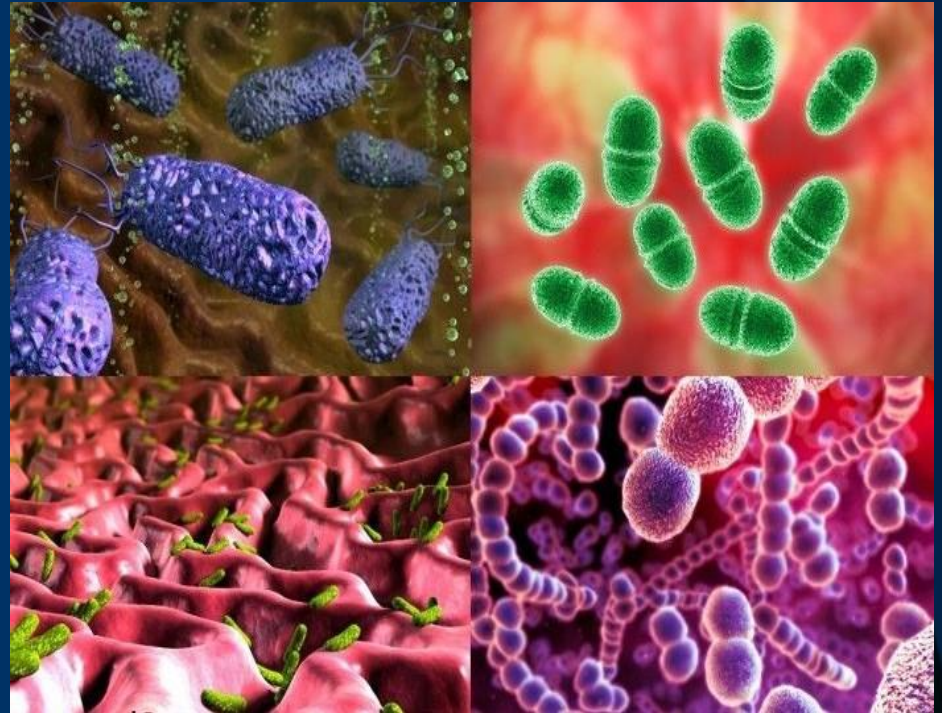


**ПІСЛЯПОЛОГОВІ  
СЕПТИЧНІ  
ЗАХВОРЮВАННЯ**

# ПІСЛЯПОЛОГОВІ СЕПТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

- Пологова гарячка (пологова лихоманка, Puerperalfieber, МКХ 10. Клас XV O85 Післяпологовий сепсис) — збірна назва для захворювань, які обумовлюються інфекційним зараженням при пологах.

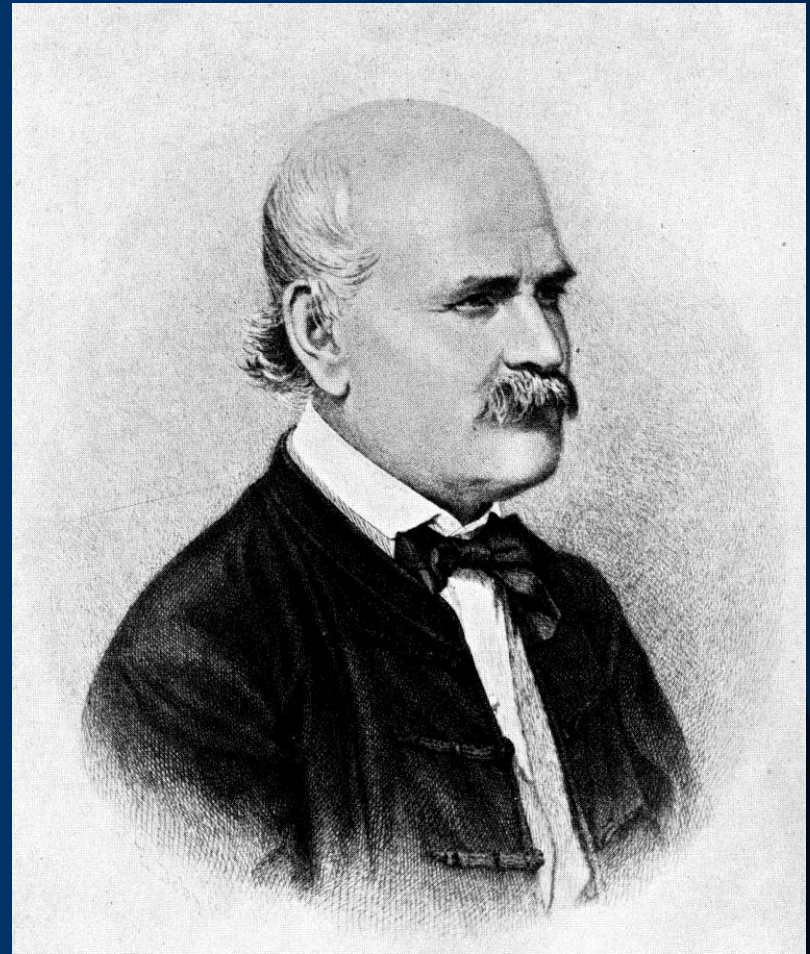
- Опис подібного роду захворювань зустрічається вже у Гіппократа. Захворювання носило епідемічний характер до заснування в XVII столітті першого пологового будинку. У XVIII-XIX століттях в пологових будинках це захворювання стало вивчатися акушерами.





