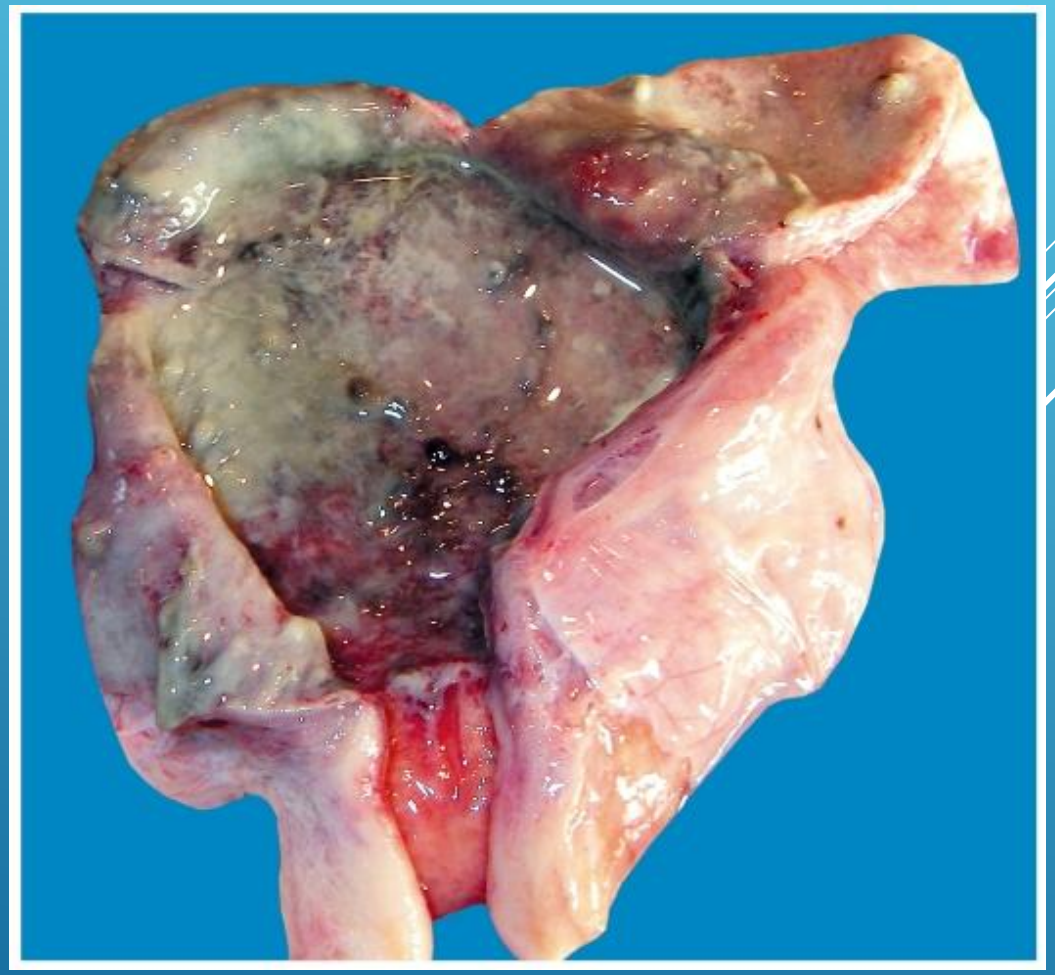
ПОСЛЕРОДОВЫЕ СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. КЛАССИФИКАЦИЯ

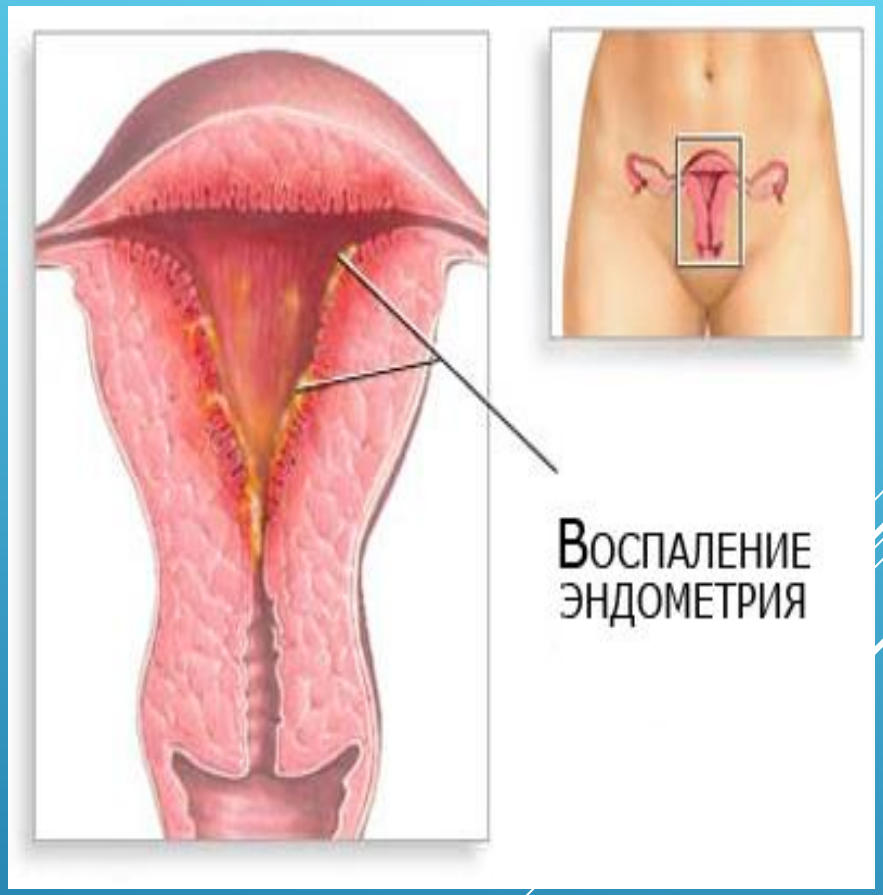
Классификация послеродовых септических заболеваний разработана видными учеными С. В. Сазоновым и А. В. Бартельсом. Согласно этой классификации, различают 4 этапа развития инфекционного процесса в половой системе родильницы.

