

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра акушерство и гинекология ИПО

Зав.кафедрой: д.м.н., профессор

Базина М.И.

РЕФЕРАТ

На тему: «Акушерский перитонит после операции кесарева
сечения»

Выполнила:

клинический ординатор

1-го года обучения

Шешукова С.М.

Проверила: к.м.н.,

доцент кафедры

Шапошникова Е.В.

Красноярск, 2020 г.

Содержание:

1. Введение
2. Краткая информация
 - 2.1. Определение
 - 2.2. Этиология и патогенез
 - 2.3. Эпидемиология
 - 2.4. Коды по МКБ - 10
 - 2.5. Классификация
3. Диагностика
 - 3.1. Жалобы и анамнез
 - 3.2. Физикальное обследование
 - 3.3. Лабораторная диагностика
 - 3.4. Инструментальная диагностика
 - 3.5. Дифференциальная диагностика
4. Лечение
 - 4.1. Схема АБ терапии при перитоните
 - 4.2. Оперативное лечение
 - 4.3. Симптоматическое лечение
5. Реабилитация
6. Профилактика
7. Список литературы

1. Введение

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^Л 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. Краткая информация

2.1. Определение

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.

2.2. 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.

2.3. Эпидемиология

Частота перитонита после операции кесарева сечения варьирует в различных стационарах от 0,1 до 1,5 %. В значительной мере она определяется контингентом беременных, рожениц и родильниц, а также уровнем оказания акушерской помощи. Чаще всего перитонит возникает после операции кесарева сечения (98 %), значительно реже - вследствие гнойного сальпингоофорита и септикопиемии (1-2 %). Более чем в 55 % случаев перитонит развивается в следствие несостоятельности швов на матке, около 30 % - при инфицировании брюшины внутриматочным содержимым при выполнении операции на фоне хориомнионита, 15 - 20 % - в результате нарушения барьерной функции кишечника. В структуре материнской летальности от послеродового сепсиса перитонит занимает 37 - 40 %.

2.4. Коды по МКБ - 10

Другие послеродовые инфекции (086):

086.8 - Другие уточненные послеродовые инфекции.

2.5. 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 (мочевого 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, подтафрахмальных абсцессов.

3. Диагностика

3.1. 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 раннее 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 непроходимость кишечника, с 3 - 4 дня после операции быстро нарастают признаки интоксикации, появляется экссудация в брюшную полость, трансудация 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, увеличение 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.

3.2. 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.

3.3. 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.

3.4. 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.

3.5. Дифференциальная диагностика

- Рекомендуется на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования перитонит (в реактивной стадии) дифференцировать в тяжелой форме эндометрит, острым гнойным пиелонефритом, почечной и печеночной коликой, внутрибрюшным кровотечением, общими инфекционными заболеваниями.

4. 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 акушерско-гинекологического 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.

- Рекомендуется проводить терапию в три этапа: предоперационная подготовка, хирургическое вмешательство и интенсивная послеоперационная терапия.
- Рекомендуется предоперационную подготовку выполнять в течение 1,5 - 2 часа.

Комментарии: 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.

Комментарий: 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 применяются комплексную тепию цефалоспорины или ингибиторозащищенными пенициллинами, воздействующими на грамположительную и грамотрицательную аэробную микрофлору, в сочетании с метронидазолом или линкозамидами, эффективными в отношении анаэробов.

4.1. Таблица 1. Схема АБ терапии при перитоните

	Название группы	Название препарата	Схемы введения
Монотерапия	Цефалоспорины	Цефепим**	1-2 г. х 2 р. Всут., в/в.
	Карбапенемы	Имипенем + Циластатин**	0,5-1 г. х 3-4 р. в сут., в/в.
	Карбапенемы	Меропенем**	0,5-1 г. х 3 р. В сут., в/в.
	Цефалоспорины + Аминогликозиды+ Противопроtoзойные и противомикробные препараты	Цефотаксим**/ Цефтазидим**/ Цефоперазон**/ Цефтриаксон** + Гентамицин**/ Нетилмицин/Амикацин** + Метронидазол**	1-2 г. х 3р. в сут., в/в + 3- 5 мг/кг в сут. в/в 4 -7,5 мг/кг в сут. в/в 15-20 мг/кг всут. в/в + 0,5 г. 3 р. в сут., в/в
	Цефалоспорины + Аминогликозиды + линкозамиды	Цефотаксим**/ Цефтазидим**/ Цефоперазон**/	1-2 г. х 3 р. в сут., в/в +

