

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний
Кафедра акушерства та гінекології

**ЗАТВЕРДЖУЮ**
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«01» вересня 2023 р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс VI

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №37. Тема: «Оперативні втручання в акушерстві. Післяпологові септичні захворювання»

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від «28» серпня 2023 р.

Завідувач кафедри _____



_____ Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології



Панчук Е.А.

Практичне заняття №37.

Тема: «Оперативні втручання в акушерстві. Післяпологові септичні захворювання»

Мета: Оволодіти навичками виконання амніотомії, перінеотомії, епізіотомії. Навчити визначати показання, протипоказання та умови до операцій накладання акушерських щипців, вакуум-екстракції плода, кесаревого розтину. Оволодіти методиками збору анамнезу у породіль з інфекційними післяпологовими захворюваннями. Засвоїти план клініко-лабораторного обстеження з інфекційними післяпологовими захворюваннями. Навчити складати план лікування породіль з інфекційними післяпологовими захворюваннями. Сформувати чітке уявлення про послідовність надання допомоги при оперативних втручаннях в акушерстві.

Основні поняття: Показання, протипоказання, умови та підготовка до оперативних втручань при вагінальному та абдомінальному розродженні в акушерстві. Основні етапи акушерських операцій. Знеболювання операцій. Інструментарій. Асептика та антисептика. Ведення післяопераційного періоду. Післяпологові септичні захворювання. Класифікація, етіологія, патогенез, діагностика, принципи лікування, профілактика. Невідкладна допомога при септичних станах в акушерстві. Показання до хірургічного лікування.

Обладнання: Професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, муляжі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних досліджень, ситуаційні задачі, пацієнти, історії хвороби.

Навчальний час: 2 год.

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).

Частота оперативного розродження в теперішній час досягає 20-24%. Домінує в структурі оперативних втручань операція кесаревого розтину. За наявності показань для екстреного розродження у ряді випадків методом вибору є інструментальне розродження (акушерські щипці або вакуум-екстракція плода), а не операція кесаревого розтину.

Післяпологові септичні захворювання розвиваються в період від 2-3 доби після пологів до кінця 6-го тижня та є важливою причиною захворюваності й

смертності в акушерській практиці. Частота післяпологової інфекції може коливатись від 2 до 10% усіх пологів, а в групах підвищеного ризику сягати 50%.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- здатність визначати принципи лікування захворювань;
- здатність діагностувати невідкладні стани;
- здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу;
- здатність виконувати медичні маніпуляції;
- здатність визначати тактику ведення післяпологового періоду;
- здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- показання, протипоказання, умови та підготовка до оперативних втручань при вагінальному та абдомінальному розродженні в акушерстві;
- основні етапи акушерських операцій;
- знеболювання операцій;
- інструментарій;
- асептика та антисептика;
- ведення післяопераційного періоду;
- післяпологові септичні захворювання;
- класифікація, етіологія, патогенез, діагностика, принципи лікування, профілактика;
- невідкладна допомога при септичних станах в акушерстві;
- показання до хірургічного лікування.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

1. Загальні відомості про акушерські операції. Показання, умови, протипоказання.
2. Підготовка. Обстеження. Інструментарій
3. Операції для підготовки пологових шляхів (амніотомія, перинео- та епізіотомія).
4. Акушерські щипці. Показання, умови, протипоказання.
5. Вакуум-екстракція плода. Показання, умови, протипоказання.

6. Кесарів розтин у сучасному акушерстві. Показання та протипоказання до кесаревого розтину.
7. Визначення поняття «післяпологова інфекція», «внутрішньолікарняна» інфекція?
8. Класифікація, етіологія, патогенез, діагностика, принципи лікування, профілактика.
9. Невідкладна допомога при септичних станах в акушерстві.
10. Показання до хірургічного лікування.

Типові ситуаційні задачі:

1. У першонароджуючої розміри тазу 23-26-29-17,5 см. Пологова діяльність активна. Передбачувана маса плоду 3300±200,0 г. Головка плоду притиснута до входу в малий таз. Ознака Вастена позитивна. Відкриття маткового зіву повне. Плодовий міхур відсутній. Підтікають світлі навколоплідні води. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 140 уд/хв.

Діагноз: Анатомічно вузький таз I ст. Клінічно вузький таз. Загроза розриву матки

План лікування: Лапаротомія. КР в нижньому матковому сегменті в ургентному порядку

2. Породілля переведена у відділення обсервації на 5 добу післяпологового періоду. У пологах виконана епізіотомія. Скарги на нездужання, болі в області промежини. Краї епізіотомної рани покриті гнійним нальотом, гіперемовані. Температура тіла 37,2⁰С, пульс 88 уд/хв. Молочні залози м'які. Матка щільна, дно на 6 см вище лона. Лохії серозно-кров'яні, помірні.

Діагноз: 5 доба післяпологового періоду. Нагноєння епізіотомної рани

План лікування: зняття швів, видалення некротизованих тканин, розкриття та дренивання рани, антисептики, стимуляція загоєння, накладення вторинних швів після очищення рани.

Типові тестові завдання:

1. Повторнонароджуюча 25 років поступила з вилиттям навколоплідних вод при терміні гестації 38 тижнів. Пологової діяльності немає. АТ 159/105 мм рт. ст., пастозність обличчя і передньої черевної стінки, виразні набряки ніг. Положення плоду подовжнє, тазовий кінець плоду над входом в малий таз. Серцебиття плоду приглушене, 110-115 уд/хв. Шийка матки довжиною 2,5 см, щільна, канал прохідний для 2 см, плодового міхура немає, тазовий кінець плоду над входом в малий таз. Мис недосяжний. Яка тактика лікаря?

- A. Лікування гестозу, спостереження
- B. Лікування гестозу, пологозбудження окситоцином
- C. Лікування гестозу, пологозбудження простагландинами
- D. Екстракція плоду за тазовий кінець
- E. Кесарів розтин

2. У першонароджуючої розміри тазу 25-28-31-20 см. Пологова діяльність активна. Вилилися світлі навколоплідні води. Передбачувана маса плоду 4500±200,0. Головка плоду притиснута до входу в малий таз. Ознака Вастена

позитивна. Відкриття маткового зіву повне. Плодовий міхур відсутній. Мис недосяжний. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 136 уд/хв. Яка тактика ведення пологів?

- A. Вичікувальна тактика
- B. Пологопосилення окситоцином
- C. Кесарів розтин
- D. Акушерські щипці
- E. Плідоруйнуюча операція

Вірні відповіді: 1 – E; 2 – C.

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів ділимо на 3 підгрупи в кількості по 4-5 здобувачів в кожній.

Після наведеної ситуаційної задачі даємо завдання:

I підгрупа – поставити попередній діагноз і скласти план обстеження;

II підгрупа – скласти алгоритм лікування;

III підгрупа – оцінює правильність відповіді I і 2 підгруп, вносить корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Породілля на 5 добу після пологів поскаржилася на біль та напруженість в правій молочній залозі, підвищення температури тіла до 39⁰C. Патології з боку статевих органів не виявлено. Права молочна залоза щільна, болісна при пальпації.

Діагноз: 5 доба післяпологового періоду. Лактостаз.

План лікування: зціджування молока

2. Породілля 23 років, переведена у відділення обсервації на 4 добу після пологів у зв'язку з підвищенням температури до 38,8⁰C. Пологи ускладнилися тривалим безводним періодом (19 год). Об'єктивно: температура тіла 38,8⁰C, озноб, пульс 100 уд/хв. Живіт болісний в гіпогастрії. Дно матки на 4 см нижче пупка. При вагінальному дослідженні: матка збільшена до 18 тижнів вагітності, м'яка, болісна. Виділення з неприємним запахом.

Діагноз: 4 доба післяпологового періоду. Післяпологовий ендоміометрит

План лікування: Антибіотикотерапія (2 антибіотики + метронідазол 7-10 днів), інфузійна терапія, дезінтоксикаційна терапія, за неефективності – лапаротомія, екстирпація матки з матковими трубами, дренажування черевної порожнини.

Нетипові тестові задачі:

1. Породілля 23 років переведена у відділення обсервації на 5 добу після пологів у зв'язку з підвищенням температури до 38,8⁰C. Пологи ускладнилися слабкістю пологової діяльності, тривалим безводним періодом, післяпологовою гіпотонічною кровотечею, ручним обстеженням порожнини матки. Об'єктивно: температура тіла 38,8⁰C, озноб, пульс 100 уд/хв. Живіт болісний в гіпогастрії.