# Ігнац Філіп Земмельвейс

- Причина захворювання була відкрита в 1847 році Ігнацем Земмельвейсом, що вказав на необхідність застосування антисептиків.
- Його відкриття не було визнано сучасниками, і антисептики стали застосовуватися в хірургії та акушерстві тільки з 1880-х рр.

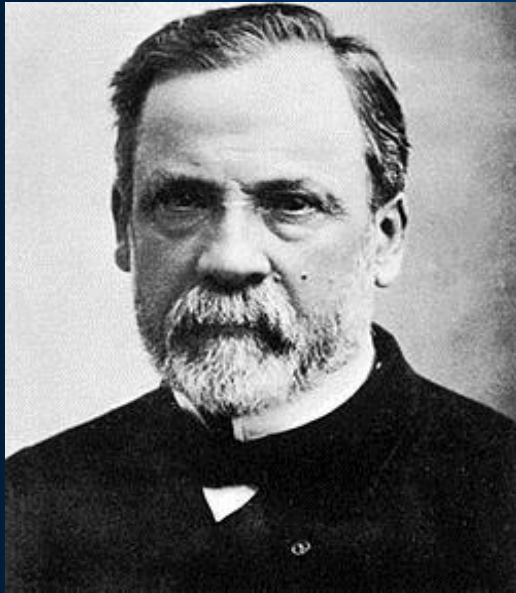


# Ігнац Філіп Земмельвейс

- До 1847 р., смертність при пологах в лікарні (30-40 і навіть 50%) набагато перевершувала смертність при домашніх пологах.
- Намагаючись зрозуміти причини післяпологової гарячки (сепсису), Земмельвейс припустив, що інфекція розповсюджується з інфекційного та патологоанатомічного відділень лікарні і зобов'язав персонал перед маніпуляціями з вагітними і роділлями знезаражувати руки зануренням їх в розчин хлорного вапна. Завдяки цьому смертність серед жінок та новонароджених впала більш ніж в 7 разів - з 18 до 2,5%.







- Заслуги Земмельвейса були оцінені лише через кілька десятків років, вже після відкриттів Луї Пастера і Джозефа Лістера. Перший науково обґрунтував, що причиною бродіння і гниття є мікроорганізми, які потрапляють з повітря або з навколишніх предметів, та запропонував пастерізацію. Другий увійшов в історію як засновник антисептики, створивши перший цілісний, багатокomпонентний спосіб боротьби з інфекцією.

# ПІСЛЯПОЛОГОВІ СЕПТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

- ✓ захворювання, що виникають у породіль протягом 42 днів з моменту пологів, безпосередньо пов'язані з вагітністю та пологами і обумовлені бактеріальною інфекцією.



# Фактори, що сприяють високій частоті післяпологових септичних захворювань:

- ✓ тяжка екстрагенітальна патологія;
- ✓ пізні гестози;
- ✓ анемія вагітних;
- ✓ гестаційний пієлонефрит;
- ✓ передлежання плаценти;
- ✓ плацентарна недостатність;
- ✓ внутрішньоутробне інфікування плода;
- ✓ багатоводдя;
- ✓ індукована вагітність;
- ✓ гормональна і хірургічна корекція невиношування вагітності;

# Фактори, що сприяють високій частоті післяпологових септичних захворювань:

- ✓ генітальна інфекція
- ✓ тривалий безводний проміжок;
- ✓ слабкість пологової діяльності;
- ✓ багаторазові вагінальні дослідження;
- ✓ хоріоамніонит під час пологів;
- ✓ травми родових шляхів;
- ✓ кровотечі;
- ✓ інвазивні методи дослідження стану плода в пологах;
- ✓ оперативні втручання в пологах.



# Фактори, що сприяють розвитку інфекційного процесу в післяпологовому періоді:

- ✓ субінволюція матки;
- ✓ затримка частин посліду;
- ✓ запальні захворювання статевих органів в анамнезі;
- ✓ наявність екстрагенітальних вогнищ бактеріальної інфекції;
- ✓ анемія;
- ✓ ендокринні захворювання;
- ✓ порушення санітарно-епідеміологічного режиму.

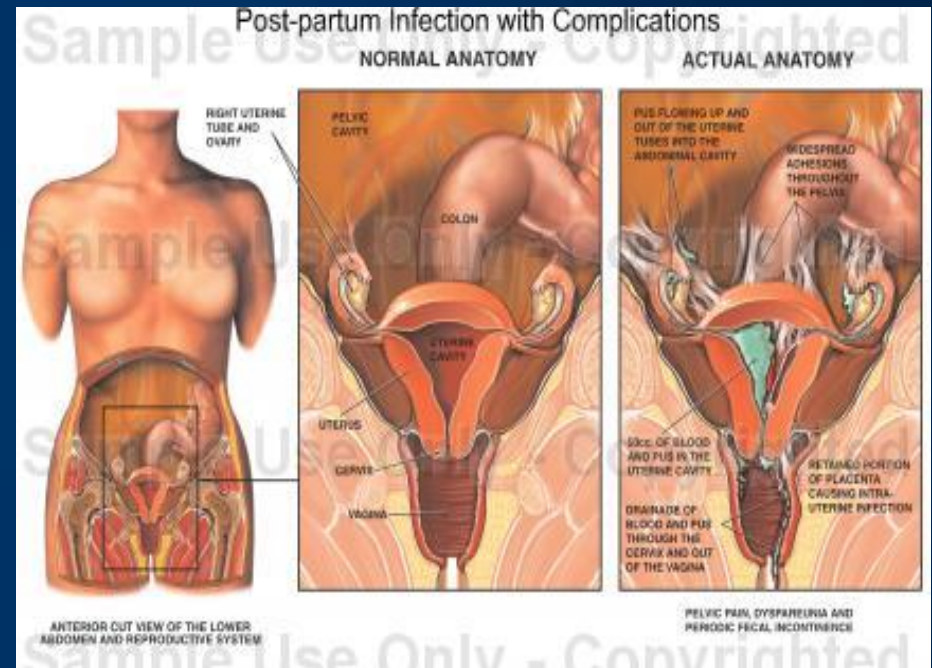
# Збудники післяпологових септичних захворювань:

- ✓ грампозитивні (ентерококи, золотистий і епідермальний стафілококи, стрептококи групи А і В);
- ✓ грамнегативні (кишкова паличка, клебсієла, протей, ентеробактерії, синьогнійна паличка);
- ✓ анаеробні бактерії (бактероїди, пептококи, пептострептококи);
- ✓ асоціації мікроорганізмів різних видів і штамів.



# ШЛЯХИ ПОШИРЕННЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ІНФЕКЦІЇ:

- ✓ гематогенний;
- ✓ лімфогенний;
- ✓ інтраканалікулярний;
- ✓ периневральний;
- ✓ комбінований (гематогенно-лімфогенний).



# Патогенез післяпологових септичних захворювань

- ✓ Патофізіологічні механізми при септичних післяпологових захворюваннях ґрунтуються на синдромі системної запальної відповіді, який розглядають як універсальну відповідь організму на вплив інфекції.



# Стадії синдрому системної запальної відповіді:

- ✓ I - стадія локальної продукції цитокінів;
- ✓ II - стадія викиду невеликої кількості цитокінів в системний кровоток;
- ✓ III - стадія генералізованої запальної реакції.

# I. Стадія локальної продукції цитокінів

- У відповідь на вплив патогенного фактора (інфекції) протизапальні медіатори виконують захисну функцію, беручи участь в процесах загоєння ран і захисту клітин організму від патогенних мікроорганізмів.

## II. Стадія викиду невеликої кількості цитокінів в системний кровоток

- Активуються макрофаги, нейтрофіли, тромбоцити, посилюється продукція гормону росту.
- Гострофазна реакція контролюється про- і протизапальними медіаторними системами, антитілами.
- Баланс між цими системами в умовах норми створює передумови для загоєння ран, знищення патогенних мікроорганізмів, збереження гомеостазу.



# III. Стадія генералізованої запальної реакції

- Кількість медіаторів септичного каскаду в крові максимально збільшується, їх деструктивні ефекти починають домінувати, що призводить до підвищення судинної проникності і порушення функції ендотелію капілярів, формуванню віддалених вогнищ системного запалення, розвитку моно- і поліорганної дисфункції.

# Класифікація післяпологових септичних захворювань (за С.В.Сазоновим і О.В.Бартельсом)

- ✓ **Перший етап** – обмежена форма септичній інфекції, яка не поширюється за межі матки:
- ✓ післяпологові виразки (гнійно-запальний процес промежини, зовнішніх статевих органів, піхви, шийки матки);
- ✓ післяпологовий ендометрит.

# Класифікація післяпологових септичних захворювань (за С.В.Сазоновим і О.В.Бартельсом)

- ✓ Другий етап - інфекція, ще не будучи генералізованою, виходить за межі матки, але обмежена порожниною малого тазу:
  - ✓ метрит;
  - ✓ параметрит;
  - ✓ сальпінгоофорит;
  - ✓ пельвіоперитоніт;
  - ✓ метротромбофлебіт, тромбофлебіт вен малого тазу, тромбофлебіт стегнових вен.



# Класифікація післяпологових септичних захворювань (за С.В.Сазоновим і О.В.Бартельсом)

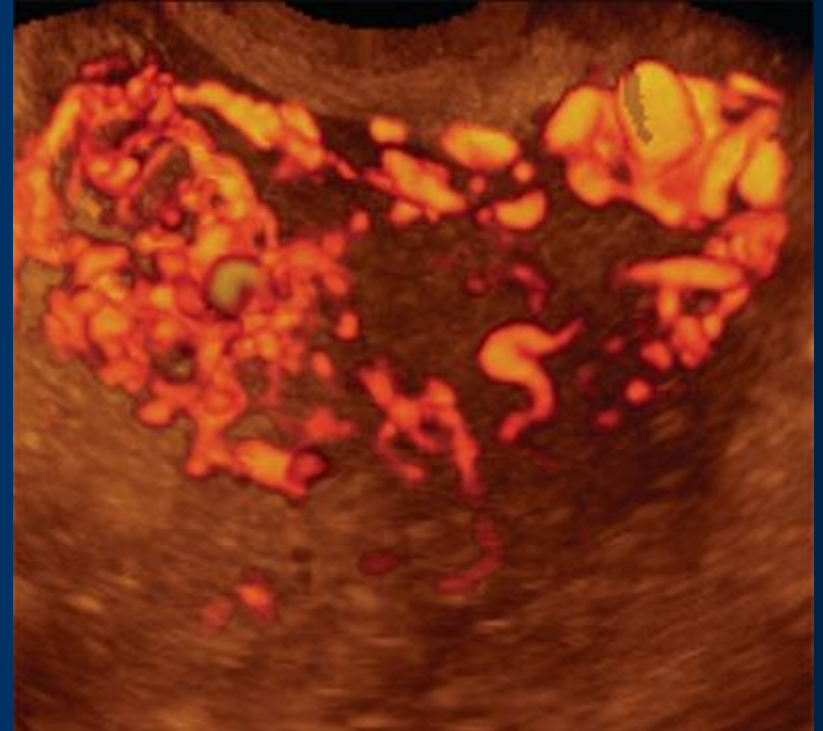
- ✓ Третій етап - інфекція вийшла за межі малого таза і має тенденцію до генералізації:
- ✓ розлитий перитоніт;
- ✓ септичний ендотоксичний шок;
- ✓ прогресуючий тромбофлебіт;
- ✓ анаеробна газова інфекція.

