

Послеродовые септические заболевания

ЦЕЛЬ ЛЕКЦИИ: Ознакомить студентов с основными причинами послеродовых гнойно-септических заболеваний, классификацией, отдельными клиническими формами, принципами лечения. Показать, что ПГСЗ наносят большой ущерб здоровью матери, материальный ущерб семье и государству, могут стать причиной материнской смертности.

ПЛАН.

- 1.Этиология и патогенез ПГСЗ
- 2.Классификация ПГСЗ.
- 3.Клинические формы ГСЗ и их лечение.
- 4.Принципы профилактики в стационаре.

Возбудителями до- и послеродовой инфекции могут быть микроорганизмы. Многие из них представляют собой обычную флору половых путей женщины-Возбудителями послеродовой инфекции могут быть также и патогенные организмы ,передающиеся половым путем (гонококки и хламидии).

ПОСЛЕРОДОВОЙ ЭНДОМЕТРИТ

Послеродовой эндометрит чаще протекает в легкой Форме и заканчивается выздоровлением; лишь у каждой 4-й родильницы он имеет тяжелое течение, при этом наблюдается гнойно-резорбтивная лихорадка и, кроме того, существует реальная угроза генерализации инфекции.

Для легкой Формы заболевания характерны относительно позднее начало (на 5-12-е сутки послеродового периода), повышение температуры до 38-38 градусов С, отсутствие озноба, умеренно увеличенная СОЭ (30-55 мм/ч), лейкоцитоз в пределах 9-12. 10^9 на л, незначительный нейтрофильный сдвиг формулы белой крови. Общее самочувствие больных существенно не меняется, сон и аппетит остаются хорошими, головных болей нет. Матка несколько увеличена, лохии длительное время остаются кровяными. Содержание общего белка крови, остаточного азота не изменяется. Для установления степени тяжести состояние больной, необходимо непрерывное наблюдение за дыханием, гемодинамикой, мочеотделением, динамикой лабораторных данных на фоне комплексного лечения в течение 24 ч. При легкой форме заболевания состояние больной за сутки существенно не ухудшается.

При тяжелой форме быстрого улучшения за сутки, как правило, не происходит, даже возможна отрицательная динамика процесса. Тяжелый эндометрит начинается на 2-3-е сутки после родов; у каждой 4-й больной он развивается на фоне хориоамнионита. Как правило, определяется болезненность матки, лохии становятся гнойными, с ихорозным запахом.

Тяжелый эндометрит, как правило, сочетается с другими гнойно-септическими заболеваниями.

В последние годы все чаще клиническая картина заболевания не отражает тяжести состояния родильницы. Время появления первых симптомов

колеблется от 1 до 7-х суток после родов. Причем клинические данные и результаты лабораторных тестов свидетельствует о легкой форме течения. При этом варианте довольно быстро наступает генерализация инфекции, так как применяемые методы лечения (в основном формально назначаемые) не оказывают должного эффекта.

Снижение иммунной реактивности у беременных является благоприятным фоном для развития гнойно-септических осложнений в родах и послеродовом периоде. С другой стороны, сам очаг воспаления, как известно, служит не только резервуаром микробов и токсинов, но и источником сенсibilизации организма. Главное, чтобы наличие стертой формы эндометрита не служило основанием к проведению "щадящей" терапии.

Эндометрит после кесарева сечения всегда протекает в тяжелой форме. Больную беспокоят головные боли, слабость, нарушения сна, аппетита, боли в низу живота. Характерна тахикардия (ЧСС более 110 уд/мин) температура тела превышает 39°C. У 3 из 4 больных бывает озноб с дополнительным повышением температуры тела. Количество лейкоцитов колеблется от 14 до 30. 10⁹/л, у всех больных отмечается нейтрофильный сдвиг формулы белой крови. Анемия развивается у каждой 3-й больной.

Эндометрит после кесарева сечения всегда протекает с признаками интоксикации и парезом кишечника. Чаще всего они отмечаются у больных, перенесших во время операции обильное кровотечение, потерю жидкости и электролитов. У больных после операции определяются признаки гиповолемии, гипопротейнемии и гипокалиемии. Клиническая картина характеризуется слабостью, головной болью, сухостью во рту, вздутием кишечника, сниженным диурезом. Определяется выраженный лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг формулы белой крови, токсическая зернистость лейкоцитов.

