорпорального оплодотворения, осложненных беременностей, родов и послеродового периода.

Для выявления инфекционного агента при хронических эндометритах используется высокоточная иммуноцитохимическая диагностика. Хроническая форма эндометрита зачастую имеет стертые клинические течение без выраженных признаков микробной инфекции [1].

Отмечается утолщение слизистой матки, серозный налет, геморрагии, фиброзные спайки, ведущие к нарушению нормального функционирования эндометрия.

Тяжесть течения хронического эндометрита обусловлена глубиной и длительностью существования структурных изменений эндометрия.

Основными проявлениями хронического эндометрита служат нарушения менструального цикла (скудные или обильные месячные), маточные кровотечения, патологические серозно-гнойные или кровянистые выделения, ноющие боли внизу живота, болезненный половой акт.

Структурные изменения эндометрия при хроническом эндометрите могут вызывать образование и разрастание полипов и кист. Хронический эндометрит в 10% случаев является причиной бесплодия, в 60% - невынашивания беременности.

Метрит (миометрит, мезометрит) – воспалительное заболевание матки, протекающее с поражением ее мышечной оболочки. Метрит может иметь инфекционное или асептическое происхождение. В изолированной форме встречается редко, чаще всего протекает в виде метроэндометрита с одновременным вовлечением в воспалительный процесс слизистой оболочки – эндометрия [5].

При осложненном течении возможно развитие периметрита, пельвиоперитонита, пиометры, абсцесса и гангрены матки. У некоторых пациенток метрит может послужить причиной маточной формы бесплодия у женщин.

У части пациенток метрит может послужить причиной маточной формы бесплодия у женщин. Учитывая серьезность прогноза и высокий риск возникновения потенциальных осложнений, поиск путей профилактики и эффективного лечения метрита являются приоритетными задачами для практической гинекологии.

Этиология инфекционного метрита в большинстве случаев связана с бактериальной флорой. Главную роль в развитии патологии играют неспецифические микробные патогены: стрептококк, стафилококк, кишечная палочка, протей, анаэробные бактерии[1] .

Этиоагентами могут выступать возбудители специфических инфекций: микобактерии туберкулеза, гонококк, микоплазма.

Острый метрит наблюдается при кори, дифтерии, тифе, холере и пр. Часто при бактериологическом исследовании мазков из половых путей высеваются микробные ассоциации.

Занос возбудителей в полости матки обычно происходит восходящим путем во время менструации, введения внутриматочного контрацептива, аборта, лечебно-диагностического выскабливания. Развитию инфекционного метрита часто предшествует кольпит, цервицит, эндометрит [6].

Возможно гематогенное распространение инфекции на матку (например, при пиелонефрите, ангине и других экстрагенитальных заболеваниях), а также непосредственный (контактный) переход инфекции с рядом расположенных органов (при аппендиците, туберкулезе маточных труб и др.).

Послеродовой метрит обычно развивается на фоне слабости родовой деятельности, длительного безводного периода, кровотечения, задержки частей плаценты в полости матки.

Асептический метрит возникает без участия инфекционных агентов; чаще ему предшествует ушиб матки или введение в ее полость раздражающих химических веществ.

Острый метрит сопровождается увеличением матки (утолщением ее стенок, расширением полости) и размягчением консистенции. На разрезе миометрий отечен, разрыхлен, имеет розово-красную окраску, пронизан сетью расширенных лимфатических и кровеносных сосудов.

При микроскопическом исследовании ткани определяется ее лейкоцитарная инфильтрация, дистрофия эндометриальных желез.

Клинический симптомокомплекс острого метрита складывается из общеинфекционной и местной симптоматики. Заболевание обычно манифестирует бурно, спустя 3-4 суток после внутриматочного вмешательства. Признаками инфекционно-воспалительного процесса в организме являются повышенная t° тела, апатия, слабость, отсутствие аппетита, головные боли [6].

Характерными местными симптомами служат бели из половых путей, кровотечения, болевой синдром. Характер выделений позволяет дифференцировать различные формы острого метрита. При катаральном метрите бели обильные, слизистые, без запаха. Гнойно-катаральное воспаление сопровождается слизисто-гнойными выделениями с примесью крови, также не имеющими специфического запаха [1].

Для некротического метрита типично появление коричневых выделений, содержащих мелкие фрагменты ткани; выделения имеют неприятный, отталкивающий запах. При наиболее тяжелой – гангренозной форме метрита выделения из влагалища имеют красно-бурый цвет с пузырьками газа и крайне зловонный запах.

В покое пациентку беспокоят боли внизу живота, в проекции крестца и в глубине таза. При пальпации матка увеличена в размерах и резко болезненна. На фоне острого метрита нередко развиваются ациклические маточные кровотечения. Заболевание сопровождается оофоритом и аднекситом.

При хроническом метрите все признаки воспаления выражены умеренно, выделения из влагалища необильные, чаще серозные. Матка увеличена в размерах, плотная, но безболезненная.

Послеродовой метрит развивается на 3-7 день после родов. Заболевание начинается с озноба и высокого подъема температуры ($38,5-40^{\circ}\text{C}$), значительного ухудшения общего состояния. Лохии имеют темно-красный цвет, содержат примесь гноя, их количество уменьшено. Может иметь место атония кишечника, задержка стула и газов, болезненность при мочеиспускании.

При влагалищном исследовании определяется увеличенная, плохо сокращенная, болезненная матка, шейка матки раскрыта и пропускает палец даже через 9 суток после родов.