# Класифікація післяпологових септичних захворювань (за С.В.Сазоновим і О.В.Бартельсом)

- ✓ Четвертий етап - генералізовані форми загальної септичної інфекції:
- ✓ септицемія;
- ✓ септикопіємія.

# СУБІНВОЛЮЦІЯ МАТКИ

- більш повільне в порівнянні з нормою повернення матки до її колишнього розміру, що відбувається протягом шести тижнів після пологів.



Тривимірна доплерограма при субінволюції матки на 4 добу після мимовільних пологів.

# ЛОХІОМЕТРА

- виникає при порушенні евакуації виділень з матки внаслідок:
  - ✓ її різкого перегину;
  - ✓ спазму внутрішнього маткового зів'язу;
  - ✓ закупорки каналу шийки матки згустками крові та фрагментами плодових оболонок.



# Клінічна картина лохіометри

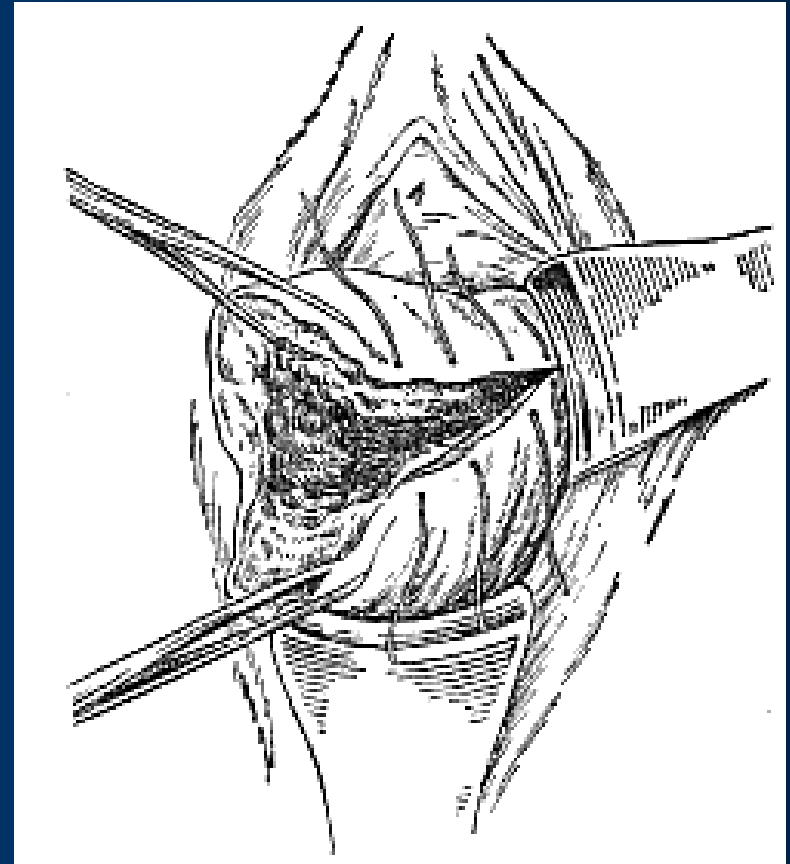
- ✓ підвищення температури тіла до 39°C;
- ✓ ознаки інтоксикації;
- ✓ переймоподібний біль внизу живота.

# Лікування лохіометри

- ✓ виправлення положення матки;
- ✓ введення спазмолітиків (но-шпа, атропін);
- ✓ введення утеротонічних засобів (окситоцин, метилергометрін);
- ✓ механічне розширення каналу шийки матки.

# Післяпологова виразка

- ✓ утворюється внаслідок інфікування тріщин і розривів промежини, зовнішніх статевих органів, піхви, шийки матки, що виникають під час пологів.



# Клінічна картина післяпологової виразки

- ✓ підвищення температури тіла;
- ✓ біль в області пошкодження;
- ✓ набряк, гіперемія тканин;
- ✓ некротичний і гнійний наліт на рані.



# Лікування післяпологової виразки

- ✓ місцеве лікування (перекис водню, гіпертонічний розчин натрію хлориду, фурацилін, димексид, діоксидин, хлорофіліпт та ін.);
- ✓ при нагноєнні рани після епізіотомії або перінеотомії накладають вторинні шви.

