

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«Проблема акушерского перитонита в современном акушерстве.»

Выполнила: клинический ординатор
кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Летникова Е.В

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск, 2022г.

Содержание

1.Актуальность	3
2.Определение, Этиология и патогенез.....	3
3.Классификация.	4
4.Диагностика.....	5
5. Лечение.	6
6. Реабилитация.	9
7. Профилактика.....	9
8.Заключение.	9
9. Список литературы.	9

1.Актуальность

Актуальность проблемы при перитоните после кесарева сечения (ПКС) в настоящее время не вызывает сомнений. Это обусловлено постоянно возрастающей частотой абдоминального родоразрешения, высоким уровнем материнской смертности и инвалидизации молодых женщин при данной патологии. В литературе последних десятилетий мало новых данных о клинике ПКС, поэтому до сих пор остается дискуссионным вопрос о причинах развития заболевания, недостаточно изучена его этиология и данные об изменен[^] гомеостаза, слабым местом является организация лечебно-диагностической помощи таким больным. В связи с этим возникает необходимость критического анализа имеющихся данных, особенно малоизученных факторов риска, к которым относятся и технические погрешности непосредственно во время операции, и своевременность диагностики перитонита. Актуальность этих вопросов при решении проблемы ПКС очевидна, поэтому изучение некоторых из них определило направление данной работы. Целью настоящего научного исследования является оценка малоизученных и дискуссионных факторов риска перитонита после кесарева сечения и возможностей повышения эффективности диагностики и лечения данной патологии.

2.Определение, Этиология и патогенез.

Перитонит - острое воспаление брюшины, сопровождающееся тяжелыми общими симптомами с прогрессирующим нарушением функций жизненно важных органов и систем и последующим развитием полиорганной недостаточности. Акушерский перитонит (АП) - одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода.

Этиология и патогенез:

Источником инфекции при АП в большинстве случаев является матка. Причинами могут быть хориоамнионит в родах, послеродовой эндометрит, несостоятельность или расхождение швов на матке после КС и др. АП - мультифакторная патология, обусловленная энтеробактериями (*Escherichia coli*, *Pseudomonas spp.*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.* и др.), грамположительными кокками (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus spp.* и др.), а также неспорообразующими анаэробами (бактероиды, пептококки, пептострептококки и др.). Наиболее тяжелые формы послеродового перитонита обусловлены аэробно-анаэробными ассоциациями. Ведущее место в генезе акушерского перитонита принадлежит интоксикации, обусловленной бактериальными токсинами, тканевыми протеазами, биогенными аминами (гистамин, серотонин, кинин), гиповолемии и парезу ЖКТ. Под воздействием токсинов, бактерий и продуктов их жизнедеятельности, возникают глубокие патоморфологические изменения в организме, нарушаются метаболические процессы со сдвигом их в сторону катаболизма. Угнетаются обменные процессы во всех тканях,

нарушаются функция жизненно важных органов и система гемостаза. В процессе токсического поражения клеток организма активное участие принимают продукты метаболизма арахидоновой кислоты: тромбоксаны, простаглицлины и простаглицлины, которые, выделяясь в сыворотку крови и легочную лимфу, приводят к возникновению гемодинамических и вентиляционных нарушений. Особое место в патогенезе акушерского перитонита занимает парез кишечника. Перерастяжение кишечных петель жидкостью и газами приводит к нарушению двигательной, секреторной, всасывательной функций кишечника, расстройству межутробного обмена и обезвоживанию. В его просвет поступают и там секвстрируются значительные объемы жидкости, содержащей большое количество белка, электролитов, в том числе ионов калия. Давление в просвете кишки повышается, возникает ее перерастяжение, ишемия стенки, что, в конечном счете, усиливает и усугубляет парез. В терминальной стадии важное значение приобретает угнетение симпатических и парасимпатических нервных импульсов, нарушающее функцию жизненно важных органов.

3.Классификация.

Классификация В зависимости от способа инфицирования брюшины:

- Первичный перитонит обусловлен поражением брюшины, инфицированным содержимым матки в случае операции, произведенной на фоне хориамнионита, или проникновением в брюшную полость микрофлоры кишечника в связи с патологическими изменениями его стенки при послеоперационном парезе.
- Вторичный перитонит обусловлен несостоятельностью швов на матке, эндометритом, ранением во время операции соседних органов (мочевыводящего пузыря, кишечника и др.).