Спустя 2-2,5 недели температура снижается до субфебрилитета, объем лохий сначала увеличивается, затем уменьшается, выделения становятся серозно-гнойными или гнойными. Продолжительность послеродового метрита составляет 3-4 недели.

Тяжелыми, угрожающими не только репродуктивному здоровью, но и жизни пациентки осложнениями метрита, могут выступать абсцесс матки, гангрена матки, пельвиоперитонит, перитонит, сепсис.

В случае гнойного расплавления фасций, отграничивающих названные отделы, происходит диффузное воспаление клетчатки всего тазового дна – пельвиоцеллюлит. При восходящем инфицировании в процесс могут также вовлекаться трубы и яичники, забрюшинная клетчатка (паратифлит, паранефрит) [6].

В редких случаях параметрит осложняется флегмонами брюшной стенки и наружных гениталий.

В большинстве (70-75%) случаев воспаление при параметрите не выходит за пределы клетчатки малого таза. На сегодняшнем этапе развития гинекологии, в связи с ранним распознаванием параметрита и применением антибиотиков, течение заболевания более стертое, легкое, а инфильтрат обычно рассасывается, не достигая стадии абсцедирования [1].

Клиника острого параметрита обычно появляется через 7-10 суток после родов, хирургического прерывания беременности, внутриматочных вмешательств, гинекологических операций.

К первым и ранним проявлениям параметрита относятся фебрилитет (t° тела 38-39 $^{\circ}\text{C}$), постоянные, часто колющую или режущие боли в животе, иррадиирующие в крестец и поясницу.

При нагноении параметрия состояние пациентки ухудшается: еще больше повышается температура, принимая гектический характер; отмечается тахикардия, ознобы, жажда, головные боли.

При вовлечении в кольцо инфильтрата мочевого пузыря или прямой кишки наблюдается клиника цистита или проктита с тенезмами. В случае распространения параметрита на пояснично-подвздошную мышцу развивается ее воспаление – псоит, который характеризуется типичной сгибательной контрактурой бедра на стороне поражения.

При наличии достаточной выраженности проявления эндотоксикоза получает развитие паралитическая кишечная непроходимость, которая клинически проявляет себя задержкой стула и неотхождением газов.

Уже на наличии ранней стадии перитонита необходимо обратить внимание на внешний вид больного: у него начинает активно проявляться страдальческое выражение лица, адинамия, имеется существенная бледность кожных покровов, активным образом проявляет себя холодный пот, акроцианоз.

Пациент в такой ситуации часто вынужден принимать неудобное положение, которое может помочь ему снизить боль – чаще всего таким положением является лежа на боку или спине с поджатыми к животу ногами.

Дыхание становится поверхностным, температура повышенная, отмечается гипотония, тахикардия 120-140 уд. в мин., не соответствующая субфебрилитету.

В терминальной стадии перитонита состояние пациента становится крайне тяжелым: сознание спутано, иногда наблюдается эйфория, черты лица заостряются, кожа и слизистые бледные с желтушным или цианотичным оттенком, язык сухой, обложен темным налетом.

Живот вздут, при пальпация малоболезненен, при аускультации выслушивается «гробовая тишина».

Послеродовые тромбофлебиты могут затрагивать поверхностные и глубокие вены. В последнем случае возможно развитие метротромбофлебита, тромбофлебита вен нижних конечностей и вен таза. Обычно проявляются в течение 2-3 недель после родов.

Клиническими предвестниками послеродовых осложнений данного типа служат длительная лихорадка; стойкое ступенеобразное учащение пульса; боли в ногах при движении и надавливании на мягкие ткани; отеки в области лодыжек, голени или бедра; цианоз нижних конечностей.

На развитие метротромбофлебита указывает тахикардия до 100 уд./мин., субинволюция матки, длительные кровяные выделения, пальпация болезненных тяжей по боковым поверхностям матки. Тромбофлебит вен таза опасен развитием илеофemorального венозного тромбоза и тромбоэмболии легочной артерии.

Послеродовой пельвиоперитонит, или воспаление брюшины малого таза, развивается на 3-4 день после родов. Манифестация острая: температура тела быстро возрастает до 39-40.°С, появляются резкие боли внизу живота.

Может возникать рвота, метеоризм, болезненная дефекация. Передняя брюшная стенка напряжена, матка увеличена. Послеродовая инфекция разрешается рассасыванием инфильтрата в малом тазу или образованием абсцесса дугласова пространства.

Клиника разлитой и генерализованной послеродовой инфекции (перитонита, сепсиса) не отличается от таковой при инфекционных заболеваниях иной этиологии. Лактационный мастит подробно рассмотрен в разделе «Болезни молочных желез».

Септический шок (СШ) также называют инфекционно-токсическим (ИТШ).

Один из определяющих признаков ИТШ – артериальная гипотония. Восстановить уровень АД не удастся даже при адекватном объеме инфузии (20-

40 мл/кг). Для поддержания гемодинамики необходимо использовать прессорные амины (допамин). [4].

Отмечается острая олигурия, диурез не превышает 0,5 мл/кг/час. Температура тела достигает фебрильных значений – 38-39° С, плохо снижается с помощью антипиретиков. Для предупреждения судорог, вызванных гипертермией, приходится применять физические методы охлаждения.

90% случаев СШ сопровождается дыхательной недостаточностью различной степени тяжести. Пациенты с декомпенсированным и терминальным течением болезни нуждаются в аппаратной респираторной поддержке. Печень и селезенка увеличены, уплотнены, их функция нарушена [4].