На фоне профилактического введения антибиотиков, инфузионно-трансфузионной терапии и других методов воздействия клиническая картина эндометрита после кесарева сечения меняется. Уменьшаются проявления воспаления (не определяется выраженный лейкоцитоз, нет сдвига лейкоцитарной формулы, нет гектических подъемов температуры, озноба). Отсутствуют явные локальные признаки воспаления, не определяется болезненность матки, увеличение ее размеров при бимануальном исследовании.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИТА.

В первую очередь необходимо сосредоточить усилия для воздействия на очаг инфекции - матку. Для этого нужна точная и ранняя диагностика, одним из вариантов которой является ультразвуковое исследование. Оно позволяет установить степень инволюции матки, наличие остатков плодного яйца в ее полости, стенок матки.

При выявлении содержимого в полости матки (примерно у 70% родильниц) предпочтительнее произвести вакуум-аспирацию, что является более

безопасным вмешательством, чем выскабливание кюреткой. Аспирацию следует производить в условиях общего обезболивания в сочетании с компонентами интенсивной терапии (атибактериальная, инфузионно-трансфузионная, детоксикационная и т.д.). Возможен и кюретаж с соблюдением определенных предосторожностей.

При отсутствии значительного количества содержимого в полости матки ограничиваются расширением цервикального канала под наркозом) для создания надежного оттока, для уменьшения всасывания продуктов распада и токсинов показано промывание полости матки растворами антисептиков и антибиотиков.

Наш опыт свидетельствует о том, что лучше применять охлажденные растворы; длительность перфузии раствора с температурой +12 градусов С без нейровегетативной защиты организма от гипотермии не должна превышать 30 мин. При длительном промывании полости матки необходимо использовать двухпросветный катетер. Перфузионное давление не должно превышать 20 см вод.ст., обычная температура раствора +12 - 15 градусов С.

Активное воздействие на матку при эндометрите позволяет существенно уменьшить интоксикацию, предупредить генерализацию инфекции, сохранить натку. Однако, при запущенном эндометрите (при состоянии родильницы, которое расценивается как среднетяжелое и крайне тяжелое) необходимо также проведение комплекса общих компонентов интенсивной терапии.

ОБЩИЕ КОМПОНЕНТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИТА. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ.

В повседневной работе используют принцип раннего назначения антибиотиков широкого спектра действия.

Для антибактериальной терапии одновременно назначают комбинацию не менее двух антибиотиков в максимальных дозах с учетом чувствительности микрофлоры, выделяемой из крови и раны, иногда в сочетании с диоксидином, раствором фурациллина, метронидазолом. В комбинацию антибиотиков включают оксациллин, ампициллин, канамицином по 6,0 г в сутки, цепадин, кефзол, цефамизин по 6,0 г в сутки, канамицин по 0,5 г 4 раза в сутки, гентамицин по 80 мг 3 раза в сутки.

ИММУНОЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ И СТИМУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИИ. При снижении иммунной защиты организма применение даже самых активных антибиотиков может оказаться безрезультатным. Назначают иммуномодулин, тимоген, человеческий глобулин, интерферон, антистафилококковый гамма глобулин, антистафилококковую плазму.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ. К противовоспалительным относятся стероидные (глюкокортикоиды и их аналоги) и нестероидные средства. Для первых характерно универсальное, быстропроявляющееся противовоспалительное и иммунодепрессивное действие.

Почти все нестероидные противовоспалительные препараты тормозят образование простагландинов, синергично действующих с другими

медиаторами воспаления, что уменьшает влияние брадикинина, гистамина, серотонина и др.

К особенностям акушерской тактики при эндометрите следует отнести следующее.

1. После установления диагноза выскабливание или вакуум-аспирацию полости матки необходимо проводить только на фоне общей анестезии и продолжающейся интенсивной терапии.

2. Эффективность описанной комплексной интенсивной терапии должна оцениваться не позже чем через 1 сут от начала лечения. При уменьшении объема матки, стабилизации клинико-лабораторных показателей и улучшении самочувствия больной следует считать воздействие на первичный очаг достаточным. В случае неэффективности комплексной терапии даже на фоне удовлетворительного самочувствия больной, но сохраняющихся клинико-лабораторных признаков воспалительной реакции следует ставить вопрос гистерэктомии - чем позже производят удаление матки, тем хуже прогноз и больше риск развития сепсиса и инфекционно-токсического шока.