По характеру экссудата:

- Серозный;
- Фиброзный;
- Гнойный.

По степени распространения:

- Ограниченный;
- Диффузный;
- Распространенный;
- Разлитой.

По клиническому течению:

- Перитонит с классическими признаками;
- Перитонит со стертой клинической картиной;

- Перитонит с затяжным течением, который характеризуется наиболее обострений, связанных с образованием межпетельных, подпеченочных, поддтафрагмальных абсцессов.

4.Диагностика

А) Жалобы и анамнез. Рекомендуется различать 3 стадии (фазы) перитонита:

1 фаза – реактивная стадия. (Эта стадия обычно продолжается 24 часа.).

2 фаза – токсическая. (Длительность стадии составляет 24 – 72 часа.).

3 фаза – терминальная. (Продолжается данная фаза свыше 7 часов.).

В клинической картине акушерского перитонита рекомендовано выделять ранее начало (на 1 – 2 сутки после операции), гипертермию (температура тела 39,0С и выше), выраженную тахикардию, парез кишечника. В зависимости от времени послеоперационного периода, отмечается (к концу вторых суток развивается паралитическая непроходимости кишечника, с 3 – 4 дня после операции быстро нарастают признаки интоксикации, появляется экссудация в брюшную полость, транссудация в кишечник, на 4 – 9 сутки развивается перитонит на фоне эндометрита и несостоятельности швов на матке, сопровождающихся обильными гнойными выделениями из влагалища и попаданием содержимого матки в брюшную полость.). Перитонит со стертой клинической картиной характеризуется стойким учащением пульса, метеоризм, временно уменьшающимся после стимуляции желудочно-кишечного тракта, выраженной болезненностью матки, особенно в области ее разреза, лейкоцитозом со сдвигом формулы влево, увеличением числа палочкоядерных лейкоцитов до 40 %, лимфопенией, снижением содержания общего белка крови и альбуминов. В начале заболевания больным нередко устанавливают диагноз эндометрита. Применение антибиотиков еще более затушевывает клиническую картину. Однако для данного типа перитонита характерен выраженный и стойкий парез кишечника. Иногда консервативные мероприятия дают временный и неполный эффект. Симптомы раздражения брюшины часто отсутствуют и появляются уже в запущенной стадии заболевания.

Б) Физикальное обследование На этапе постановки диагноза:

- Рекомендуется общее физикальное обследование роженицы (осмотр кожных покровов и слизистых оболочек, пальпация региональных лимфоузлов, молочных желез, живота, выявление нарушений перистальтики, перитонеальных симптомов, осмотр швов на передней брюшной стенке, промежности, пальпация по ходу сосудистых пучков нижних конечностей);
- Рекомендуется термометрия, измерение частоты пульса и артериального давления;

- Рекомендуется проведение влагалищного исследования. Комментарии: влагалищное исследование включает осмотр наружных половых органов, осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах, влагалищное пальцевое бимануальное исследование органов малого таза. При осмотре в зеркалах необходимо обратить внимание на состояние цервикального канала (его зияние, мутные лохии позволяют заподозрить ПЭ и наличие в матке патологических субстратов), при бимануальном исследовании следует определить консистенцию матки, ее размеры. У большинства больных отмечается болезненность при пальпации матки в области дна и боковых стенок.

В) Лабораторная диагностика. На этапе постановки диагноза:

- Рекомендуется провести общий анализ крови (лейкоцитоз или лейкопения, нейтрофилез с резко выраженным сдвигом влево, прогрессирующая анемия, тромбоцитопения), гемостазиограмму (выявление гиперкоагуляции, иногда признак коагулопатии потребления), биохимический анализ крови: (нарушение белкового обмена, изменение показателей липидного обмена, увеличение содержания азотистых шлаков; определение С-реактивного протеина, прокальцитонина; развитие метаболического ацидоза и респираторного алкалоза), общий анализ мочи (протенурия, лейкоцитурия, цилиндрурия).
- Рекомендуется проводить забор биологических сред для проведения микробиологических исследований с количественной оценкой микробной обсемененности и определением чувствительности к антибактериальным препаратам: крови (особенно при ознобах), отделяемого из матки и брюшной полости (при возможности во время операции) и отделяемого из дренажей в послеоперационном периоде.