Может отмечаться атония кишечника, метеоризм, стул с примесью слизи, крови и гноя.

На поздних стадиях возникают симптомы диссеминированного внутрисосудистого свертывания: петехиальная сыпь, внутреннее и наружное кровотечения.

Количество инфекций, которые могут возникнуть у женщин в послеродовом периоде, имеет большое разнообразие. При этом большинство ГВЗ подлежат достаточно быстрой диагностики на первичном этапе силами среднего медицинского персонала.

От профессионализма и уровня развития общих предметных и специфических компетенций акушерки напрямую зависит скорость и точность диагностирования в первой фазе заболевания, а также последующее обращение к гинекологам с целью определения цепи диагностических процедур, тактики лечения и комплекса предполагаемой медицинской помощи.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ РОЖЕНИЦ С ГЗС

2.1 Статистика частоты гнойно-септических заболеваний, группы риска рожениц и статистика частых септических заболеваний

Исследование проводилось на базе перинатального центра ОГБУЗ Городская больница №2 г. Белгорода в период с 2016-2018 гг и 5 месяцев 2019 года. Клинический материал исследования основан на изучении медицинской документации пациенток, анализ которых позволил выявить частоту ГЗС, наиболее часто встречающиеся послеродовые септические заболевания, и группы риска в которые могут попасть роженицы.

Данные о частоте послеродовых гнойно-септических заболеваний в целом по России представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Частота ГЗС в послеродовом периоде в целом по России

Объекты	2016 год	2017 год	2018 год
Количество родов	1968000	28290000	29310000
ГЗС	12,7%	9,4%	7,5%

Данные о частоте послеродовых гнойно-септических заболеваний по Белгородской области представлены в таблице №2.

Таблица 2 - Частота ГЗС в послеродовом периоде (данные по Белгородской области)

Объекты	2016 год	2017 год	2018 год
Количество родов	4968	5829	5931
ГЗС	5,6%	4,8%	4,5%

Данные о частоте послеродовых гнойно-септических заболеваний по исследуемой больнице представлены в таблице №3.

Таблица 3 - Частота ГЗС в послеродовом периоде по данным перинатального центра ОГБУЗ Городская больница №2

Объекты	2016 год	2017 год	2018 год
Количество родов	1968	2829	2931
ГЗС	4,7%	4,4%	3,5%

На основании статистических данных наглядно видно, что ГЗС имеют к уменьшению как в целом на территории Российской Федерации, так и в отдельно взятом родильном отделении.

Выделяют 2 группы риска (основную и дополнительную).

Для включения в основную группу риска ГЗС учитывают следующие факторы:

- длительный безводный период;
- затяжные роды;
- многочисленные влагалищные исследования в родах;
- кровотечение до и во время родов (операции), особенно с невосполненной кровопотерей;
- наличие у беременной различного рода заболеваний внутренних органов, сопровождающихся нарушением микроциркуляции – анемия, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и другие;
- острые и хронические инфекции, аборты.

К дополнительным фактором риска относят: мертворождение в анамнезе; задержку развития плода; преждевременные роды и неонатальные заболевания; низкий социально-экономический уровень; высокую колонизацию влагалища условно-патогенной флорой при беременности; неблагоприятная эпидемиологическая обстановка в акушерском стационаре; длительное пребывание беременной в стационаре до родоразрешения.

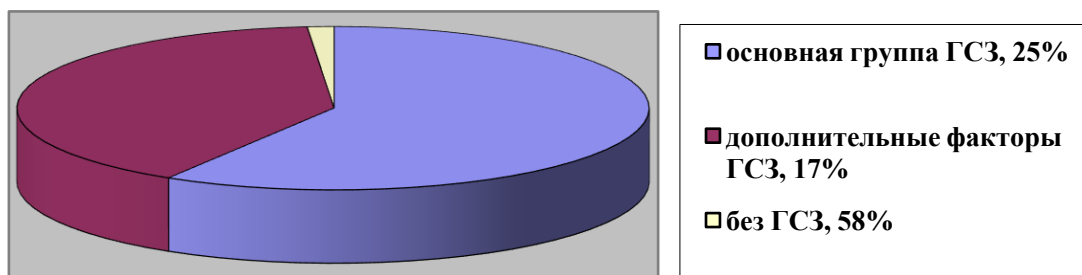


Рис. 1. Статистика рожениц попавших в группы риска

Из анамнеза рожениц были выявлены более часто встречающиеся заболевания такие как: послеродовая язва; эндометрит; мастит; септический шок.

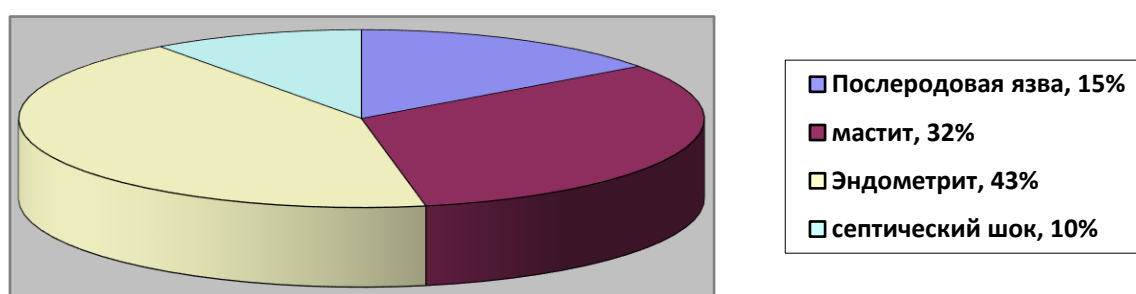


Рис. 2. Статистика послеродовых септических заболеваний

На основании представленных данных можно наглядно увидеть, что в базе исследования присутствует большое количество ГВЗ в послеродовом периоде, что требует дополнительной диагностики, лечения, а также комплекса профилактических мероприятий.