ПОСЛЕРОДОВАЯ ЯЗВА (гнойно-воспалительный процесс на промежности, вульве, влагалище, шейке матки). В отличие от послеродового эндометрита при послеродовой язве вероятность генерализации процесса значительно меньше, но она не исключена. Больные с послеродовой язвой являются источником заражения для здоровых родильниц.

При наличии воспалительного инфильтрата в области швов и промежности рану следует раскрыть и обеспечить свободный отток раневого отделяемого. При нагноении необходимо дренирование гнойных полостей и тщательное промывание их антисептическими жидкостями. При гнорном пропитывании и некрозе тканей последние должны быть иссечены. Для стимуляции формирования полноценных грануляций рекомендуется назначение протеолитических ферментов (трипсин и химотрипсин) и проведение гипербарической оксигенации. Для этого 10-20 мг препарата разводят в 25-50 мл 0,25% раствора новокаина. Пропитанные раствором марлевые тампоны вводят в рану. Протеолитические ферменты на 1/3 уменьшают время заживления послеродовой язвы и позволяют раньше наложить отсроченные вторичные швы.

Антибактериальная и инфузионная терапия при послеродовой язве показаны при явлениях интоксикации и лихорадки. Принципы комплексной терапии такие же, как при лечении послеродового эндометрита.

ИНФЕКЦИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

Клиническая картина при инфицировании операционной раны характеризуется как местными, так и общими симптомами. У больных появляются слабость, снижение аппетита, болезненность в области операционной раны, температура тела изымается до 38-38,5 градусов С. Определяются инфильтрация операционной раны покраснение кожных

покровов и болезненность. Увеличивается содержание лейкоцитов, повышается СОЭ. У каждой 7-й больной имеется невыраженный парез кишечника, может быть однократная рвота, перистальтика кишечника сохраняется.

При нагноении тканей операционной раны швы снимают и обеспечивают отток раневого отделяемого; гнойные полости следует дренировать. При ревизии раны нужно исключить эвентрацию, так как она является признаком перитонита и диктует необходимость производства экстирпации матки с маточными трубами.

При лечении нагноения операционной раны руководствуются известными принципами хирургии (Кузин М.К., Костиченок Б.М., 1981): иссечение тканей, обеспечения оттока, подавление воспаления и отека, активное промывание и физическая антисептика). Показано лечение антибиотиками, общеукрепляющая, инфузионная терапия, назначение протеолитических ферментов. Лечение проводят по общим принципам.

ПОСЛЕРОДОВОЙ МАСТИТ

В последние годы частота послеродового мастита несколько уменьшилась. Однако течение заболевания отличается большим числом гнойных форм, резистентностью к лечению, обширностью поражения молочных желез, тенденцией к генерализации. Велика роль мастита в инфицировании новорожденных как в процессе лактации, так и при контакте родильниц с новорожденными. Больные маститом становятся источником инфекции и для здоровых родильниц.

Особую роль в возникновении мастита играет так называемый патологический лактостаз. К патологическому лактостазу относят клиническую картину, сопровождающуюся повышением температуры тела до 38-38,5 градусов С, равномерным нагрубанием и болезненностью молочных желез. Общее самочувствие изменяется мало. Эти явления возникают со 2-х по 6-е сутки после родов.

Без стадии лактостаза мастит развивается относительно редко. Однако между лактостазом и начальным проявлением мастита (серозным маститом) обычно проходит от 8-10 до 20-30 дней. Таким образом, патологический лактостаз можно рассматривать как латентную стадию мастита. Принимая во внимание наличие патологического лактостаза, нужно более интенсивно проводить профилактику мастита.

Исходя из особенностей клинического течения послеродового мастита в современных условиях Б. Л. Гуртовой (1975) предложил следующую классификацию:

1) Серозный (начинающийся); 2) инфильтративный; 3) гнойный; а) инфильтративно-гнойный: диффузный, узловой; б) абсцедирующий: фурункулез ареолы, абсцесс ареолы, абсцесс в толще железы, абсцесс позади железы (ретромаммарный); в) флегмонозный: гнойно-некротический; г) гангренозный.