Дно матки на 4 см нижче пупка. При вагінальному дослідженні: матка збільшена до 18 тижнів вагітності, м'яка, болісна при пальпації. Виділення темні, з неприємним запахом. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Лохіометра
- B. Субінволюція матки
- C. Післяпологовий ендоміометрит
- D. Післяпологовий пельвіоперитоніт
- E. Сепсис

2. У породіллі 5 днів тому у зв'язку з дистресом плоду був проведений кесарів розтин. У післяопераційному періоді з першої доби - стабільний підйом температури до 39,0°C на тлі прийому трьох антибіотиків. На 4-й день збільшився об'єм лівої гомілки. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Інфікування післяопераційної рани
- B. Інфікування гематоми післяопераційної рани
- C. Акушерський перитоніт
- D. Запалення органів сечовивідної системи
- E. Тромбофлебіт вен гомілки

Вірні відповіді: 1 – C; 2 – E.

3.2. Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо).

Операції для підготовки пологових шляхів (амніотомія, перинео - та епізіотомія)

Амніотомія – використовується для індукції та регуляції пологової діяльності.

Методика виконання:

- Обробка зовнішніх статевих органів вагітної чи породіллі антисептиком
- Внутрішньо-акушерське дослідження для визначення наявності навколоплідного міхура, його напруження
- Ввести крючок для амніотомії в піхву, перемістити його таким чином, щоб кінчик інструменту досяг навколоплідний міхур
- Розвернути інструмент навколо осі таким чином, щоби гостра частина крючка зачепила оболонку навколоплідного міхура
- Розірвати оболонку
- Середнім та вказівним пальцями розширити отвір, знімаючи оболонки навколоплідного міхура з передлеглої частини
- Оцінити кількість та якість навколоплідних вод
- Упевнитися в тому, що передлегла частина притиснулася до площини входу в малий таз, перед передлеглої частиною не визначаються петлі пуповини.

Перинео- та епізіотомія – має метою уникнути розривів промежини і пологових черпно-мозкових травм дитини.

Перинеотомія: розріз проходить по середній лінії промежини, де наявне мінімальна кількість судин та нервових закінчень. При такому розрізі

розсікається шкіра, підшкірна жирова клітковина, задня спайка піхви, фасції, луковично-печериста, поверхневий і глибокий поперечні м'язи промежини.

Методика виконання:

- Після обробки зовнішніх статевих органів завести браншу ножиць за задню спайку
- Здійснити розріз промежини в напрямку від задньої спайки до анального отвору довжиною 1,5-2 см.

Епізіотомія: розріз проходить з однієї сторони через велику статеву губу у напрямку до сідничного бугра.

Методика виконання :

- Після обробки зовнішніх статевих органів завести браншу ножиць за задню спайку і перемістити на 2 см вгору
- Здійснити розріз промежини в напрямку від статевої щілини до сідничного бугра довжиною 1,5-2 см.

Акушерські щипці

Будова акушерських щипців. Основна модель щипців, яка використовується в нашій країні, це щипці Сімпсона-Феноменова. Щипці складаються з двох гілок (або ложок) – правої і лівої. Кожна гілка складається з 3 частин: ложка, замкова частина і рукоятка.

Показання для операції накладання акушерських щипців

I. Показання з боку матері:

А. Патологія вагітності та пологів.

1. Тяжкий ступінь прееклампсії або еклампсія.
2. Передчасне відшарування плаценти в II періоді пологів (голівка в порожнині малого тазу).
3. Ендометрит під час пологів.
4. Слабкість пологової діяльності в II періоді родів, яка не піддається медикаментозному лікуванню.
5. Емболія навколоплідними водами та інші невідкладні стани.

Б. Тяжка екстрагенітальна патологія, яка вимагає виключення або скорочення II періоду пологів:

1. Декомпенсовані захворювання серцево-судинної системи (пороки серця, порушення серцевого ритму, стенокардія, інфаркт міокарду, гіпертонічний криз, тощо).
2. Загроза або початок відшарування сітківки ока.
3. Крововилив в мозок (інсульт).
4. Гостра дихальна, печінкова, ниркова недостатність.
5. Тромбоемболія легеневої артерії.
6. Кровохаркання, набряк легенів та інші.

II. Показання з боку плода: гостра гіпоксія (дистрес) плода.

Умови для накладання щипців:

1. Живий плід.
2. Повне відкриття шийки матки.

3. Відсутність плодового міхура.
4. Відповідність між розмірами голівки плода і тазу матері.
5. Голівка плода повинна бути розташована в порожнині малого тазу або в площині виходу з малого тазу.

Операція накладення акушерських щипців вимагає наявності всіх перерахованих умов. За відсутності хоч би однієї з цих умов операція протипоказана.

Протипоказання для накладання щипців:

1. Мертвий плід.
2. Недоношений (вага менше 2000 г) або гігантський плід (вага більше 5000 г). Це пов'язано з розмірами щипців, які найбільш підходять для голівки доношеного плода середніх розмірів.
3. Аномалії розвитку плода (гідроцефалія, аненцефалія).
4. Анатомічно вузький таз (II, III і IV ступенів) та клінічно вузький таз.
5. Розгинальні вставлення голівки (передній вид передньо-головного, лобного, лицевого).
6. Голівка плода знаходиться над входом в малий таз, притиснута, вставилася малим або великим сегментом в площину входу в малий таз.
7. Високе пряме стояння голівки.
8. Тазове передлежання плода.
9. Неповне відкриття шийки матки.
10. Велика пологова пухлина на голівці плода.

Правила і техніка накладання акушерських щипців

Якщо голівка плода знаходиться в площині виходу з малого тазу, накладають *вихідні акушерські щипці (типові)* в поперечному розмірі тазу, а якщо голівка ще знаходиться у вузькій частині порожнини малого тазу – накладають *порожнинні акушерські щипці (атипові)* в одному з косих розмірів тазу.

Операція екстракції акушерськими щипцями проводиться в такому порядку:

Підготовка до операції:

- 1) катетеризація сечевого міхура;
- 2) дезинфекція зовнішніх статевих органів;
- 3) проведення наркозу;
- 4) вагінальне дослідження з метою підтвердження наявності умов для накладення щипців;
- 5) розміщення щипців у складеному вигляді, визначення лівої та правої гілок.

При витяганні голівки плода в щипцях зростає ризик розриву промежини, накладення акушерських щипців, як правило, поєднується з епізіотомією.

Виконання операції:

Операція накладення акушерських щипців складається з наступних моментів:

1. Введення і розміщення ложок щипців

2. Замикання гілок щипців
3. Пробна тракція
4. Робочі тракції – екстракція плода
5. Зняття щипців
6. Народження плечиків

Правила накладання акушерських щипців

При вивченні техніки треба керуватися потрійним правилом М.С. Малиновського.

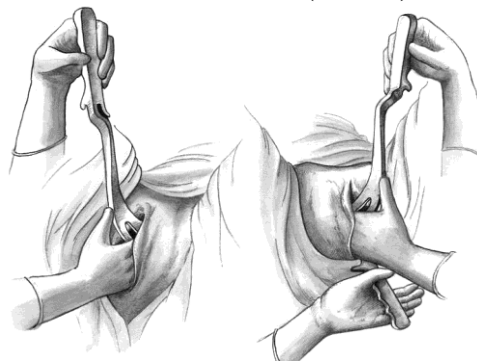
Перше – "три ліворуч – три праворуч". Першою вводиться ліва ложка, лівою рукою в ліву половину таза. Другою вводиться права ложка, правою рукою в праву половину таза.

Друге правило – "три осі": при накладанні щипців повинні збігтися три осі – поздовжня вісь таза, голівки, щипців.

Третє – "три позиції – три тракції". I позиція – голівка плода при вході до малого таза малим або великим сегментом, тракції спрямовані на носки сидячого акушера. II позиція – голівка в порожнині малого таза, тракції спрямовані на коліна стоячого акушера. III позиція – голівка у виході з малого таза, тракції спрямовані на себе, а після утворення точки фіксації – вгору.

Техніка накладання вихідних акушерських щипців при передньому виді потиличного вставлення голівки плода

I момент – введення ложок щипців (Рис.4).



А

Б

Рис.4. Введення ложок щипців: А – введення лівої ложки, Б – введення правої ложки

II момент – замикання гілок щипців (Рис.5).



Рис.5. Замикання гілок щипців

III момент – пробна тракція (Рис.6).

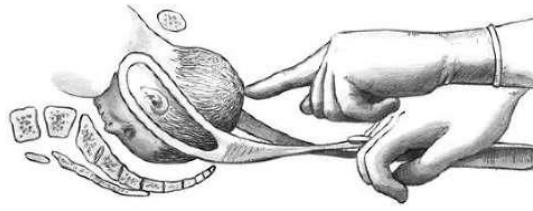


Рис.6. Пробна тракція

IV момент – робочі тракції (Рис.7).