Большую значимость имеет рутинная работа акушерки, которая осуществляет первичную диагностику состояния здоровья женщины в послеродовом периоде.

При исследовании основных показателей статистики на основании данных за 5 месяцев 2019 года нужно обратить внимание на наличие общей частоты имеющихся послеродовых гнойно-септических заболеваний, которые находят свои проявления у рожениц перинатального центра ОГБУЗ Городская больница №2 г. Белгорода. Согласно имеющимся статистическим данным, представленные показатели имеют тенденцию к некоторым снижениям. Так они понизились на 6,7%, а после хирургического вмешательства, вызванного проведением операции кесарева сечения на 10%.

Достаточно часто выраженными причинами, на основании которых начинают проявляться ПГСЗ у рожениц перинатального центра ОГБУЗ Городская больница №2 г. Белгорода могут быть следующие:

- ПГСЗ в анамнезе рожениц составляет порядка 15,3% от общего количества по базе рожениц родильного отделения,

- имеющиеся проявления различного рода хронических воспалительных заболеваний женских половых путей в количестве 38,7% от рожениц по базе родильного отделения исследуемой больницы;

- проявления ИППП в анамнезе и во время настоящей беременности составляет порядка 40,8%;

- заболеваемость ОРВИ составляет по анализируемым данным 12,6%;

- проявления различных инфекционных заболеваний мочевыводящей системы составляет порядка 30,9%;

- Проявление хориоамнионита составляет 6,9% от общего количества рожениц родильного отделения исследуемой больницы;

- активизация основных проявлений внутриутробного инфицирования составляет порядка 8,1% от общего количества рожениц,

- наличие одной или нескольких повторных госпитализаций во время беременности составляет порядка 22,2%;

- присутствие в длительном пребывании на территории стационара непосредственно до родов составляет порядка 24,9%;

- наличие достаточно длительного по времени безводного периода оставляет порядка 53,2% от общего количества анализируемых причин.

Наличие разработанной в условиях стационара тактики осуществления дифференцированного подхода к лечению родильниц, которые имеют как осложненные, так и неосложненные формы ПГСЗ, создает условия для того, чтобы имелась возможность родильниц, которые имеют неосложненные формы, лечить в стационаре по месту родоразрешения, а родильниц, у которых осложненные формы, переводить в ОГБУЗ Городская больница №2, чтобы они имели возможность, оказания им квалифицированной медицинской помощи с обязательным хирургическим компонентом.

Применение дифференцированного подхода к лечению родильниц с ПГСЗ позволило улучшить исходы заболевания и уменьшить продолжительность пребывания родильниц в перинатальном центре. Исследование проводилось на базе перинатального центра ОГБУЗ Городская больница №2 г. Белгорода.

Ретроспективно проанализировано 174 истории болезни родильниц с ПГСЗ перинатального центра ОГБУЗ Городская больница №2 г. Белгорода.

С 2015 года, согласно приказу департамента здравоохранения, родильницы с осложненными формами ПГСЗ из перинатального центра ОГБУЗ Городская больница №2 г. Белгорода госпитализировались в гинекологическое отделение, где были обследованы и пролечены согласно стандартизированным схемам.

При обследовании и лечении родильниц использовались: анкетирование, клиническое обследование, ретроспективный анализ медицинской документации больных с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями, проходивших лечение в гинекологическом отделении перинатального центра ОГБУЗ Городская больница №2 г. Белгорода.

В условиях перинатального центра ОГБУЗ Городская больница №2 г. Белгорода в период с 2016-2018 гг и 5 месяцев 2019 года количество родов за

последние 4 года повысилось на 6,1%; число операций кесарево сечение увеличилось на 7,9%. Гнойно-септические осложнения после самопроизвольных родов снизились на 6,7%; после операции кесарева сечения - на 10%.

Среди всех родильниц, находившихся в условиях перинатального центра ОГБУЗ Городская больница №2 г. Белгорода, 33% были незамужние женщины.

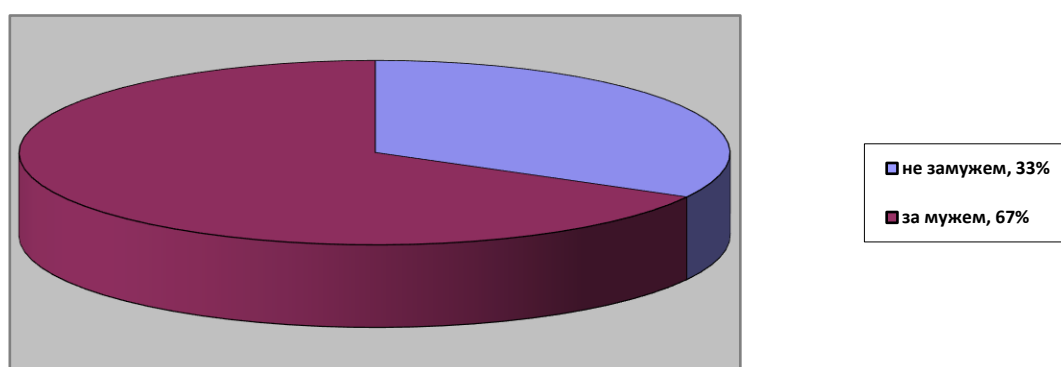


Рис.5. Социальный статус в браке рожениц перинатального центра ОГБУЗ
Городская больница №2

По данным проводимого диагностического исследования незамужние женщины среди родильниц с ПГСЗ составили 16,4%.