Мастит, как правило, начинается остро. Температура тела повышается до

38,5-39 градусов С, лихорадочное состояние сопровождается ознобом или познабливанием, появляются слабость, головные боли. В молочной железе появляются боли, кожа в области поражения гиперемирована, железа несколько увеличивается в объеме. Пальпаторно в толще железы определяются уплотненные участки. Серозная форма мастита при недостаточном или безуспешном лечении в течение 1-3 дней переходит в инфильтративную. Состояние больной остается прежним - продолжается лихорадка, нарушается сон, аппетит. Более выражены изменения молочной железы: гиперемия ограничивается одним из квадрантов железы, под измененным участком кожи пальпируется плотный, мало податливый инфильтрат, нередко отмечается увеличение регионарных подмышечных лимфатических узлов. Переход в гнойную стадию мастита происходит в течение 5-10 дней. В современных условиях нередко отмечается более быстрая динамика процесса. Переход от серозного до гнойного мастита завершается в течение 4-5 дней.

В стадии нагноения мастит протекает с более тяжелой клинической картиной: высокой температурой тела (30 градусов С и выше), повторным ознобом, потерей аппетита, плохим сном, увеличением и болезненностью подмышечных лимфатических узлов.

Согласно данным Б.Л. Гуртового (1979), преобладающей клинической формой послеродового гнойного мастита является инфильтративно-гнойная. Она диагностируется у 2/3 больных и может протекать в виде диффузной или узловой формы. Диффузная форма характеризуется гнойным пропитыванием тканей без явного абсцедирования. При узловой форме образуется изолированный округлый инфильтрат без образования абсцесса.

Абсцедирующий мастит наблюдается значительно реже. К этой форме относятся фурункулез и абсцесс ареолы, абсцесс в толще железы, в том числе ретромаммарный флегмонозный мастит представляет собой обширное диффузное гнойное поражение молочной железы. Он встречается у каждом 6-7-й больной с гнойным маститом и характеризуется очень тяжелым течением: высокой температурой тела (выше 40 град С), ознобом, резким ухудшением общего состояния. При флегмонозном мастите возможна генерализация инфекции с переходом в сепсис (септикопиемия). Особенно опасно возникновение септического шока, в связи с чем необходимо раннее выявление больных с гипотонией и проведение профилактики септического шока.

Крайне редкой и очень тяжелой формой является гангренозный мастит. Наряду с местными проявлениями определяются признаки выраженной интоксикации- обезвоживание, гипертермия, тахикардия, тахипноэ.

Наряду с типичным лечением лактационного мастита в последние годы наблюдаются стертые и атипично протекающие формы заболевания. Последние характеризуются относительно легкой клинической картиной при выраженных анатомических изменениях; когда инфильтративный мастит может протекать с субфебрильной температурой, без озноба. Это затрудняет диагностику и определяет недостаточность терапевтических мероприятий.

характерной особенностью послеродового мастита в современных условиях является его более позднее начало, преимущественно после выписки женщины из родильного дома. У 65-70% женщин, больных маститом, он начинается в конце 2-й и в течение 3-й недели после родов. У 10-15% больных первые симптомы мастита появляются через 4 нед после родов.

Мастит преимущественно возникает у первородящих женщин и в возрастной группе старше 30 лет. У 90% больных маститом поражается одна молочная железа. Чаще воспалительный процесс вначале локализуется в наружных квадрантах железы: в дальнейшем он может ограничиться первичной топографией или распространиться на другие участки.

Диагностика послеродового мастита не представляет особых трудностей. Начало заболевания в послеродовом периоде, характерные жалобы и клинические проявления позволяют поставить правильный диагноз. Только в случае атипично протекающего мастита диагноз затруднителен. Из лабораторных методов исследования наиболее эффективным является клинический анализ крови (наблюдаются лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ). Интенсивность гематологических изменений обычно соответствует тяжести заболевания. Существенное значение для суждения об адекватности проводимой терапии, прогнозе заболевания имеет динамика гематологических показателей в процессе лечения.

При мастите грудное вскармливание временно прекращают. Согласно данным Б.Л. Гуртового (1981), при мастите в ряде случаев следует прибегать к подавлению, реже - к торможению лактации. Показаниями к подавлению лактации у больных с маститом при его тяжелом течении и резистентности к проводимой терапии являются: а) быстро прогрессирующий процесс - переход серозной стадии в инфильтративную в течение 1-3 дней, несмотря на активное комплексное лечение; б) гнойный мастит с тенденцией к образованию новых очагов после хирургического вмешательства; в) вялотекущий, резистентный к терапии гнойный мастит (после оперативного лечения); г) флегмонозный и гангренозный мастит; д) мастит при наличии заболеваний других органов и систем.