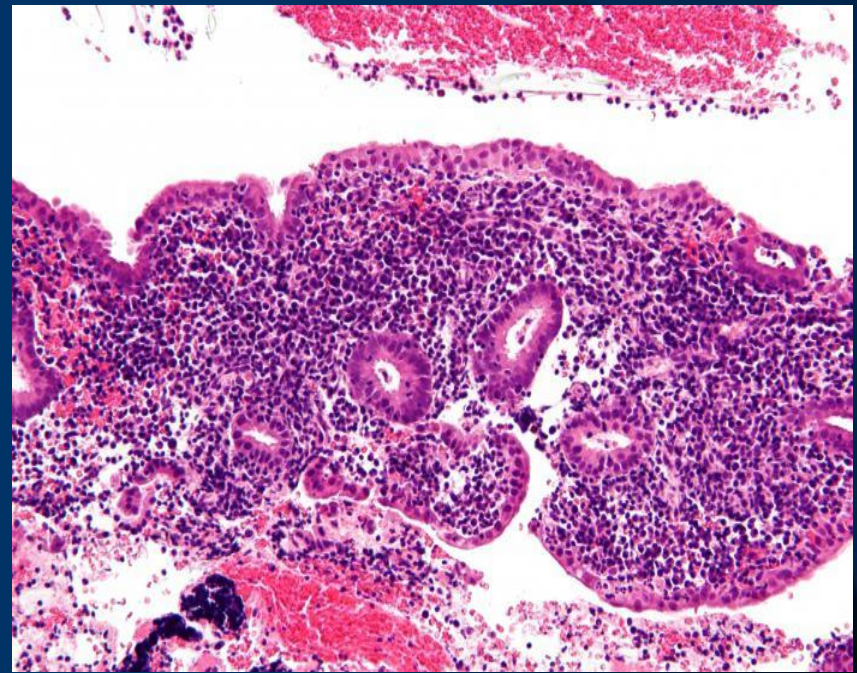
# Післяпологовий ендометрит

- Найбільш поширена форма післяпологових інфекцій.
- Перш за все в процес залучаються ендометрій і довколишній миометрій.



# Форми післяпологового ендометриту

- ✓ легка;
- ✓ важка;
- ✓ стерта.



# Клінічна картина післяпологового ендометриту

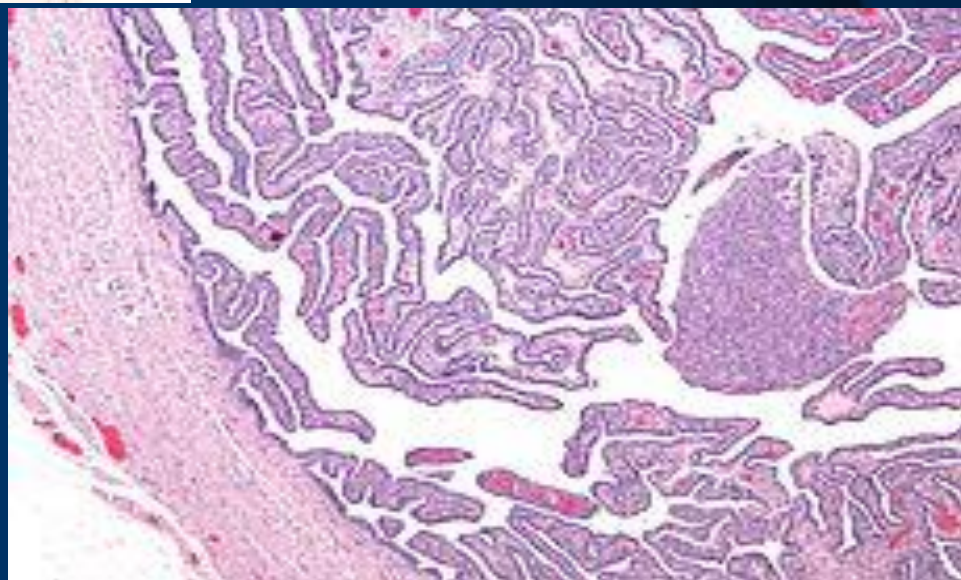
- ✓ підвищення  $t$  тіла;
- ✓ субінволюція матки;
- ✓ кров'янисті або кров'янисті-гнійні виділення;
- ✓ лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, збільшення ШОЕ.



# Лікування післяпологового ендометриту

- ✓ промивання порожнини матки розчинами антибіотиків, антисептиків і ін.;
- ✓ антибактеріальна терапія (цефалоспорины II-III покоління, аміноглікозиди II покоління, метрогил в середніх дозах);
- ✓ інфузійна терапія;
- ✓ дезінтоксикаційна терапія;
- ✓ імунозамісна терапія;
- ✓ стимулююча терапія;
- ✓ протизапальна терапія.

# Післяпологовий сальпінгоофорит



# Клінічна картина післяпологового сальпингофориту

- ✓ біль внизу живота;
- ✓ підвищення температури тіла;
- ✓ симптоми подразнення очеревини;
- ✓ в клінічному аналізі крові - лейкоцитоз, прискорення ШОЕ.
- ✓ при бімануальному дослідженні: в області придатків матки - пастозність і різка болючість.