Из всех родильниц с ПГСЗ, находившихся на лечении в условиях перинатального центра ОГБУЗ Городская больница № 2 г. Белгорода на учете в женской консультации не состояли 24,9%; 19,5% родильниц в группе сравнения, и 30,8% в основной группе.

Беременность была нежеланной у 17,4% родильниц. У 13,2% родильниц группы сравнения, и у 22% родильниц основной группы. Одним из факторов развития ПГСЗ является нежелание беременных выполнять необходимые обследования в женской консультации и регулярно посещать врача акушера-гинеколога.

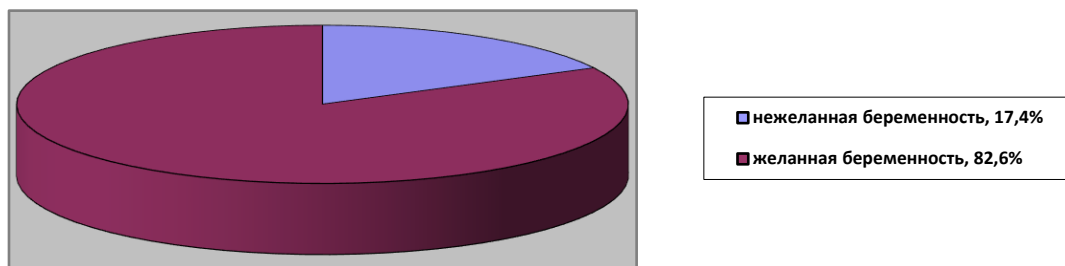


Рис. 6. Результаты желательности беременности рожениц перинатального центра ОГБУЗ городская больница № 2

Из анамнеза выяснено, что у 41,1% родильниц беременность по счету была первая. Наличие трех и более беременностей было у родильниц группы сравнения - 35,1%; и достоверно выше у родильниц основной группы - 47,8%; У 52% родильниц были аборт, которые являются фактором риска инфицирования и развития ПГСЗ.

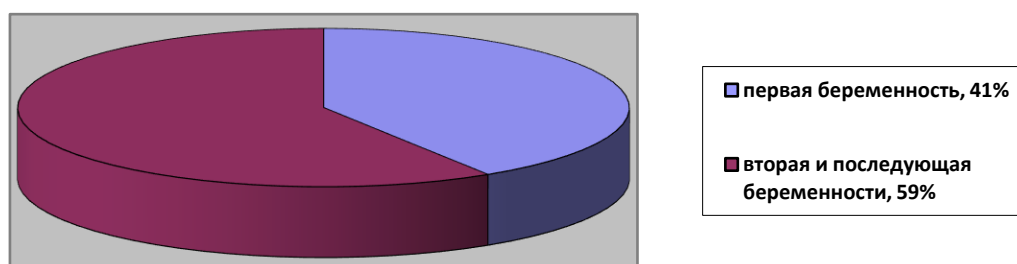


Рис. 7. Результаты исследования беременности у рожениц перинатального центра ОГБУЗ Городская больница №2 (количество родов)

По данным исследования, у многих обследованных родильниц был «воспалительный» акушерский и гинекологический анамнез: хронические воспалительные заболевания женских половых органов - у 38,7%; ПГСЗ - у 15,3%; ИППП в анамнезе и во время настоящей беременности - у 40,8%; предшествующее бесплодие - у 4,8%; кесарево сечение в анамнезе - у 7,8% родильниц.

При сравнении двух групп пациенток выявлено, что у 29,9% родильниц группы сравнения и у 48,4% родильниц основной группы в анамнезе были хронические воспалительные заболевания гениталий.

Хроническим кандидозом страдали 8,6% родильниц группы сравнения и 17% родильниц основной группы. Бактериальный вагиноз диагностирован в анамнезе у 3,5% родильниц группы сравнения и 8,8% родильниц основной группы.

У 15,5% родильниц группы сравнения и у 24,5% родильниц основной группы в анамнезе диагностирована эрозия шейки матки. Бесплодием страдали 2,3% родильниц группы сравнения и 7,6% родильниц основной группы.

Родильницы с ПГСЗ, находившиеся на лечении в условиях перинатального центра ОГБУЗ Городская больница №2 г. Белгорода, страдали различными экстрагенитальными заболеваниями: инфекционными заболеваниями бронхолегочной системы - 13,2%; заболеваниями сердечнососудистой системы — 18%; эндокринной патологией — 8,1%; аутоиммунной патологией — 4,5%; ОРВИ - 12,6%; инфекционными заболеваниями мочевыводящей системы — 34,2%.