Рис. 7. Робочі тракції

V момент - зняття щипців (Рис.9).

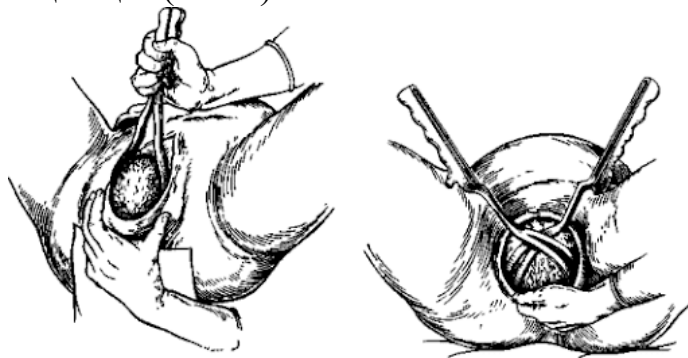


Рис.8 Виведення голівки та захист промежини Рис.9. Зняття щипців

Можливі ускладнення при використанні акушерських щипців:

1. Травмування м'яких тканин родових шляхів роділлі.
2. Крововилив у мозок новонародженого.
3. Асфіксія новонародженого.
4. Ушкодження кісток черепа, очей, нервів, ключиць новонародженого.

Вакуум-екстракція плода

Показання для використання вакуум-екстракції плода

I. З боку матері — ускладнення вагітності, родів або соматична патологія, які вимагають скорочення II періоду пологів:

- слабкість пологової діяльності в II періоді пологів;
- інфекційно-септичні захворювання з порушенням загального стану жінки, високою температурою тіла;

II. З боку плода: прогресуюча гостра гіпоксія (дистрес) плода в II періоді

пологів при неможливості виконати кесарів розтин.

Протипоказання для вакуум-екстракції плода:

1. Невідповідність розмірів голівки плода і тазу матері, зокрема: гідроцефалія; вузький таз II-IV ступеню або клінічно вузький таз.
2. Мертвий плід.
3. Лицеве або лобне вставлення голівки плоду.
4. Високе пряме стояння голівки.
5. Тазове передлежання плоду.
6. Неповне відкриття шийки матки.
7. Недоношений плід (менше 30 тижнів).
8. Акушерська або екстрагенітальна патологія, при якій необхідне виключення II періоду пологів.

Умови для виконання вакуум-екстракції плода.

1. Живий плід.
2. Повне відкриття шийки матки.
3. Відсутність плодового міхура.
4. Відповідність між розмірами голівки плоду і тазу матері.
5. Активна участь роділі.
6. Голівка плода повинна бути розташована в порожнині малого тазу або в площині виходу з малого тазу.

Знеболення: пудендальна анестезія.

Методика проведення

Перед операцією необхідно спорожнити сечовий міхур. Зовнішні статеві органи і вагіну обробляють антисептиками. Чашку вводять бічною поверхнею в пряму розмірі тазу, потім повертають в поперечний розмір і отвором притискають до голівки плоду, ближче до малого тім'ячка. Тракції здійснюють синхронно з потугами. Кількість тракцій не повинна перевищувати чотирьох. Під час прорізання голівки плоду виконується захист промежини (за показаннями — епізіотомія), після чого чашка знімається з голівки.

Можливі ускладнення:

1. Зісковзування чашки вакуум-екстрактора. При повторних зісковзуваннях тракції необхідно припинити і за наявності умов закінчити пологи операцією акушерських щипців.
2. Черепномозкова травма плода (крововилив), кефалогематома.

КЕСАРІВ РОЗТИН

Показання до планового КР:

- Передлежання плаценти, підтвержене при УЗД після 36 тижнів (край плаценти менше ніж на 2 см від внутрішнього вічка)
- Рубець на матці за наявності протипоказань до вагінальних пологів:
 - Наявність будь-яких протипоказань для вагінальних пологів
 - Попередній корпоральний КР
 - Попередній Т та J-подібний розріз на матці

- Розрив матки в анамнезі
- Попередні реконструктивні операції на матці, резекція кута матки, гістеротомія, міомектомія із проникненням у порожнину матки в анамнезі, лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом
- Більше одного КР в анамнезі (серед жінок, що мають в анамнезі два КР, можуть бути відібрані як кандидати для спроби вагінальних пологів після КР, тільки такі, хто має в анамнезі хоча б одні вагінальні пологи (ВП)).
- Відмова жінки від спроби ВП.
 - Тазове передлежання плода після невдалої спроби зовнішнього повороту плода в 36 тижнів, за наявності протипоказань до нього чи за наполяганням жінки.
 - Тазове передлежання або неправильне положення І плода при багатоплідній вагітності
 - Поперечне положення плода
 - Моноамніотична двійня (найкращим методом розродження є операція КР у 32 тижні вагітності після проведення профілактики РДС), у ЗОЗ III рівня
 - Синдром затримки росту одного із плодів при багатоплідній вагітності
 - ВІЛ-інфіковані:
 - Жінки, які приймають антиретровірусну терапію трьома препаратами та мають вірусне навантаження більше 50 копій в 1 мл;
 - Жінки, які приймають монотерапію зидовудином;
 - Ко-інфіковані жінки ВІЛ та вірусним гепатитом С.
- Операція має бути виконана у 38 тижнів вагітності до початку пологової діяльності та/або розриву навколоплідних оболонок.
 - Первинний генітальний герпес за 6 тижнів до пологів.
 - Екстрагенітальна патологія (після встановлення діагнозу профільним експертом):
 - кардіологічна - артеріальна гіпертензія III ст., коарктація аорти (без оперативної корекції вади), аневризма аорти чи іншої крупної артерії, систолічна дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду < 40%, констриктивний перикардит;
 - офтальмологічна - геморагічна форма ретинопатії, перфоративна виразка рогівки, поранення очного яблука з проникненням, «свіжий» опік (інша, окрім вищеперерахованої, патологія органу зору не є показанням до КР);
 - пульмонологічна - захворювання легень, що обумовлюють загрозу пневмотораксу, легенева кровотеча менш ніж за 4 тижні до розродження;
 - органів травлення - портальна гіпертензія з варикозним розширенням вен стравоходу та шлунку, спленомегаля, діафрагмальна кіла;
 - неврологічна - гіпертензійно-лікворний синдром, стан після геморагічного інсульту, артеріо-венозні мальформації мозку

- Пухлини органів малого тазу або наслідки травми тазу, що перешкоджають народженню дитини
 - Рак шийки матки
 - Стани після розриву промежини III ступеню або пластичних операцій на промежині.
 - Стани після хірургічного лікування сечостатевих і кишково-статевих нориць
 - Гастрошизіс, діафрагмальна кила, spina bifida, тератома у плода, зрощення близнюків - за умови можливості надання оперативної допомоги новонародженій дитині (за наявності рішення перинатального консилиуму або консультативного висновку профільного експерта)
- КР за бажанням жінки за відсутності перелічених показань не проводиться.

Терміни виконання планового кесаревого розтину:

- Плановий елективний КР виконують після повних 39 тижнів вагітності.
- У разі багатоплідної вагітності плановий елективний КР виконують після 38 тижнів.
- З метою профілактики вертикальної трансмісії при ВІЛ-інфікуванні матері у 38 тижнів вагітності до відходження навколоплідних вод та/або до початку пологів.
- У разі моноамніотичної двійні операція КР повинна бути виконана у терміні 32 тижні після попередньої профілактики РДС у ЗОЗ III рівня

Ургентний кесарів розтин

Показання до операції ургентного кесарева розтину:

- Кровотеча до пологів або в I періоді пологів за відсутності умов для швидкого розродження через природні пологові шляхи.
- Розрив матки, що загрожує або почався.
- Тяжка прееклампсія або еклампсія за відсутності умов для екстреного розродження через природні пологові шляхи.
- Дистрес плода, підтверджений об'єктивними методами обстеження (КТГ, рН передлежачої частини, фетальна пульсоксиметрія за наявності умов, доплерометрія), за відсутності умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.
- Випадіння пульсуючих петель пуповини.
- Обструктивні пологи:
 - Асинклітичні вставлення голівки плода (задній асинклітизм)
 - Поперечне та косе положення плода при відходженні навколоплідних вод
 - Розгинальні вставлення голівки плода (лобне, передній вид лицьового)
 - Клінічно вузький таз
- Аномалії пологової діяльності за даними партограми, які не піддаються медикаментозній корекції

- Невдала спроба індукції пологів
- Агональний стан або клінічна смерть вагітної при живому плоді.