Вопрос о подавлении лактации следует решать индивидуально при согласии больной. Для подавления лактации используют препарат, подавляющим выработку пролактина - бромкриптин (парлодел). Положительный эффект достигается у всех рожениц, побочные явления незначительны. При неустановившейся лактации бромкриптин подавляет ее в течение 4-5 дней при приеме по 0,005 г 2 раза в день, при развившейся лактации лечение проводят в течение 7-8 дней.

В отличие от общепринятой ранее тактики (при подавлении лактации - не сцеживать молоко) Б. Л. Гуртовой рекомендует продолжать бережное сцеживание молока после введения 1мл (5ЕД) окситоцина 2 раза в день. Предварительно за 20-30 мин перед инъекцией окситоцина рекомендуется ввести 1-2 мл 2% раствора но-шпы внутримышечно. Для подавления лактации бромкриптин назначают по 0,005 г 2 раза в день в течение 14 дней. Следует отметить, что подавление лактации проводят только по строгим

показаниям у относительно небольшого числа больных. В то же время нельзя допустить развития рецидива гнойного мастита, пассивно наблюдать за тяжелым течением заболевания при резистентности к комплексной терапии. Подавление лактации в особо тяжелых случаях мастита предотвращает генерализацию процесса, является профилактикой сепсиса (септикопиемии)• При прекращении лактации, как правило, прекращается и мастит.

ЛЕЧЕНИЕ послеродового мастита должно быть комплексным; его следует начинать как можно раньше, при появлении первых признаков заболевания. Этому в настоящее время придается особое внимание, так как часто наблюдается быстрое течение мастита с большими деструктивными изменениями молочной железы. В стационаре не всегда проявляется достаточное внимание к фактору времени. Первые признаки заболевания могут появиться вечером или ночью, а лечение начинается лишь с приходом лечащего врача утром. Своевременно начатое правильное лечение почти всегда предупреждает развитие нагноительного процесса.

Основным компонентом в комплексной терапии послеродового мастита являются антибиотики. При гнойном мастите их назначение сочетается со своевременным хирургическим вмешательством. Рационально применение антибиотиков в значительной мере определяет эффективность проводимого лечения. Применение антибиотиков при лактационном мастите следует начинать сразу же после установления диагноза. В настоящее время данные первичного бактериологического исследования в повседневной практике больше служат целям коррекции уже начатой антибиотикотерапии. Лечение целесообразно начинать с назначения одного антибиотика. Препаратами выбора следует считать полусинтетические пенициллины - оксациллин, метициллин, доксациллин. Они показаны при серозной и инфильтративной форме заболевания, а также при гнойном мастите, при котором во время операции и в процессе лечения обнаруживается монокультура золотистого стафилококка.

Основными путями введения антибиотиков при мастите являются внутримышечный и внутривенный. Только при легких формах и для закрепления полученного эффекта возможно назначение препаратов внутрь. Неэффективно местное применение антибиотиков в область инфильтрата, ретромаммарно и др. Безрезультатным является применение бензилпенициллина. В комплексной терапии мастита важное место занимают средства, повышающие специфическую иммунологическую реактивность и неспецифическую защиту организма. Для этого применяют ряд средств. Эффективен антистафилококковый гамма-глобулин по 5 мл (100 МЕ) через день внутримышечно, на курсе -3-5 инъекций. Применяют антистафилококковую плазму (по 100-200мл внутривенно), адсорбированный стафилококковый анатоксин (по 1 мл интервалом 3 -4 дня, на курс 3 инъекции), гаммаглобулин по 3 мл в/м через день, на курс -4-6 инъекции.

Инфузионную терапию необходимо проводить всем больным с инфильтративным и гнойным маститом, при серозном - при наличии интоксикации. Для

инфузионной терапии используют растворы на декстрановой основе - реополиглюкин, полиглюкин, реомакродекс, полифер, синтетические коллоидные растворы - гемодез, белковые препараты - альбумин, и растворы аминокислот: аминокислотид, аминокровин, инфузол, софрадекс, желатиноль. Применяют также растворы глюкозы, изотонический раствор хлорида натрия, 4% раствор хлорида калия, 4-5% раствор натрия гидрокарбоната.