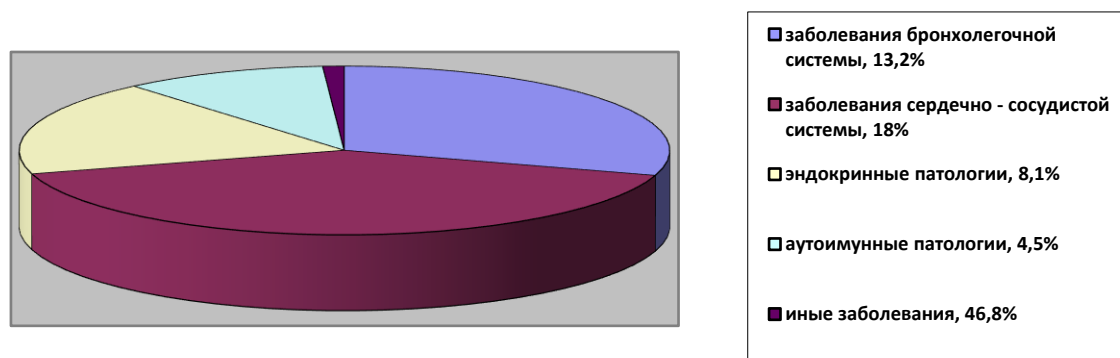


Рис. 8. Наличие экстрагенитальных заболеваний рожениц перинатального центра ОГБУЗ Городская больница №2

Частота экстрагенитальных заболеваний у родильниц основной группы была выше, чем у родильниц группы сравнения. Так инфекционными заболеваниями мочевыводящей системы страдали 23,6% родильниц 1 группы и

45,9% рожениц II группы . ОРВИ было у 9,2% рожениц I группы, и 16,4 % рожениц II группы.

Заболеваниями сердечнососудистой системы страдали 12,1% рожениц I группы и 24,5% рожениц II группы. Инфекционными заболеваниями бронхолегочной системы страдали 6,3% рожениц I группы и 18,9% рожениц II группы.

По данным в условиях перинатального центра ОГБУЗ Городская больница №2 г. Белгорода, ОРВИ во время беременности перенесли более 1/3 женщин с послеродовым эндометритом (33%).

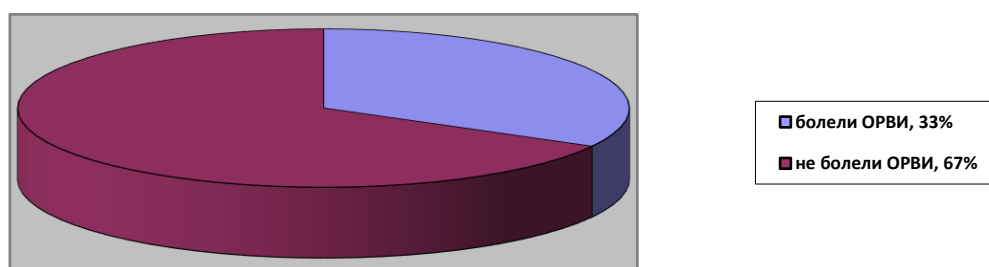


Рис. 9. Заболеваемость ОРВИ рожениц с послеродовым эндометритом в перинатальном центре ОГБУЗ Городская больница №2

2.2. Профилактика ГСЗ

Гнойно–септические осложнения (ГСЗ) сопровождают, по данным различных авторов, от 17 – 35% до 80% родоразрешений и довольно часто являются причинами материнской смертности.

По данным Всемирной организации здравоохранения от инфекционных осложнений, во всем мире ежегодно умирает примерно 150 тысяч рожениц. Частой и тяжело поддающейся контролю патологией является послеродовый эндометрит. Подавляющее количество послеродовых осложнений приходится на рожениц после кесарева сечения.

Учитывая большое распространение для нашей страны и тяжелые случаи гнойно-септических осложнений после родов, дальнейшие изыскания по разработке мер профилактики эндометрита, безусловно, на сегодняшний день актуальны. Под профилактикой подразумевают предупреждение возникновения заболевания с устранением ее причин и факторов риска.

Профилактика ГСО достигается разнообразными способами. Их можно разделить на медикаментозный и комбинированные, которые возникли в результате попыток снизить уровень осложнений.

1. Своевременная постановка на учет в женскую консультацию, исследование состояния иммунной системы, что желательно делать всем женщинам, особенно с факторами риска развития гнойно-воспалительных осложнений. В условиях женской консультации возможно определение флоры во влагалище, цервикальном канале и реакции на флору в крови.

2. Госпитализировать женщин с планирующимся кесаревым сечением нужно за 7—10 дней до предполагаемого срока родов для проведения комплексной предоперационной подготовки, включающей и профилактику послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений. При женской консультации существует дневной стационар, где проводится лечение легких форм токсикоза первой половины беременности, не тяжелых и сочетанных форм гестоза второй половины беременности, не сильно выраженной угрозы прерывания беременности и т. д.

3. Женщинам с заболеваниями (часто хроническими) внутренних органов во время беременности также в условиях дневного стационара проводятся курсы лечения заболевания или поддерживающая терапия. Хотя, хронические заболевания внутренних органов во время беременности рекомендуется обследовать и лечить в специализированном по данному заболеванию стационаре.

4. Тщательная гигиеническая подготовка перед родами (операцией). Например, перед операцией производят бритье волос на лобке и подмышечных

ямках, стрижку ногтей, беременная женщина принимает гигиенический душ со сменой белья. При поступлении женщины в роды ей обязательно делается очистительная клизма, она принимает душ и обрабатываются влагалище и наружные половые органы антисептическими средствами.

5. Утром перед операцией производят обработку кожи живота антисептическими растворами (хлоргексидином, фурациллином и другими). Непосредственно перед операцией всем женщинам, оперируемым в экстренном порядке, проводят однократную обработку влагалища дезинфицирующими растворами.

6. Беременным женщинам, которым проводилась биологическая профилактика восходящей инфекции, обработка влагалища раствором антисептика перед плановым кесаревым сечением не применяется.