Передопераційне обстеження та підготовка:

- Визначення показників гемоглобіну, гематокриту, тромбоцитів у аналізі крові напередодні планового КР або безпосередньо перед операцією КР;
- Додаткове клініко-лабораторне обстеження проводяться лише за наявності показань;
- Катетеризація периферичної вени.
- Катетеризація сечового міхура за показаннями.

Асептика та антисептика. Профілактика інфекції

- Усі жінки повинні отримати АБ профілактику
- Препарат вибору – ампіцилін або цефалоспорины I покоління, які вводять одноразово в/в у середній терапевтичній дозі
- Немає необхідності застосовувати АБ більш широкого спектру дії та призначати повторні дози препаратів
- При алергії на бета-лактамі АБ, можна застосовувати кліндаміцин або еритроміцин в/в
- АБ-профілактику потрібно проводити за 15—60 хв. до розрізу шкіри
- Якщо оперативне втручання продовжується >3 год. або крововтрата >1500 мл, додаткова доза АБ може бути призначена через 3-4 год. після початкової дози
- В разі ожиріння (ІМТ >35), наявності ризику реалізації інфікування в післяопераційному періоді (хронічні запальні процеси) АБ терапія має бути розширена
- Проводиться санація піхви повідон-йодом безпосередньо перед КР, що знижує ризик післяопераційного ендометриту, зокрема у жінок після розриву плідних оболонок.

Стислий опис проведення операції кесаревого розтину

1. Розріз передньої черевної стінки за Пфанненштилем або Джоел-Кохен.
2. Розріз апоневрозу.
3. Відділення апоневрозу від м'язів та розведення прямих м'язів живота.
4. Розріз та розтягнення очеревини. Відсування сечового міхура. Розріз нижнього сегменту матки
5. Розкриття амніона та виведення передлежачої частини плода.
6. Введення 5 ОД окситоцину в/в, видалення посліду, масаж матки.
7. Ушивання матки, контроль гемостазу.
8. Ушивання парієтальної очеревини.
9. Ушивання апоневрозу.
10. Ушивання підшкірної очеревини (при товщині >2 см). Ушивання шкіри.

Середня величина крововтрати за час проведення операції не повинна перевищувати 600-700 мл. У разі гіпотонічної кровотечі з крововтратою >1000 мл постає питання про розширення обсягу операції до екстирпації матки.

Ведення післяопераційного періоду:

- контроль стану матки;
- контроль кількості виділеної крові з піхви;
- контроль гемодинаміки;
- адекватне знеболення.

ПІСЛЯПОЛОГОВІ СЕПТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Внутрішньолікарняна інфекція (госпітальна) – будь-яке клінічно виражене інфекційне захворювання, яке виникло у пацієнтки протягом перебування в акушерському стаціонарі або протягом 7 діб після виписки з нього, а також у медичного персоналу, яке виникло в наслідок його роботи в акушерському стаціонарі. Більшість бактеріальних внутрішньолікарняних інфекцій виникають через 48 год. після госпіталізації (народження дитини). Проте кожен випадок інфекції слід оцінювати індивідуально в залежності від інкубаційного періоду і нозологічної форми інфекції.

Профілі антибіотикорезистентності характеризують біологічні особливості мікробної екосистеми, що сформувалася у стаціонарі. Госпітальні штами мікроорганізмів мають множинну стійкість принаймі до 5 АБ: для штамів стафілококів – до метициліну (оксациліну) та/або ванкоміцину; для штамів ентерококів – до ванкоміцину; для ентеробактерій – до гентаміцину і/або до цефалоспоринових АБ III-IV поколінь; для неферментуючих бактерій - до цефалоспоринових АБ III-IV поколінь.

Класифікація

Післяпологова інфекція скоріше всього має місце при підвищенні температури тіла $> 38^{\circ}\text{C}$ та болісної матки через 48-72 год. після пологів. У перші 24 год. після пологів у нормі нерідко відзначається підвищення температури тіла. Приблизно у 80% жінок з підвищенням температури тіла в перші 24 год. після пологів через природні родові шляхи ознаки інфекційного процесу відсутні.

У *міжнародній класифікації хвороб X перегляду* також виділяють наступні післяпологові інфекційні захворювання в рубриці післяпологовий сепсис:

085 *Післяпологовий сепсис*. Післяпологовий (а) - ендометрит; - лихоманка; - перитоніт; - септицемія.

086.0 *Інфекція хірургічної акушерської рани*. Інфікована (ий) - рана кесаревого розтину; -шов промежини (після пологів).

086.1 *Інші інфекції статевих шляхів після пологів*. Цервіцит, вагініт (після пологів).

087.0 *Поверхневий тромбофлебіт у післяпологовому періоді*

087.1 *Глибокий флеботромбоз у післяпологовому періоді*. Тромбоз глибоких вен у післяпологовому періоді. Тазовий тромбофлебіт у післяпологовому періоді.

Етіологія. Незважаючи на велику розмаїтість збудників у більшості випадків при післяпологовому інфікуванні виявляються наступні: **Гр⁺** (25%): *Staphylococcus aureus* - 35%, *Enterococcus spp.* - 20%, *Coagulase-negative staphylococcus* - 15%, *Streptococcus pneumoniae* - 10%, ін. - 20%; **Гр⁻** (25%): *Escherichia coli* - 25%, *Klebsiella/Citrobacter* - 20%, *Pseudomonas aeruginosa* - 15%, *Enterobacter spp.* - 10%, *Proteus spp.* - 5%, ін. - 25%; **гриби роду *Candida*** - 3%; **анаеробна флора** - при спец. методах дослідження 20%; **невстановлена флора** - в 25% випадків.

Патогенез. Запалення - це нормальна відповідь організму на інфекцію й може бути визначене як локалізована захисна відповідь на ушкодження тканини, головним завданням якого є знищення мікроорганізму-збудника й ушкоджених тканин.

Системна запальна реакція - це системна активація запальної відповіді, вторинна щодо функціональної неспроможності механізмів обмеження поширення мікроорганізмів, продуктів їхньої життєдіяльності з локальної зони ушкодження.

У теперішній час запропоновано використовувати таке поняття як "**синдром системної запальної відповіді**" (ССЗВ - SIRS), і розглядати його як універсальну відповідь імунної системи організму на вплив сильних подразників, у тому числі й інфекцію. При інфекції такими подразниками є токсини (екзо- і ендотоксини) і ферменти (гіалуронідаза, фібринолізин, колагеназа, протеїназа), які виробляються патогенними мікроорганізмами. Одним із самих потужних пускових факторів каскаду реакцій ССЗВ є липополісахарид (LPS) мембран *Гр⁻* бактерій.

Виділяють три стадії розвитку ССЗВ (Bone R.S., 1996):

1-я стадія – *локальної продукції цитокинів* – у відповідь на вплив інфекції протизапальні медіатори виконують захисну роль, знищують мікроби й беруть участь у процесі загоєння рани.

2-я стадія – *викид малої кількості цитокинів у системний кровоток* – контролюється про- і протизапальними медіаторними системами, антитілами, створюючи передумови для знищення мікроорганізмів, загоєння рани й збереження гомеостазу.

3-я стадія – *генералізованої запальної реакції* – кількість медіаторів запального каскаду в крові максимально збільшується, їхні деструктивні елементи починають домінувати, що приводить до порушення функцій ендотелію з усіма наслідками.

Фактори ризику. Можливими джерелами післяпологової інфекції (факторами ризику), які можуть існувати і до вагітності, виявляються: інфекція верхніх дихальних шляхів - особливо у випадку використання загальної анестезії; інфікування епідуральних оболонок; тромбофлебіт: нижніх кінцівок, тазу, місць катетеризації вен; інфекція сечових шляхів (безсимптомна бактеріурія, цистит, пієлонефрит); септичний ендокардит; апендицит й ін. хірургічні інфекції.

До сприятливих факторів розвитку інфекційних ускладнень відносяться:

1. Кесарів розтин. Присутність шовного матеріалу й наявність ішемічного некрозу інфікованих тканин, поряд з розрізом на матці створюють ідеальні умови для септичних ускладнень.

2. Тривалі пологи й передчасний розрив навколоплідних оболонок, що ведуть до хоріонамніониту.

3. Травматизація тканин при вагінальних пологах: накладення щипців, розтин промежини, повторні піхвові дослідження під час пологів, внутрішньоматкові маніпуляції (ручне видалення плаценти, ручне обстеження порожнини матки, внутрішній поворот плода, внутрішній моніторинг стану плода й скорочень матки тощо).