В комплексной терапии мастита используют антигистаминные препараты - супрастин, димедрол, дипразин, анаболические стероидные гормоны - нерабол, ретаболил. При резистентных к терапии формах, а также при склонности к гипотонии и септическому шоку показаны глюкокортикоиды: преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон назначают одновременно с лечением антибиотиками.

Физические методы лечения следует применять дифференцированно в зависимости от формы мастита. При серозном мастите используют микроволны дециметрового или сантиметрового диапазона, ультразвук, УФ-лучи; при инфильтративном мастите - те же физические факторы, но с увеличением тепловой нагрузки. При гнойном мастите после хирургического вмешательства вначале назначают электрическое поле УВЧ в слаботепловой дозе, в дальнейшем УФ-лучи в субэритемной, затем - в слабоэритемной дозе.

При серозном и инфильтративном мастите используют масляномазевые компрессы. С этой целью применяют масло вазелиновое, масла камфорное для наружного применения, бутадионовую мазь, линимент бальзамический (по А.В. Вишневскому).

При гнойном мастите показано оперативное лечение. Своевременно и правильно произведенная операция предупреждает распространение процесса на другие участки молочной железы, в значительной степени способствует сохранению железистой ткани и достижению благоприятного косметического результата. Операция по поводу гнойного мастита должна рассматриваться как серьезное вмешательство и выполняться в операционной в стационарных условиях врачом, располагающим соответствующим опытом и знаниями. Необходимо производить широкое вскрытие гнойного очага, при этом следует стремиться минимально травмировать молочные протоки. Наиболее часто применяют радиальный разрез - от границы околососкового кружка к периферии. Тупым путем разрушают перемычки между пораженными дольками, эвакуируют гной, удаляют некротические ткани, в рану вводят тампон или дренаж. При флегмонозном и гангренозном маститах иссекают и удаляют некротизированные ткани.

Профилактика послеродового мастита должна осуществляться в трех направлениях (Гуртовой Б.Л., 1980): строгое соблюдение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических мероприятий в акушерском стационаре; систематическое проведение мер предупреждения стафилококковой инфекции; осуществление целенаправленных мер общего и локального характера для предупреждения мастита.

Примеры из практики.

1. У рожительницы на 5 сутки отмечается подъем t до 38° . боли в области швов на промежности, При осмотре гениталий, гиперемия и инфильтрация швов на промежности с гнойным налетом. Произведено снятие швов - края раны полностью разошлись, произведена обработка 3% раствором перекиси водорода, салфетка с. гипертоническим раствором NaCl, через 2 дня с мазью Вишневского. Назначены антибиотики - Д-з: Послеродовая язва.

2. У рожительницы на 3-ьи сутки после родов обнаружена субинволюция матки и гематометра. Произведено выскабливание полости матки. На 5-ые сутки выписана домой. На следующие сутки ночью открылось маточное кровотечение и в шоковом состоянии доставлена в гинекологическое отделение. Повторное *abrasio uteri* с удалением сгустков крови. Произведена гемотранфузия - 750 мл свежей крови, противошоковые мероприятия. В последующем наблюдались t до 38° , болезненная матка, гнойные выделения из половых путей. Интенсивная терапия без эффекта. Присоединилась одышка, хрипы в легких. Д-з: Септический эндометрит. Септическая пневмония. На 8 сутки произведена экстирпация матки с трубами. Больная умерла через 5 суток от отека легкого. При разборе случая выяснилось, что больная скрывала подъемы t в роддоме. Антибактериальное лечение было запоздалым. Развился сепсис. с метастазами.

Т.0. гнойно-септические заболевания после родов представляют угрозу жизни матери. С целью их предупреждения необходимо лечить очаги хронической инфекции в организме женщины до наступления беременности: кариес зубов, хронический тонзиллит, гнойный гайморит, пиелонефрит, кольпиты, цервициты, эрозии шейки матки, энтероколиты. Во время беременности также следует проводить оздоровительные лечебные мероприятия и санацию очагов латентной инфекции, повышение защитных свойств организма женщины. В родзалах и операционных, послеродовых отделениях соблюдать строгий санэпидрежим., в родах и после родов также своевременно проводить профилактику ГСЗ.

Вопросы:

1. Каковы основные причины ПГСЗ?
2. Наиболее частые возбудители ГСЗ?
3. Сколько стадий ГСЗ?
4. Перечислите симптомы эндометрита.
5. Основные принципы лечения эндометрита.