# Ускладнення післяпологового сальпінгофориту

- ✓ гідро- або піосальпінкс;
- ✓ піовар;
- ✓ тубооваріальний абсцес;
- ✓ загальний перитоніт (при попаданні гною на очеревину).

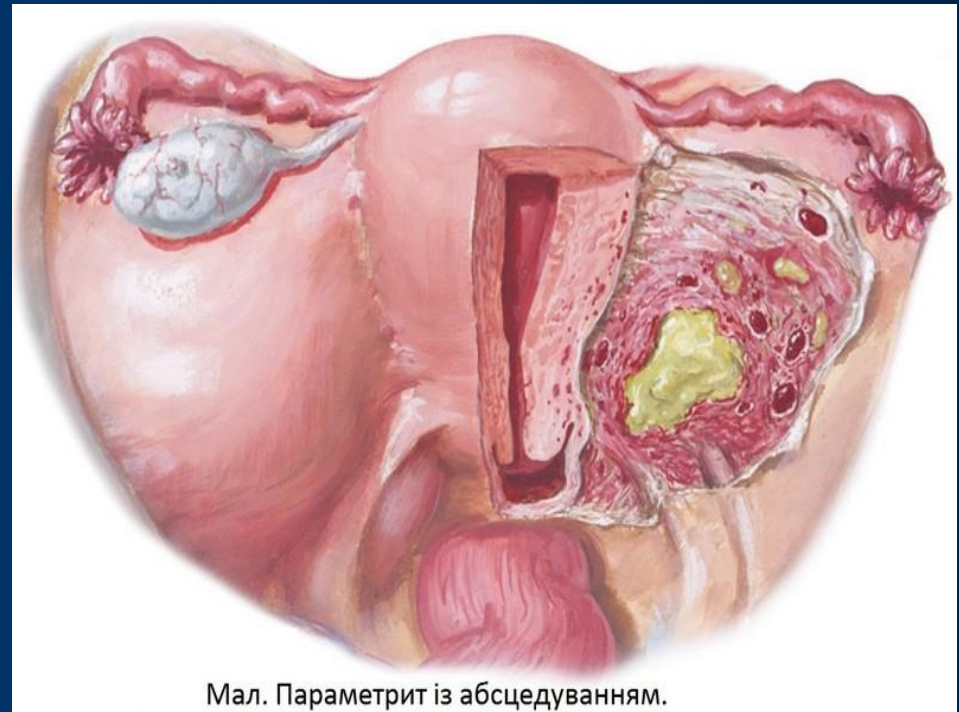


# Лікування післяпологового сальпінгофориту

- ✓ антибактеріальна терапія;
- ✓ інфузійна терапія;
- ✓ дезінтоксикаційна терапія;
- ✓ оперативне лікування (при тубооваріальних абсцесах).

# Клінічна картина післяпологового параметриту

- ✓ підвищення температури тіла до  $39^{\circ}\text{C}$ ;
- ✓ нерізкий постійний біль внизу живота з іррадіацією в поперекову область;
- ✓ в клінічному аналізі крові - лейкоцитоз, збільшення ШОЕ;
- ✓ при локалізації інфільтрату біля сечового міхура або прямої кишки - порушення функції зазначених органів.



Мал. Параметрит із абсцедуванням.

# Лікування післяпологового параметриту

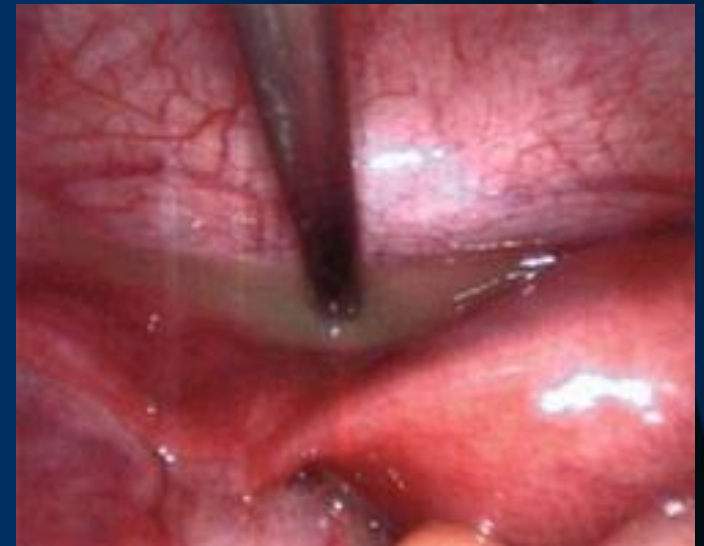
- ✓ антибактеріальна терапія;
- ✓ дезінтоксикаційна терапія;
- ✓ кольпотомія з дронуванням порожнини абсцесу, промиванням її антисептиками і введенням АБ (в разі нагноєння інфільтрату);
- ✓ пункція інфільтрату, що нагноївся, через передню черевну стінку з дронуванням гнійної порожнини (при великих розмірах інфільтрату з ураженням очеревини вище пахової зв'язки).

# Клінічна картина післяпологового пельвіоперітоніту

- ✓ підвищення температури тіла до 38-40°C, озноб;
- ✓ тахікардія до 120 в 1 хв.;
- ✓ нудота, блювота, метеоризм;
- ✓ різкий біль внизу живота;
- ✓ позитивні симптоми подразнення очеревини;
- ✓ в крові - лейкоцитоз із зсувом формули вліво, збільшення ШОЕ.
- ✓ при піхвовому дослідженні: випинання заднього склепіння піхви, неможливість чітко пропальпувати матку через різку болючість.