4. Інфекції репродуктивного тракту.

5. Низький соціальний рівень у поєднанні з поганим харчуванням і незадовільною гігієною.

Причинами генералізації інфекції можуть бути: неправильна хірургічна тактика й неадекватний обсяг хірургічного втручання; неправильний вибір обсягу й компонентів АБ, дезінтоксикаційної і симптоматичної терапії; знижена або змінена імунореактивність макроорганізму; наявність важкої супутньої патології; наявність АБ-резистентних штамів мікроорганізмів; відсутність проведення якого-небудь лікування.

Клініка, діагностика й лікування умовно обмежених післяпологових інфекційних захворювань

Післяпологова інфекція - переважно ранова. У більшості випадків первинне вогнище локалізується в матці, де ділянка плацентарної площадки після відокремлення плаценти є великою рановою поверхнею. Можливе інфікування розривів промежини, піхви, шийки матки. Після операції КР інфекція може розвиватися в операційній рані передньої черевної стінки.

Характерні загальні клінічні прояви для запальної реакції:

- місцева запальна реакція: біль, гіперемія, набряк, місцеве підвищення температури, порушення функції ураженого органу;
- загальна реакція організму: гіпертермія, лихоманка. Ознаки інтоксикації (загальна слабкість, тахікардія, зниження артеріального тиску (АТ), тахіпноє) свідчать про розвиток ССЗВ.

При діагностиці враховуються дані: клінічні (огляд ушкодженої поверхні, оцінка клінічних ознак, скарг, анамнезу); лабораторні (ЗАК (лейкограма), ЗАС, бактеріологічне дослідження ексудату, імунограма; інструментальні (УЗД).

Клініка, діагностика і лікування інфікованої післяпологової рани

Клінічні ознаки розвитку інфекції в ранах, які гояться первинним натягом:

- а) скарги: на інтенсивний, нерідко пульсуючий біль в ділянці рани; на підвищення температури тіла – субфебрильна або до 38-39⁰С.

б) місцеві зміни: гіперемія навколо рани без позитивної динаміки; поява набряку тканини, що поступово збільшується; при пальпації визначається інфільтрація тканини, що часто збільшується, можливе виникнення глибоко розташованих інфільтратів (некротизуючий фасцит, що може поширюватися на сідниці, передню черевну стінку живота - часто фатальне ускладнення); серозний ексудат швидко переходить у гній.

Клінічні ознаки розвитку інфекції в ранах, які гояться вторинним натягом: прогресуючий набряк й інфільтрація тканини навколо рани; поява щільних болючих інфільтратів без чітких контурів; ознаки лімфангоїту й лімфаденіту; ранова поверхня покривається суцільним фібринозно-гнійним нальотом; уповільнення або припинення епітелізації; грануляції стають бліді або синюшні, їх кровоточивість різко зменшується; збільшується кількість ексудату, його характер залежить від збудника: - стафілокок спричиняє появу густого гною жовтуватих кольорів, а деякі штами викликають розвиток гнильної місцевої інфекції з утворенням вогнищ некрозу тканини й грязно-сірого гною з різким запахом; - для стрептокока характерна поява рідкого гною жовтувато-зелених кольорів, сукровиця; - колібацилярна й ентерококова інфекції спричиняють появу гною коричневих кольорів з характерним запахом; - синегнійна паличка (*Pseudomonas aeruginosa*) приводить до появи зеленого гною зі специфічним запахом.

Вид збудника також визначає клінічний перебіг ранової інфекції: для стафілокової інфекції характерний блискавичний розвиток місцевого процесу з вираженими проявами гнійно-резорбтивної лихоманки; стрептококова інфекція має тенденцію до дифузного поширення у вигляді флегмони, зі слабо вираженими місцевими ознаками; для синегнійної палички характерно млявий, затяжний перебіг місцевого процесу, після гострого початку, з вираженими проявами загальної інтоксикації.

Бактеріологічне дослідження ексудату проводиться з метою визначення збудника і його чутливості до АБ. Забір матеріалу повинен виконуватися до початку АБ терапії. Матеріалом для дослідження можуть бути ексудат, шматочки тканини, змиви з рани. Матеріал збирають стерильними інструментами й поміщають у стерильні пробірки або флакони зі стандартним середовищем. Посів матеріалу повинен бути виконаний протягом 2 год. після забору. Одночасно з узяттям матеріалу для бактеріологічного дослідження обов'язково зробити не менше двох мазків, пофарбованих по Граму, з метою орієнтовної експрес-діагностики.

Лікування

У більшості випадків проведення місцевого лікування буває достатнім. Лікування містить у собі хірургічні, фармакологічні й фізіотерапевтичні методи.

Хірургічна обробка рани

Первинна обробка рани виконується за первинними показаннями. Хірургічна обробка рани складається з: видалення з рани нежиттєздатних

тканин, які є субстратом для первинного некрозу; видалення гематом (особливо глибоко розташованих); остаточна зупинка кровотечі; відновлення ушкоджених тканин.

Вторинна обробка рани виконується за вторинними показаннями, як правило, у зв'язку із гнійно-запальними ускладненнями рани. Повторна вторинна обробка рани при важких формах ранової інфекції може проводитися багаторазово. У більшості випадків вторинна хірургічна обробка рани включає: видалення вогнища інфекційно-запальної альтерації; широке розкриття карманів, заплівів; повноцінне дронування із забезпеченням відтоку ексудату; застосування місцевих антисептиків.

Антибіотикопрфілактика – це системне призначення АБ препарату до моменту мікробної контамінації рани або розвитку післяопераційної ранової інфекції, а також при наявності ознак контамінації, за умови, що первинне лікування хірургічне. АБ профілактика призначається при ризику інфікування масивних ран промежини, піхви й лапаротомної рани при КР.

Принципи АБ профілактики: при КР без ускладнень проводиться після відділення дитини шляхом одноразового внутрішньовенного введення АБ у середньодобовій дозі з урахуванням результатів виявлених госпітальних штамів та їх АБ-резистентності; у випадку виникнення ускладнень під час операції або виявленні ознак запального процесу цей же препарат можна використовувати й для АБ терапії; продовження введення АБ після 24 год. з моменту закінчення операції не приводить до підвищення ефективності профілактики ранової інфекції; профілактичне передчасне призначення АБ до оперативного втручання недоцільне, оскільки це призводить до порушення біоценозу шлунково-кишкового тракту і колонізації його верхніх відділів.

Антибіотикотерапія – це використання АБ для тривалого лікування у випадку виникнення запального процесу. АБ терапія може бути: емпірична - заснована на використанні препаратів широкого спектру дії, активних відносно до потенційних збудників; цілеспрямована - використовуються препарати відповідно до результатів мікробіологічної діагностики.

Велике значення має місцеве використання антисептиків. Для очищення рани можна використовувати 10% розчин хлориду натрію, 3% перекис водню, 0,02% розчин хлоргексидину тощо. Для більш швидкого загоєння можна використовувати прокладки з левоміколевою, або левосиновою, або синтоміциновою, або солкосериловою мазями тощо.

Фізіотерапевтичні процедури у період реконвалесценції: УВЧ-індуктотерапія, УФ опромінення, електрофорез із медикаментозними препаратами.

Профілактика ранової інфекції полягає в раціональному веденні пологів і післяпологового періоду, дотриманні асептики й антисептики.

Клініка, діагностика і лікування післяпологового ендометриту

Післяпологовий ендометрит (endometritis) - це запалення поверхневого шару ендометрію. Ендоміометрит (endomiometritis or metroendometritis) - це

поширення запалення з базального шару ендометрію до міометрію. Панметрит (panmetritis) - це поширення запалення з ендометрію й міометрію до серозного шару матки.

Клініка. Початкова стадія ПП ендометриту може носити різну виразність і мати поліформну картину. Варто розрізняти класичну, стерту й абортівну форми ендометрита, а також ендометрита після КР. Класична форма ендометрита звичайно розвивається на 3-5 добу після пологів. Для цієї форми характерні лихоманка, інтоксикація, зміна психіки, виражений лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, патологічні виділення з матки. При стертій формі ендометрита захворювання звичайно розвивається на 8-9 добу після пологів, температура субфебрильна, місцеві прояви мало виражені. Абортивна форма ендометрита перебігає так як і класична, але при високому рівні імунологічного захисту швидко припиняється. Ендоміометрит після КР може ускладнюватися пельвіоперитонітом, перитонітом, який розвивається розвинути в 1-2 добу після операції.