- Первый этап: инфекция ограничена областью входных ворот. К первому этапу относятся такие клинические формы послеродовой инфекции, как послеродовая язва, эндомиометрит.



Послеродовая язва — заболевание, возникающее на 3—4-е сутки послеродового периода в области мягких тканей родовых путей: на промежности, во влагалище, шейке матки, обычно в результате инфицирования раны. Вокруг швов развиваются отек, гиперемия и инфильтрация тканей, швы покрываются гнойным налетом. Роженица ощущает жжение и боль в области раны. Общее состояние больной почти не страдает. Родильница с послеродовой язвой из физиологического послеродового отделения переводится в обсервационное отделение.

- Послеродовой эндомиометрит — воспаление внутренней поверхности матки и близлежащих слоев миометрия. Заболевание проявляется на 3— 4-е сутки послеродового периода, у родильницы повышается температура тела, появляется чувство слабости и повышенной утомляемости, снижается аппетит, нередко возникает озноб. Пульс учащается по мере повышения температуры тела. Процесс обратного развития матки замедляется, отмечается субинволюция матки. Пальпация матки болезненна, особенно в области ребер матки (по ходу сосудов), лохии становятся мутными из-за примеси гноя, иногда они име ют неприятный запах. Продолжительность заболевания 10—12 дней, зависит от тяжести заболевания. Заболевание может быть легким, средней тяжести и тяжелым. В последние годы нередко возникают стертые формы заболевания.



- Второй этап: инфекция вышла за пределы входных ворот, но осталась локализованной в пределах малого таза. Ко второму этапу относят метрит, метротромбофлебит, параметрит, тромбофлебит вен таза, матки, конечностей, пельвеоперитонит (воспаление брюшины малого таза).

Послеродовой тромбофлебит — воспаление стенки вены с последующим образованием на этом участке тромба, полностью или частично закрывающего просвет сосуда. Иногда тромбофлебиту предшествует асептический тромбоз, т. е. микробы, поступающие в кровь, оседают на тромбе, инфицируют его, а с тромба инфекция распространяется на стенку вены.

Тромбофлебит вен таза выявляется в конце 2-й недели послеродового периода. Общее состояние больной страдает. Температура субфебрильная, пульс учащен. Субинволюция матки. При влагалищном исследовании пораженные вены иногда прощупываются в основании широкой связки и на боковой стенке таза в виде болезненных, плотных извитых тяжей. Имеются изменения в крови (умеренный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышение СОЭ), гиперкоагуляция. Показательно ультразвуковое сканирование.

- Третий этап: инфекция вышла за пределы малого таза и близка к генерализованной. К нему относят разлитой перитонит, прогрессирующий тромбофлебит, септический шок.

Разлитой послеродовой перитонит представляет собой воспаление брюшины, связанное с дальнейшим распространением инфекции в брюшной полости.

Инфекция распространяется либо лимфатическим путем (как правило, из матки), либо вследствие непосредственного инфицированию брюшины (несостоятельность швов матки после кесарева сечения, перфорации гнойных образований и т. п.). При несостоятельности швов или разрыве гнойника перитонит возникает уже на 1–2^{e} сутки после родов, при лимфогенном распространении инфекции – несколько позже. Клиника послеродового разлитого перитонита характеризуется тяжелым состоянием больной. Отмечается резко выраженная тахикардия, может быть аритмия пульса. Дыхание частое, поверхностное, температура тела повышается до 39–40 С°, отмечается выраженный эксикоз, тошнота, может быть рвота, вздутие живота вследствие задержки газов и отсутствия дефекации. В особо тяжелых случаях ряд описанных симптомов (повышение температуры, раздражение брюшины) может отсутствовать.

- Четвертый этап: инфекция носит генерализованный характер. Этот этап включает сепсис с метастазами (септикопиемия) и сепсис без метастазов (септицемия).

Послеродовой сепсис — это самая тяжелая форма послеродового септического заболевания. Из очага инфекции при сепсисе постоянно или периодически микробы поступают, в общий ток крови. В ряде случаев образуются гнойные метастазы (септикопиемия), в других случаях образование метастазов отсутствует (септицемия).

Общее состояние больной тяжелое, температура тела высокая и носит гектический характер (разница между температурой утренней и вечерней колеблется от 2 до 4° С). Периодически возникают озноб, проливной пот, пульс частый, выраженная одышка. Характерным является изменение психики больной: появляется вялость, апатия, сонливость. В редких случаях, напротив, развивается возбуждение и даже бред. Кожные покровы приобретают серовато-желтоватый или землистый оттенок, на коже появляются точечные кровоизлияния (петехии).

Патологоанатомические изменения сводятся к развитию воспалительных и дистрофических процессов в паренхиматозных органах: печени, почках, сердце, селезенке.

Источником генерализованной инфекции чаще всего является послеродовой эндомиометрит.

ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- *При диагностике учитываются данные:*
- клинические: осмотр поврежденной поверхности, оценка клинических признаков. жалоб, анамнеза;
- лабораторные: общий анализ крови (лейкограмма), общий анализ мочи, бактериологическое исследование экссудата, иммунограмма;
- инструментальные: УЗИ.