7. Следует снизить количество влагалищных исследований до родов (операции) роженицам, оперируемым в экстренном порядке, каждое влагалищное исследование должно быть строго обосновано.

8. Строгий учет кровопотери и полное ее возмещение. Такие мероприятия, как адекватная терапия нарушений в системе крови (восполнение дефицита объема крови, устранение анемии, восполнение количества белка, коррекция водно-электролитного баланса, улучшение микроциркуляции в органах и тканях), нормализация нормальной микрофлоры слизистой оболочки родовых путей, улучшение сократительной деятельности матки (особенно при недостаточной сократительной деятельности матки). Так же являются одними из методов профилактики гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде или после операции.

9. Современная перинатальная технология в акушерстве (раннее прикладывание к груди, совместное пребывание матери и ребенка, эксклюзивное грудное вскармливание, ранняя выписка из родильного дома);

10. Физиотерапия в послеродовом периоде (электростимуляция и электрофорез с цинком динамическими токами на область проекции матки, которые усиливают сократительную способность миометрия матки.)

Медикаментозный способ профилактики и обработка влагалища антисептическими средствами. Санация влагалища – это второй по значимости и по частоте способ профилактики. Важность урегулирования биоценоза влагалища не вызывает сомнения в исследовании Лары С., по результатам которого показана возможность перемещения микроорганизмов в послеродовую матку из влагалища, что предопределяет восходящий путь инфицирования.

Оперативное лечение, будь то в акушерстве или в хирургии, всегда чревато последствиями, особенно имеет значение и срочность операции. Экстренная операция имеет большее количество осложнений по сравнению с плановыми операциями.

Именно поэтому, акушеры-гинекологи считают, что снижению развития ГСО может помочь и усовершенствование техники самой операции, начиная от разреза матки, заканчивая видами швов.

Для выполнения операции кесарева сечения, в настоящее время используют нижнесрединный разрез.

Использование отдельного скальпеля для разреза кожи и более глубоких тканей при КС не дал статистически значимых различий в частоте развития ГСО. Результаты также свидетельствуют об отсутствии значимых различий по инфекционным осложнениям при разрезе матки по Дерфлеру или пальцевым расширением без отсепаровки и смещения мочевого пузыря по Гусакову.

По мнению авторов, экстаперитонеальное кесарево сечение снижает возможность развития инфекционных осложнений. Имеет значение и метод анестезиологического обеспечения. Применение регионарных методик при кесаревом сечении позволяет матери участвовать в родах, снижает операционный стресс, по сравнению с общей анестезией.

Предложенный новый эфферентный метод профилактики эндометрита у рожениц группы высокого инфекционного риска, сочетающий антибиотикопрофилактику с динамически распределенным ультразвуковым абдоминальным воздействием имеет явные преимущества по сравнению с введением антибиотика в монорежиме.

Способ оказывает противовоспалительное, биостимулирующее и обезболивающие действия за счет низко-интенсивного воздействия лазерного излучения на микроциркуляцию, эпителизацию, местный и общий иммунитет. Лазерная терапия показана беременным женщинам с высоким риском развития гнойно - септических осложнений.

Эффективность оценивалась по изменению вегетативных реакций. При озонотерапии у беременных отмечалось снижение показателей напряженности вегетативных реакций. Снижению частоты развития ГСО способствовал метод, заключающийся в проведении традиционной антибиотикопрофилактики с последующим включением магнитотерапии.

Начиная с 1-2 суток послеоперационного периода, располагали парные призматические индукторы в надлобковой и пояснично-крестцовой областях, с частотой 10 Гц, производили каждый день по 3 раза в день, длительность процедуры составляла 20 минут.

Таким образом, многообразие существующих рекомендаций, их низкий уровень доказательности свидетельствует о необходимости продолжения исследовательских работ по определению наиболее оптимального метода или их комбинации для профилактики гнойно-септических осложнений в акушерской практике.

Учитывая многообразный микробный пейзаж родовых путей после родов, его зависимость от места и условий жизни женщины, возникшую мировую проблему антибиотикорезистентности, а также растущую частоту оперативного родоразрешения, становится особенно актуальным проведение локальных исследований по определению оптимального для матери и плода

антибактериального препарата для проведения профилактики послеоперационных гнойно- септических осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, послеродовые гнойно-септические заболевания продолжают оставаться одной из актуальных проблем современного акушерства. Это обусловлено как разнообразием функциональных и структурных нарушений, так и широким спектром повреждающих факторов.

Результаты проведенных в работе исследований позволяют сделать следующие выводы:

1. Зная этиологию заболеваний и возникающие в связи с этим изменения в организме, разработаны методы диагностики, а также разрабатываются и проводятся различные клинические исследования медицинских препаратов для наиболее качественной терапии в акушерстве.

2. Профилактику гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний должны начинать с первых недель беременности. В женской консультации необходимо выявить беременных, относящихся к группе высокого риска развития бактериальной инфекции или с ее проявлениями, и проводить превентивные и лечебные мероприятия.

3. В акушерском стационаре должны неукоснительно соблюдать правила асептики и антисептики, широко внедрять новые технологии родовспоможения.

К ним относят: ранее прикладывание новорожденного к груди, систему изолированного совместного пребывания матери и ребенка с последующей ранней выпиской из родильного дома, ограничение использования у здоровых женщин средств и методов санитарной обработки.