Діагностика заснована на: клінічних даних: скарги, анамнез, клінічний огляд. При піхвовому дослідженні матка помірно чутлива, субінволюція матки, гнійні виділення; лабораторних даних: ЗАК (лейкограма), ЗАС, бактеріологічне й бактеріоскопічне дослідження виділень з шийки або/та матки, (крові й сечі при необхідності), имунограма, коагулограма, біохімія крові; інструментальних даних: УЗД.

Лікування у більшості випадків фармакологічне, але також можливо й хірургічне.

Комплексне лікування післяпологового ендометрита включає не тільки системну АБ, інфузійну, детоксикаційну терапію, але й місцеве лікування. АБ терапія може бути емпірична й цілеспрямована. Перевага віддається цілеспрямованій АБ терапії, що можливо при використанні прискорених методів ідентифікації збудника, використовуючи систему мультімікротестів. Якщо лихоманка триває протягом 48-72 год. після початку лікування, варто запідозрити резистентність збудника до застосовуваних АБ. Лікування внутрішньовенними АБ повинне тривати 48 год. після зникнення гіпертермії й інших симптомів. Таблетовані АБ варто призначати ще на найближчі 5 днів.

Треба враховувати, що АБ попадають у материнське молоко. Незріла ферментна система немовляти може не впоратися з повним виведенням АБ, що може привести до кумулятивного ефекту. Ступінь дифузії АБ до грудного молока залежить від характеру АБ. В обмеженій кількості переходять до грудного молока пеніциліни, цефалоспорины, в значній кількості – аміноглікозиди, тетрацикліни, макроліди. Тому при їх призначенні припиняють грудне годування немовляти.

Місцевою терапією при ендометриті є проточно-промивне дренирування порожнини матки, із застосуванням двопросвітнього катетеру, через який роблять зрошення стінок матки розчинами антисептиків, АБ. Використовують охолоджені +4 °С 0,02% розчин хлоргексидину, 0,9% ізотонічний розчин

хлориду натрію зі швидкістю 10мл/хв. Протипокази: неспроможність швів на матці після операції КР, поширення інфекції за межі матки, а також перші дні (до 3-4 доби) післяпологового періоду. Якщо патологічні включення (згортки крові, залишки плодових оболонок) в порожнині матки шляхом промивного дренивання відмити не вдається, їх необхідно видалити вакуум-аспірацією або обережним кюретажем на тлі АБ терапії та нормальної температури тіла. При відсутності даних умов кюретаж проводиться тільки за життєвими показаннями (кровотеча при наявності залишків плаценти).

До оперативного лікування прибігають у випадку неефективності консервативної терапії й при наявності негативної динаміки в перші 24-48 год. лікування, розвитку синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ). Хірургічне лікування полягає в лапаротомії й екстирпації матки з матковими трубами.

Лактаційний мастит

Запалення молочної залози (переважно одностороннє) під час лактації в післяпологовому періоді. Частіше розвивається через 2-3 тижні після пологів.

Етіологія і патогенез. Найчастіше вхідними воротами інфекції є тріщини сосків, інтраканакюлярне проникнення збудника інфекції через молочні протоки залози при годуванні грудьми або зціджуванні молока, у край рідко з ендогенних вогнищ.

При лактостазі може бути підвищення температури тіла тривалістю до 24 год., якщо > 24 год. - тоді цей стан необхідно розглядати як мастит.

Класифікація

I. *За характером перебігу запального процесу* мастит може бути: серозний; інфільтративний; гнійний; інфільтративно-гнійний, дифузійний, вузловий; гнійний (абсцедуючий): фурункульоз ареоли, абсцес ареоли, абсцес у товщі залози, абсцес позаду залози; флегмонозний, гнійно-некротичний; гангренозний.

II. *За локалізацією вогнища* мастит може бути: підшкірним, субареолярним, інтрамамарним, ретромамарним і тотальним.

Клінічна картина характеризується: гострим початком, вираженою інтоксикацією (загальна слабкість, головний біль), підвищенням температури тіла до 38-39⁰С, ознобом, болем в області молочної залози, що підсилюються при годуванні або зціджуванні. Молочна залоза збільшується в об'ємі, відзначається гіперемія й інфільтрація тканин без чітких меж. Ця картина характерна для *серозного* маститу. При неефективному лікуванні протягом 1-3 діб серозний мастит переходить в *інфільтративний*. При пальпації визначається щільний, різко болючий інфільтрат, лімфаденіт. Тривалість цієї стадії 5-8 днів. Якщо інфільтрат не розсмоктується на тлі проведеного лікування, відбувається його нагноєння – *гнійний* мастит (абсцедуючий). Спостерігається посилення місцевих симптомів запалення, значне збільшення й деформація молочної залози, якщо інфільтрат розташований неглибоко, то при нагноєнні визначається флуктуація. Нагноєння інфільтрату відбувається

протягом 48-72 год. Коли в молочній залозі нагноюється кілька інфільтратів, мастит називають *флегмонозним*. Температура тіла 39-40⁰С, озноб, виражена слабкість, інтоксикація. Молочна залоза різко збільшена, болюча, пастозна, добре виражена поверхнева венозна мережа, інфільтрат займає майже всю залозу, шкіра над ураженою ділянкою набрякла, блискуча, червона із синюшним відтінком, часто з лімфангітом. При флегмонозному маститі можлива генералізація інфекції з переходом у сепсис.

Діагностика заснована на наступних даних: клінічні: огляд молочної залози, оцінка клінічних ознак, скарг, анамнезу; лабораторні: ЗАК (лейкограма), ЗАС, бактеріологічне й бактеріоскопічне дослідження ексудата, імунограма, коагулограма й біохімія крові; інструментальні: УЗД.

Лікування може бути консервативне й хірургічне.

АБ терапію варто починати з перших ознак захворювання, що сприяє запобіганню розвитку гнійного запалення. При серозному маститі питання про грудне вигодовування вирішується індивідуально. Починаючи з інфільтративного маститу годування протипоказане через реальну загрозу інфікування дитини й кумулятивного накопичення АБ в організмі дитини, але при цьому лактація може бути збережена, шляхом зціджування. При відсутності ефекту від терапії маститу протягом 2-3 діб та розвитку ознак гнійного маститу показане хірургічне лікування. Хірургічне лікування полягає в радикальному розрізі і адекватному дренированні. Паралельно продовжують проводити АБ терапію, дезінтоксикацію й десенсибілізуючу терапію. Своєчасне хірургічне лікування дозволяє попередити прогресування процесу, розвиток ССЗВ.

Профілактика післяпологового маститу: навчання жінок правилам грудного годування, дотримання особистої гігієни. Своєчасне виявлення й лікування тріщин сосків і лактостазу.

Клініка, діагностика й лікування генералізованої післяпологової інфекції

З позицій сучасних уявлень про сепсис - це патологічний процес, що ускладнює перебіг різних захворювань інфекційної природи, основним змістом якого є неконтрольований викид ендогенних медіаторів з наступним розвитком генералізованого запалення й органно-системних ушкоджень, віддалених від первинного вогнища.

Американська асоціація анестезіологів, в 1992 р. запропонувала наступну **класифікацію септичних станів**, яка визнається більшістю вчених.

Синдром системної запальної відповіді (Systemic Inflammatory Response Syndrom – SIRS), маніфестує двома або більше ознаками:

- 1) температура тіла >38⁰С або нижче 36⁰С;
- 2) ЧСС > 90 уд/хв;
- 3) Частота дихання >20 у хвилину або РаСО₂ нижче 32 мм рт. ст.;
- 4) кількість лейкоцитів >12х10⁹/л або <4х10⁹/л, незрілих форм >10%.

Сепсис – системна відповідь на достовірно виявлену інфекцію при відсутності інших можливих причин для подібних змін, характерних для SIRS. Проявляється тими ж клінічними ознаками, що й SIRS.

Тяжкий сепсис – характеризується порушенням функції органів, гіперперфузією тканин, артеріальної гіпотензією. Можливі ацидоз, олігурія, порушення свідомості. При розвитку важкого сепсису приєднуються наступні ознаки: тромбоцитопенія <100 тис/л, яку не можна пояснити іншими причинами; підвищення рівня прокальцитоніна більше 6,0 нг/мл; позитивний посів крові на виявлення циркулюючих мікроорганізмів; позитивний тест на ендотоксин (LPS-тест).