Г) Инструментальная диагностика На этапе постановки диагноза:

- Рекомендуется выполнение УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза, определение наличия свободной жидкости в брюшной полости.
- Рекомендуется проведение рентгенологического исследования брюшной полости.
- Рекомендуется выполнение магнитно-резонансной томографии (МРТ).
- Рекомендуется проведение диагностической лапароскопии.

5. Лечение.

Лечение акушерского перитонита проводят в отделении интенсивной терапии или реанимации совместно акушером-гинекологом, хирургом, реаниматологом и терапевтом. Цели лечения: Удаление гнойного очага,

исчезновение инфекционно-воспалительного процесса, предотвращение развития осложнений, клиническое выздоровление.

Показания к госпитализации: Акушерский перитонит является показанием для госпитализации в отделение интенсивной терапии или реанимации акушерскогинекологического стационара. Форма помощи: Несмотря на планирование проведения диагностических и лечебных мероприятий пациента при акушерском перитоните, помощь носит неотложных характер. Отсрочка хирургического вмешательства, антибактериального и инфузионного лечения утяжеляет прогноз у конкретного больного, увеличивает риск летального исхода. Рекомендуются проводить терапию в три этапа: предоперационная подготовка, хирургическое вмешательство и интенсивная послеоперационная терапия.

Рекомендуется предоперационную подготовку выполнять в течение 1,5 – 2 часа. Комментарий: проводят декомпрессию желудка с помощью назогастрального зонда, катетеризацию подключичной вены, инфузионную терапию, включающую детоксикационные растворы, белковые препараты, электролиты; внутривенное введение антибактериальных препаратов. Затем выполняют хирургическое вмешательство – релапаротомия с экстирпацией матки, санацией и дренированием брюшной полости.

Рекомендуется в послеоперационном периоде проводить комплексное лечение:

Антибактериальная терапия; Коррекция метаболических нарушений; Инфузионно-трансфузионная, детоксикационная, общеукрепляющая, десенсибилизирующая, иммуномодулирующая, симптоматическая, гормональная терапия; коррекция нарушений гемостаза и нарушений функции жизненно важных органов; Симптоматическая терапия гиповолемического шока, легочной, почечно-печеночной недостаточности, нарушений функции ЦНС; Стимуляция и восстановление моторно-эвакуаторной функции ЖКТ; Проведение методов детоксикации: гемосорбция, плазмаферез, гемодилюция.

Важно, при установлении диагноза акушерского перитонита проводят эмпирическую антибактериальную терапию ЛС широкого спектра действия в максимально допустимой терапевтической дозировке, с учетом обсемененности первичного очага инфекции, клинических проявлений и наиболее вероятного возбудителя. После идентификации возбудителя при необходимости проводят коррекцию антибиотикотерапии. Ее продолжают до нормализации температуры тела и лабораторных показателей. При перитоните, обусловленном ассоциациями аэробных и анаэробных бактерий, проводят монотерапию антибиотиками широкого спектра действия или применяют комплексную терапию цефалоспорины или ингибиторозащищенными пенициллинами, воздействующими на

грамположительную и грамотрицательную аэробную микрофлору, в сочетании с метронидазолом или линкозамидами, эффективными в отношении анаэробов.

Эмпирическая антибактериальная терапия:

Амоксициллин/клавуланат 1,2 г х 3 р/сут в/в

Ампициллин/сульбактам 1,5 г х 3-4 р/сут в/в

Амоксициллин/сульбактам) 1,5 г х 3 р/сут в/в

Цефоперазон/сульбактам 2-4 г х 2 р/сут в/в

Цефтриаксон, 1–2 г х 1 р/сут в /в +Метронидазол, 500 мг х 3 р/сут в /в

Цефотаксим, 1–2 г х 3 р /сут в /в+Метронидазол, 500 мг х 3 р/сут в /в

Цефепим, 1–2 г х 2 р /сут в /в+Метронидазол, 500 мг х 3 р/сут в /в

Ципрофлоксацин, 400 мг 2 р /сут в /в +Метронидазол, 500 мг х 3 р/сут в /в

Альтернативная терапия:

Имипенем/циластатин 500 мг х 3-4 р/сут в/в

Меропенем 1 г х 3 р/сут в/в

Пиперациллина тазобактам 4,5 г х 4 р/сут в/в

Оперативное лечение

- Рекомендуется проводить релапаротомию, включающую экстирпацию матки с трубами, удаление яичников при гнойном поражении, ревизию и санацию брюшной полости, поддиафрагмального пространства, боковых каналов, удаление гнойного экссудата, декомпрессию кишечника с помощью длинных тонкокишечных зондов типа Эбботта-Миллера, адекватное дренирование брюшной полости через переднюю брюшную стенку. Дренажи сохраняют до восстановления перистальтики кишечника и прекращения оттока, отделяемого из брюшной полости.

Симптоматическое лечение

-Рекомендовано для профилактики кандидоза и дисбактериоза применять флуконазол** 150 мг. в/в однократно каждые 7 дней продолжающегося лечения АБ препаратами.

-Рекомендовано для предупреждения аллергических реакций использовать антигистаминные препараты.

-Рекомендовано в комплекс лечения АП включать инфузионную терапию.

-Рекомендовано в связи с выявленной активациейпрокоагулянтного и тромбоцитарного звеньев системы гемостаза применять низкомолекулярные гепарины (надропарин кальция эноксапарин натрия**).

-Рекомендовано при тяжелых формах АП применение эфферентных методов: гемосорбция, плазмаферез, лазерное облучение крови, озонотерапия. Комментарии: с помощью этих методов достигается детоксикация, реологическая коррекция и иммунокоррекция. Вследствие сочетанного действия всех этих механизмов производится экстракорпоральная элиминация токсических субстанций, антигенов; происходит снижение вязкости крови, улучшение микроциркуляции, нормализация измененного тканевого метаболизма. Дополнительные эффекты обусловлены искусственной управляемой гемодилюцией путем введения инфузионных медикаментозных средств направленного действия.

6. Реабилитация.

Рекомендуется включить в план реабилитационных мероприятий физиотерапевтические методы воздействия, санаторно-курортное лечение.

7. Профилактика

Рекомендовано профилактику акушерского перитонита начинать во время подготовки к операции. В случае развития кровопотери до операции (предлежание, отслойка плаценты) необходимо устранить дефицит ОЦК, восстановить или стабилизировать системы макро- и микроциркуляции, гемостаза и т.д. Рекомендовано использование в рамках профилактических мероприятий утеротоников (метилэргометрин**, окситоцин**) во время операции и в течение 3 - 4 дней после операции. Рекомендовано использовать соотношение между растворами коллоидов и кристаллоидов 1:1. Избыточное переливание кристаллоидов вызывает у акушерских больных быструю гипергидратацию. По показаниям объем инфузионной терапии может быть увеличен. Рекомендовано с целью детоксикации управляемую гемодилюцию сочетать со стимуляцией диуреза (по 20 мг фуросемида после каждого литра введенной жидкости). Рекомендовано на 2-е сутки после операции инфузионную терапию продолжить в объеме – 1200 – 1500 мл. На 3-и сутки нормальном течении послеоперационного периода инфузионную терапию прекратить

8.Заключение.

Таким образом лечение акушерского перитонита должно быть комплексным, взаимодополняющим друг друга на всех этапах лечения с учетом новых взглядов на этиопатогенез развития острого перитонита.

9. Список литературы.

1. Клинический протокол «Септические осложнения в акушерстве», 2017

2. Начальная интенсивная терапия септического шока в акушерстве (клинические рекомендации) Журнал: Анестезиология и реаниматология. 2019
3. Особенности септического шока в акушерстве, 2017г. Куликов А.В., Спирин А.В. Левит А.В. Малкова О.Г.
4. Сепсис в акушерско-гинекологической практике: Учебное пособие для врачей/ Е.А. Близнюк, С.Г. Зражевская, Н.В. Климова, Т.А. Маркина. – Благовещенск, 2013г.