# Лікування післяпологового пельвіоперітону

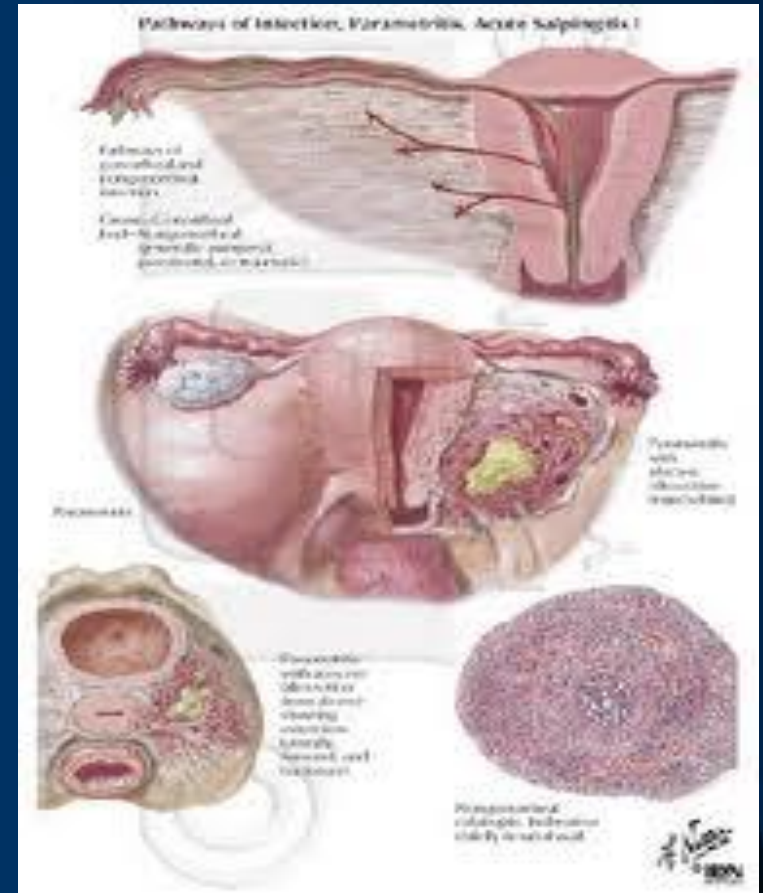
- ✓ консервативне (антибактеріальна, інфузійна, дезінтоксикаційна терапія, холод на низ живота, пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви з евакуацією гнійного вмісту і введенням антибіотиків);
- ✓ оперативне (при відсутності ефекту від консервативної терапії).





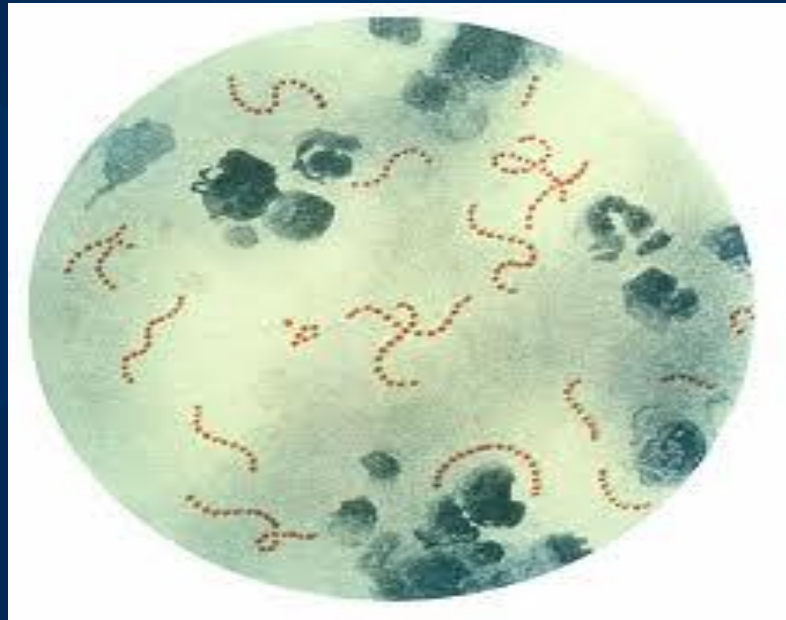
# АКУШЕРСЬКИЙ ПЕРИТОНІТ

- ✓ переважно виникає як ускладнення операції кесарів розтин (хоріоамніоніт під час пологів, післяпологовий ендометрит, розходження швів на матці після кесаревого розтину).



# ЗБУДНИКИ АКУШЕРСЬКОГО ПЕРИТОНІТУ

- ✓ переважно виділяють змішану аеробно-анаеробну мікрофлору (кишкова паличка, стафілокок, синьогнійна паличка, протей звичайний, анаеробна неклостридіальна інфекція).



# ФАЗИ АКУШЕРСЬКОГО ПЕРИТОНІТУ

- ✓ 1-ша, початкова (реактивна) - фаза захисту (перші 24 години);
- ✓ 2-га, токсична (24-72 години);
- ✓ 3-тя, термінальна (понад 72 годин).