Септичний шок (SIRS – шок) визначається як важкий сепсис із артеріальною гіпотензією, що розвивається, незважаючи на адекватну інфузійну терапію. Діагноз встановлюється, якщо до перерахованих вище клініко-лабораторних показників приєднуються: артеріальна гіпотензія (САТ <90 мм рт.ст або зниження більш ніж на 40 мм рт.ст. від вихідного рівня); порушення свідомості; олігурія (діурез <30 мл/год); гіпоксемія (PaO₂ <75 мм рт.ст. при диханні атмосферним повітрям); SpO₂ <90%; підвищення рівня лактата більше 1,6 ммоль/л; петехіальна висипка, некроз ділянки шкіри.

Синдром поліорганної недостатності – гостре порушення функції органів і систем.

Діагностика:

- 1) моніторинг: АТ, ЧСС, ЦВТ, лейкоцитів і формули крові;
- 2) підрахунок частоти дихання, оцінка рівня газів крові, SpO₂;
- 3) погодинний контроль діурезу;
- 4) вимір ректальної температури тіла мінімум 4 рази на добу для співставлення з температурою тіла в аксілярних ділянках;
- 5) посиви сечі, крові, виділень із цервікального каналу;
- 6) визначення кислотно-лужної рівноваги крові й насичення тканин киснем;
- 7) підрахунок кількості Тг і визначення вмісту фібриногену й мономерів фібрину;
- 8) ЕКГ, УЗД органів черевної порожнини й Rg органів грудної порожнини.

Основні принципи невідкладної допомоги при септичних станах в акушерстві

1. Госпіталізація у відділення інтенсивної терапії.

2. Корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення інотропної терапії й адекватної інфузійної підтримки.

Оцінюючи АТ, пульсовий АТ, ЦВТ, ЧСС, діурез, визначають обсяг інфузійної терапії. Визначення ЦВТ в динаміці дає можливість контрольованої інфузії колоїдних і кристалоїдних розчинів з оцінкою обсягів введеної й втраченої рідини, препаратів крові.

Для проведення інфузії застосовують похідні ГЕК (рефортан, венофундин, волювен, стабізол) і кристалоїди (0,9% розчин натрію хлориду, розчин Рингера) у співвідношенні 1:2. З метою корекції гіпопротеїнемії

призначають тільки 20-25% р-н альбуміну. **Застосування 5-10% альбуміну при критичних станах сприяє підвищенню летальності хворих.** В інфузію необхідно включати свіжозаморожену плазму 600-1000 мл, через наявність у ній антитромбіну.

Використання глюкози недоцільно, тому що її призначення у хворих у критичних станах підвищує продукцію лактата й CO_2 , збільшує ішемічне ушкодження головного мозку й інших тканин. Інфузія глюкози використовується тільки у випадках гіпоглікемії й гіпернатріємії.

Інотропна підтримка застосовується у випадку, якщо ЦВТ залишається низьким. Вводять допамін у дозі 5-10 мкг/кг/хв (максимум до 20 мкг/кг/хв) або добутамін - 5-20 мкг/кг/хв. При відсутності стійкого підвищення АТ вводять норадреналіну гідротартрат 0,1-0,5 мкг/кг/хв, одночасно зменшуючи дозу допаміну до 2-4 мкг/кг/хв. Виправдано одночасне призначення налоксону до 2,0 мг, що сприяє підвищенню АТ. У випадку неефективності комплексної гемодинамічної терапії можливе використання глюкокортикостероїдів (гідрокортизон – 2000 мг/добу) разом з H_2 -блокаторами (ранітидін, фамотидін).

3. Підтримка адекватної вентиляції й газообміну. Показання до ШВЛ: $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт.ст., $\text{PaCO}_2 > 50$ мм рт.ст. або < 25 мм рт.ст., $\text{SpO}_2 < 85\%$, частота дихання > 40 у хв.

4. Нормалізація функції кишечника й раннє ентеральне харчування.

5. Своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем.

6. Цілеспрямована АБ терапія можлива лише після визначення збудника й встановлення його чутливості до АБ, що можливо, у найкращому разі не раніше 48 год. Чекаючи ідентифікації застосовують емпіричну АБ терапію – застосовують схеми комбінованої потрійної терапії (напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорини+аміноглікозиди+імідазоли), подвійної терапії (клиндамицин+аміноглікозиди), монотерапії (цефалоспорини III покоління, карбопенемі, уреїдопеніциліни, амінопеніциліни й ін.). До складу антимікробної терапії обов'язковим є включення антикандидозних препаратів (ністатин, флуконазол, ітраконазол, ін.).

7. Оцінка патологічних і патобіохімічних розладів, які можуть бути виділені в наступні синдроми: нирковий, печінковий, різні варіанти серцево-судинної й дихальної недостатності, ДВЗ-синдром, розлади мікроциркуляції, дисфункція шлунково-кишкового тракту з явищем транслокації бактеріальної флори в лімфатичну систему, а потім й у системний кровоток з розвитком синдрому поліорганної недостатності.

8. Поліпшення мікроциркуляції (застосування пентоксифіліну або діпірідамолу), застосування пентоксифіліну (тренталу) поліпшує мікроциркуляцію й реологічні властивості крові, має судинорозширювальну дію й поліпшує постачання тканин киснем, що є важливим у профілактиці ДВЗ і ПОН.

9. Антимедіаторна терапія. З огляду на вирішальну роль у розвитку ССЗВ масивного викиду медіаторів запалення (цитокинів) у судинне русло, застосування антимедіаторної терапії є раціональним. *Дані методи перебувають на етапі клінічних розробок*, хоча деякі рекомендовані для клінічного застосування: антиоксиданти (вітамін Е, N-ацетілцистеїн, глутатіон), кортикостероїди (дексаметазон), лізофілін, інгібітори фосфодіестерази (амрінон, мілрінон, пентоксифілін) і аденозіндезамінази (діпірідамол), аденозін й альфаадреноблокатори.

В літературних джерелах останніх років надається інформація про Дротрекогін альфа (Drotrecogin alfa) - рекомбінантний людський активований протеїн С. Це новий препарат у лікуванні пацієнтів тільки з важким сепсисом, поліорганною недостатністю. Активований протеїн С - це ендогенний протеїн, що підтримує фібрinolіз, пригнічує тромбоз, а також має протизапальні властивості. Стандарт лікування, який використовується у Великобританії з 2004 р. – це дротрекогін альфа 24 мкг/кг маси тіла протягом 96 год.

10. Хірургічне лікування з вилученням вогнища інфекції.

Показаннями до лапаротомії й екстирпації матки з матковими трубами є: відсутність ефекту від проведення інтенсивної терапії (24 години); ендоміометрит, який не піддається консервативному лікуванню (24-48 годин); маткова кровотеча; гнійні утворення у ділянці придатків матки; виявлення при ультразвуковому дослідженні наявності залишків плаценти.

11. Екстракорпоральне очищення крові (детоксикація). Застосовують: гемодіаліз, ультрафільтрацію, гемофільтрацію, гемодіафільтрацію, плазмаферез.

Особливості клініки, діагностики й лікування акушерського перитоніту

Перитоніт в акушерській практиці розвивається частіше після КР. Залежно від шляху інфікування очеревини виділяють: ранній перитоніт виникає на 1-3 добу після операції. Він, як правило, обумовлений інфікуванням під час операції, що проводилася на тлі хоріонамніоніту. Перитоніт, пов'язаний з парезом кишечника, розвивається на 3-5 добу після операції. Він пов'язаний з порушенням бар'єрної функції кишечника внаслідок його динамічної непрохідності, з перерозтягненням тонкого кишечника за рахунок рідкого вмісту й газів. Перитоніт внаслідок неповноцінності рани на матці частіше розвивається на 4-9 добу після операції.

Клінічні ознаки перитоніту містять у собі гіпертермію, здуття живота й парез кишечника (відсутність перистальтики), скупчення рідкого вмісту в шлунку, задишку, тахікардію, блювоту, зростаючу інтоксикацію, ознаки подразнення очеревини. Терапевтичні заходи дають тимчасовий ефект, через 3-4 год. знову підсилюється парез кишечника й інші ознаки перитоніту.

УЗ-ознаки перитоніту: роздуті, заповнені гіперехогенним вмістом петлі кишечника, виражена гіперехогенність кишкової стінки, наявність вільної рідини в черевній порожнині між петлями кишечника, у латеральних каналах і просторі позаду матки. При неповноцінності швів на матці - нерівномірна

товщина стінки матки в проекції шва, наявність у цій ділянці "ніші" й "рідинних структур".

При лікуванні раннього перитоніту виправдана інтенсивна консервативна терапія протягом 8-12 год. Необхідно забезпечити відтік з матки, стимулювати функцію кишечника. При відсутності ефекту від консервативної терапії протягом зазначеного часу показана лапаротомія з ревізією органів черевної порожнини, екстирпація матки із матковими трубами.