На основании предоставленных мною данных и выводов, могу рекомендовать всем родительницам, своевременную постановку на учет в женскую консультацию, где у женщин групп риска следует пытаться выявить инфекционную патологию для решения вопроса о дальнейшем ведении беременности. Не менее важным является определение совместимости крови

матери и плода по группе и резус-фактору. Обязательным условием для рожениц является повышение иммунитета, так как в первую очередь именно из-за его снижения обостряется латентный инфекционный процесс, что приводит к изменениям состава нормальной микрофлоры кишечника, влагалища, и кожи.

Огромное многообразие существующих рекомендаций, их низкий уровень доказательности свидетельствует о необходимости продолжения исследовательских работ по определению наиболее оптимального метода или их комбинации для профилактики гнойно-септических осложнений в акушерской практике.

Учитывая многообразный микробный пейзаж родовых путей после родов, его зависимость от места и условий жизни женщины, возникшую мировую проблему антибиотикорезистентности, а также растущую частоту оперативного родоразрешения, становится особенно актуальным проведение локальных исследований по определению оптимального для матери и плода антибактериального препарата для проведения профилактики послеоперационных гнойно - септических осложнений.

Преобразованием условно-патогенной микрофлоры в патогенную и возникновением новых видов вирусов (например, ВИЧ). Четкое и своевременное проведение профилактических мероприятий до, во время и после кесарева сечения и нормальных родов в подавляющем большинстве дает положительный результат и резко снижает количество гнойно-воспалительных осложнений в послеродовой период.

Однако нельзя забывать и немаловажный фактор: это настрой женщины на роды (операцию кесарева сечения) и ее желание побыстрее выписаться из родильного дома.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

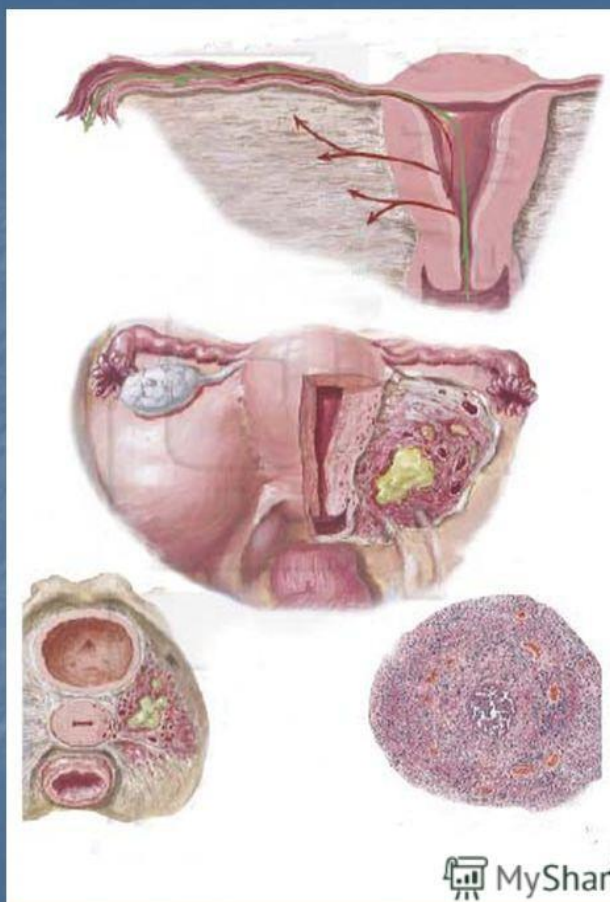
1. Братынцева И.Н. Анализ этиологии болезней в области гинекологии. М.: Медицина, 2018. – 267 с.
2. Живинкин С.Л. Анализ ГВЗ в послеродовом периоде. М.: Медицина, 2015. – С. 57.
3. Сазонова С.В. Параметры обследования на ГВЗ в послеродовом периоде. М.: Медицина. 2016. – 316 с.
4. Самойлова И. А. Послеродовые инфекции: причины, диагностика, лечение. М.: Медицина, 2017. – 187 с.
5. Тамченков И.Н. Система работы с послеродовыми инфекциями. Новосибирск, «Сибирь», 2016. – 190 с.
6. Тамендаров И.В. Гинекология: болезни, причины, способы диагностики. СПб.: Питер, 2017. – 339 с.
7. Таранцева Н.А. Гинекология. ГВЗ в послеродовом периоде. М.: Медицина. 2017. – 280 с.
8. Шахматова Ю. А. ГВЗ: Причины, диагностика, тактика лечения. М.: Медицина, 2016. – 189 с.
9. Шанкин В.Н. Анализ заболеваемости ГВЗ в послеродовом периоде. М.: Медицина, 2018. – 310 с.
10. Шумилова О.А.. Профилактика ГВЗ в послеродовом периоде. СПб.: Питер, 2018. – 190 с.
11. Щелкунов С.А. Медицина. М.: Наука, 2017. – 487 с.
12. Щяпов А.Д. Исследование способов профилактики ГВЗ в послеродовом периоде. М.: Наука, 2017. – 190 с.
13. Эрнстова Ю.Д. Гинекология. Снижение рисков ГВЗ. М.: Медицина, 2017. - 314 с.
14. Эсимов С.Б. Медицина XXI века. СПб.: Питер, 2016. – 314 с.

15. Явирева О.Н. Гинекология: болезни, причины, способы диагностики. СПб.: Питер, 2018. – 419 с.

16. Яливин И.Н. Анализ этиологии болезней в области гинекологии. М.: Медицина, 2015. – 207 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Распространение
послеродовой
инфекции по
лимфатическим
сосудам



MyShared

Гнойный омфалит