Комбинированная терапия		Цефтриаксон** + Гентамицин**/ Нетилмицин / Амикацин ** + Линкомицин**/ Клиндамицин**	3-5 мг/кг в сут. в/в / 4-7,5 мг/кг в сут. в/в / 15-20 мг/кг в сут. в/в + 0,6 г. х 3 р. в сут., в/в / 0,6 г. х 3 р. в сут., в/в
	Защищенные пенициллины + Аминогликозиды + Противопроtoзойные и противомикробные препараты	Амоксициллин + Клавулановая кислота**+ Гентамицин**/ Нетилмицин/ Амикацин** + Метронидазол**	1,2 г. х 3р. в сут., в/в + 3- 5 мг/кг в сут. в/в / 4- 7,5 мг/кг в сут. в/в / 15-20 мг/кг всут. в/в + 0,5 г. х 3р. в сут., в/в
	Защищенные пенициллины + Аминогликозады	Тикарциллин + Клавулановая кислота / Пиперациллин + Тазобактам + Гентамицин** / Нетилмицин / Амикацин**	3,1 г. в/в 3-4 р. в сут. / 4,5 г. в/в х 3 р. в сут. + 3-5 мг/кг всут. в/в / 4- 7,5 мг/кг в сут. в/в / 15 -20 мг/кг в сут. в/в
	Цефалоспорины + Оксазолидины	Цефотаксим** / Цефтазидим** / Цефоперазон** / Цефтриаксон** + Линезолид**	1-2 г. в/в х 2р. в сут. + 0,8-12 г/сут. (10 мг/кг в сут. В 2 введения) в/в
	Цефалоспорины + Линкозамиды	Цефотаксим** / Цефтазидим** / Цефоперазон** / Цефтриаксон** + Клиндамицин**	1-2г. в/в х 2р. в сут. + 0,6 г. х 3 р. в сут. в/в.

4.2. 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 довосстановления перистальтики кишечника и прекращения оттока, отделяемого из брюшной полости.

4.3. 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 реакция использовать антигистаминные препараты.

Рекомендовано в комплекс лечения АП включать инфузионную терапию.

Рекомендовано в связи с выявленной активацией прокоагулянтного 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.

5. Реабилитация

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

6. 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.

Список литературы:

1. Баев О.Р., Стрижаков А.Н. Современные подходы к профилактике гнойносептических осложнений после кесарева сечения // Вестн. Росс. ассоц. акуш.-гинекологов. — 2002. — №4. — С. 40—47
2. Серов В.Н., Жаров В.Е., Макацария А.Д. Акушерский перитонит. — М.: КРОН-ПРЕСС, 2003. — 256 с.
3. Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2012/ed. J.L. Vincent.- Springer-2012-845 p.
4. Bacterial Sepsis in Pregnancy. Green-top Guideline No. 64a 1st edition April 2012
5. Bacterial Sepsis following Pregnancy. RCOG. Green-top Guideline No.64b. 1st edition, April 2012
6. Bates Sh.M., Greer I. Pabinger A.I., Sofaer Sh., Hirsh J. EvidenceBased Clinical Practice Guidelines (8th Edition) and Pregnancy: Venous Thromboembolism, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy/ Chest 2008; 133: 844-886.
7. Caesarean section: Evidence Update March 2013. A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 132 'Caesarean section' (2011).- 28 p. <https://arms.evidence.nhs.uk/resources/hub/953379/attachment>.
8. Carlsen S, Perner A; for the East Danish Septic Shock Cohort Investigators. Initial fluid resuscitation of patients with septic shock in the intensive care unit. Acta Anaesthesiol Scand. 2011 Apr;55(4):394- 400.
9. Castro E.O., Figueiredo M.R., Bortolotto L., Zugaib M. Sepsis and septic shock during pregnancy: clinical management// Rev. Bras. Ginecol. Obstet.- 2008- Dec;30(12): -P. 631-8.
10. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mother's Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006- 2008. BJOG 2011; 118 (suppl. 1): 1-203.
11. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mother's Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006- 2008. BJOG 2011; 118 (suppl. 1): 1-203.
12. Chamberlain D.J., Willis E.M., Bersten A.B. The severe sepsis bundles as processes of care: A meta-analysis. Aust Crit Care. 2011 Feb-14.
13. Dellinger R.P., Levy M.M., Carlet J.M. e al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. //Intensive Care Med.- 2008 - Jan;34(1) - P. 17- 60.