Особливості клініки, діагностики й лікування інфекційних тромботичних ускладнень

Поверхневий тромбофлебіт. Гострий тромбофлебіт проявляється болем по ходу ураженої вени. Скарги на місцеве відчуття жару, почервоніння й болючість по ходу підшкірної вени. Вена пальпується у вигляді щільного болючого шнура, гіперемія може поширюватися за межі ущільнення вени, може мати місце інфільтрація тканин, що лежать поряд, лімфаденіт. Загальний стан породіллі при цьому порушується мало, субфебрильна температура, прискорений пульс.

Тромбофлебіт глибоких вен. Скарги на розпираючий біль на боці ураження, набряк ураженої кінцівки та зміну кольору шкірних покривів. Об'єктивні прояви, що відповідають стадії компенсації: підвищення температури тіла (часто перша і єдина ознака венозного тромбозу), відсутні виражені порушення венозної гемодинаміки. Об'єктивні прояви, що відповідають стадії декомпенсації: інтенсивний біль, що нерідко змінює свою локалізацію; відчуття важкості і напруження; набряк захоплює всю кінцівку, порушення лімфовідтоку, збільшуються регіонарні лімфатичні вузли; змінюється колір шкіри від блілого до насичено-ціанотичного, переважає дифузний ціаноз всієї кінцівки.

Діагностика базується на клінічних даних, лабораторних аналізах: оцінка ступеня емболонебезпечності – визначення рівня D-дімера в плазмі; тромбоеластограма, коагулограма; визначення кількості фібрин-мономера в сироватці крові; визначення продуктів деградації фібрину і фібриногену в плазмі; застосовують інструментальні методи: дуплексне УЗ ангіосканування з кольоровим доплерівським картуванням; радіонуклідне дослідження з міченим фібриногеном, рентгеноконтрастна ретроградна ілеокавографія.

Септичний тромбофлебіт тазових вен. При ендоміометриті інфекційний агент попадає у венозний кровоток, вражає ендотелій судин і сприяє утворенню тромбів, в основному превалює анаеробна інфекція. В процес залучаються вени яєчника, тромби можуть проникати в нижню порожнисту, ниркову вену. Скарги на біль внизу живота з іррадіацією в спину, пах, може бути нудота, блювота, здуття живота, лихоманка. При піхвовому дослідженні пальпується потовщення у вигляді каната в області кутів матки. При септичному тромбофлебіті може бути міграція дрібних тромбів у легеневу циркуляцію.

Лікування тромботичних ускладнень разом з АБ й дезінтоксикацією повинне включати:

а) ліжковий режим з розміщенням нижньої кінцівки на шині Беллера до моменту зникнення вираженого набряку або призначення антикоагулянтної терапії; локальна гіпотермія по ходу проекції тромбованого судинного пучка; еластична компресія із застосуванням еластичних бинтів; корекція характеру акта дефекації із застосуванням проносних засобів (попередження натужування);

б) медикаментозна терапія: антикоагулянти в гострому періоді захворювання. Прямі антикоагулянти – гепарин, низькомолекулярні гепарини – фраксипарин, пентоксан, клексан, фрагмін та ін. з переходом на непрямі антикоагулянти; непрямі антикоагулянти призначають за 2 дні до скасування прямих антикоагулянтів на строк до 3-6 міс.; гемореологічні активні засоби – пентоксифілін, реополіглюкін, з наступним переходом на антитромбоцитарну терапію – аспірин, плавікс терміном до 1 року; засоби, що поліпшують флебогемодинаміку – флебодія, детралекс, ескузан протягом 4-6 тиж.; системна ензимотерапія – вобензим, флобензим, біозин.

в) місцеве лікування, яке проводиться з 1-ї доби захворювання: локальна гіпотермія; застосування мазей на основі гепарину – гепаринова, троксовазінова, Ліотон 1000, або НПЗП – фастум-гель, диклофенак-гель.

Профілактика післяпологових інфекційних захворювань

Необхідна правильна організація роботи ЖК (санація хронічних септичних вогнищ), пологового блоку, післяпологових палат, дотримання всіх принципів асептики та антисептики під час пологів, оперативних втручань та догляду за породіллею, ізоляція жінок з ознаками септичної інфекції. Велике значення мають запобігання під час пологів травматизму, боротьба з крововтратою та зниження частоти оперативних втручань під час пологів. Слід запобігати передчасному вилиттю навколоплідних вод, своєчасно лікувати відхилення от фізіологічного перебігу пологів (слабкість пологової діяльності), проводити АБ профілактику за показаннями.

Алгоритм післяопераційного спостереження за хворою зі швами на промежині:

- 1) дієта, що припускає відсутність стільця протягом 3-4 діб (стіл №1, 1а,1б);
- 2) щоденний двократний туалет швів;
- 3) не рекомендується сидати;
- 4) обов'язкове підмивання після кожного сечовипускання;
- 5) прокладками користуватись тільки при необхідності пересування. При знаходженні в ліжку – повітряні ванни;
- 6) щоденне кварцування швів;
- 7) очисна клізма на 4-ту добу післяпологового періоду;
- 8) зняття швів на 5-у добу післяпологового періоду;
- 9) щадний режим сидіння протягом 10-14 днів.

Алгоритм хірургічної обробки інфікованої епізіотомної рани.

- 1) вимити руки;
- 2) вдягнути стерильні рукавички;

- 3) зняття лігатур, видалення некротизованих тканин, широке розкриття та дренивання рани;
- 4) застосування антисептиків – гіпертонічний сольовий розчин, перекис водню 3%, хлоргексидин 0,05%;
- 5) стимуляція загоєння рани – ксероформ, левомеколь, іруксол, синтоміцинова мазь, солкосеріловий гель.

3.3. Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення.

- виконувати амніотомію, перінеотомію, епізіотомію;
- виконувати операції накладання акушерських щипців, вакуум-екстракції плода (на фантомі);
- визначати групи ризику по виникненню інфекційних післяпологових захворювань;
- усна доповідь про тематичну пацієнтку;
- аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.

IV. Підведення підсумків (критерії оцінювання результатів навчання).

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо, тестування

Структура поточного оцінювання на практичному занятті:

1. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
 - методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
2. Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:
 - методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
3. Оцінювання роботи із пацієнтом з теми заняття:
 - методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом, б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень, в) дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу, г) обґрунтування клінічного діагнозу, д) складання плану лікування;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в

	обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

5.Список рекомендованої літератури

Основна

1. Акушерство та гінекологія: у 4 томах. – Том 1. Акушерство: підручник (ВНЗ IV р.а.) / В.М. Запорожан, В.К. Чайка, Л.Б. Маркін та ін.; за ред. В.М. Запорожана. – 2-е вид., випр. – 2017. – 1032 с.
2. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. – Книга 1. Акушерство: підручник – 4-е вид./ В.І. Грищенко, М.О. Щербина, Б.М. Венцківський та ін.; за ред. В.І. Грищенка, М.О. Щербини. – К., 2020. – 424 с.
3. Навчальний посібник з акушерства для студ. і викл. мед.університетів III та IV р.а. / за ред. І.Б. Венцківської, В.П. Лакатоша, В.М. Куца. – К., 2018 – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.
4. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги №205 від 24.03.2014 «Акушерські кровотечі».
5. Obstetrics and Gynecology: in 2 vol. Vol.1. Obstetrics: textbook / V.I. Gryshchenko, M.O. Shcherbina, B.M. Ventskivskiy et al. (2nd edition) –. К.: Medicine, 2018. - 392 p.

Додаткова

1. Невідкладні стани в акушерстві: навчальний посібник для здобувачів ВМНЗ/за ред. Венцківський Б.М., Сенчук А.Я., Зелінський О.О.– О.: ТЕС.2011.- 260 с.
2. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. – Київ: Тріумф, 2010. –232 с.
3. Голяновський О.В., Леуш С.С., Романенко Т.Г. Кровотечі в практиці акушера-гінеколога: навчальний посібник / за ред. професора О.В. Голяновського – Київ: ТОВ «Поліпрінт», 2013. – 240 с.
4. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice (3rd edition). WHO, United Nations Population Fund, UNICEF, 2013.
5. Prevention and management of postpartum haemorrhage, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2016.

Інтернет-джерела для підготовки:

1. <https://www.cochrane.org/>
2. <https://www.ebcog.org/>
3. <https://www.acog.org/>
4. <https://www.uptodate.com>
5. <https://online.lexi.com/>

6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
8. <https://www.thelancet.com/>
9. <https://www.rcog.org.uk/>
10. <https://www.npwh.org/>