# ПОЧАТКОВА (РЕАКТИВНА) ФАЗА

- ✓ утворення в черевній порожнині ексудату - спочатку серозно-фібринозного, потім фібринозно-гнійного або гнійно-геморагічного характеру;
- ✓ порушення мікроциркуляції: спочатку спазм судин очеревини, потім їх розширення, переповнення кров'ю;
- ✓ гіповолемія;
- ✓ атонія кишечника.

# ТОКСИЧНА ФАЗА

- ✓ виражені гемодинамічні розлади;
- ✓ порушення мікроциркуляції;
- ✓ порушення функції печінки і нирок, дистрофічні процеси в паренхіматозних органах;
- ✓ прогресуюча тканинна гіпоксія, порушення всіх видів обміну речовин;
- ✓ парез кишечника, безперервна блювота;
- ✓ прогресуюча інтоксикація.



# ТЕРМІНАЛЬНА ФАЗА

- ✓ температура тіла висока, рідше субфебрильна;
- ✓ тахікардія, гіпотонія;
- ✓ біль в животі;
- ✓ нудота, блювота, метеоризм, прогресуючий парез кишечника, сухість язика;
- ✓ симптоми подразнення очеревини можуть бути недостатньо вираженими;
- ✓ при аускультації не вислуховуються шуми кишкової перистальтики (симптом гробової тиші).
- ✓ в черевній порожнині перкуторно виявляється вільна рідина, визначається позитивний симптом флюктуації.

# ЛІКУВАННЯ АКУШЕРСЬКОГО ПЕРИТОНІТУ

- ✓ оперативне: екстирпація матки з трубами, інтубація кишечника, дронування черевної порожнини за методом Петрова і через купол піхви;
- ✓ антибактеріальна терапія (цефалоспори́ни II-III покоління, аміноглікози́ди II покоління, метрогил);
- ✓ дезінтоксикаційна терапія (розчини реополіглюкіну, желатинолю, гемодезу, неокомпенсану, розчину Рінгера-Локка, глюкози, солей калію, білкових гідролізатів);

# ЛІКУВАННЯ АКУШЕРСЬКОГО ПЕРИТОНІТУ

- ✓ корекція порушень мікроциркуляції і ДВЗ-синдрому – призначення антикоагулянтів (гепарин, фраксипарин);
- ✓ корекція гемодинамічних порушень (серцеві глікозиди, стероїдні гормони, ККБ, АТФ, вітаміни, кисень);
- ✓ призначення десенсибілізуючих і антигістамінних препаратів (димедрол, супрастин, діазолін, дипразин, тавегіл);
- ✓ діаліз черевної порожнини.

# ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ТРОМБОФЛЕБІТ

- виникає в разі поширення післяпологової інфекції по тазових венах;
- пов'язаний зі змінами внутрішньої поверхні судинної стінки, підвищенням активності системи згортання крові, уповільненням кровотоку і рефлексорним спазмом судин.



# Тромбоутворенню сприяють:

- ✓ захворювання серцево-судинної системи;
- ✓ ожиріння;
- ✓ анемії;
- ✓ варикозне розширення вен;
- ✓ преекламсія;
- ✓ тривалі пологи;
- ✓ оперативне розродження.





# КЛАСИФІКАЦІЯ

- ✓ обмежений;
- ✓ поширений.
- ✓ тромбофлебіт поверхневих вен;
- ✓ тромбофлебіт глибоких вен.

# Клінічна картина тромбофлебіту поверхневих вен нижніх кінцівок

- локальний біль по ходу закупореної тромбом вени;
- синюшний або темно-червоний колір шкіри;
- збільшення об'єму кінцівки на 1-2 см.

# Клінічна картина тромбофлебіту глибоких вен

- ✓ метротромбофлебіт;
- ✓ тромбофлебіт вен таза;
- ✓ тромбофлебіт клубово-стегнової і стегнової вен;
- ✓ тромбофлебіт глибоких вен гомілки і стопи.

# Клінічна картина метротромбофлебіту

- ✓ субфебрильна температура тіла;
- ✓ прискорений пульс;
- ✓ субінволюція матки;
- ✓ тривалі кров'янисті виділення з матки;
- ✓ при бімануальному дослідженні - фасеткова зовнішня поверхня матки і звивисті тяжі під серозною оболонкою. Процес поширюється на тазову, клубову ділянку, глибокі вени стегна.

# Клінічна картина тромбофлебіту вен тазу

- ✓ субінволюція матки;
- ✓ в основі широкої зв'язки матки і в області бічної стінки таза пальпуються вени у вигляді болючих і звивистих тяжів.



# Клінічна картина тромбофлебіту глибоких вен нижніх кінцівок

- ✓ біль у кінцівці;
- ✓ підвищення температури тіла;
- ✓ озноб;
- ✓ похолодання, набряк кінцівки, парестезії.

# Клінічна картина клубово-стегнового тромбофлебіту

- ✓ розширення підшкірних вен в паховій і клубовій області, на передній і бічній поверхні передньої черевної стінки;
- ✓ пальпаторно визначається болючий інфільтрат в клубовій області, болючість у верхній третині стегна і його набряк;
- ✓ тромбоз зовнішньої стегнової вени супроводжується виникненням набряків в нижній частині живота і попереку, нерідко припухлістю статевих губ.

# Клінічна картина тромбофлебіту стегнової вени

- ✓ згладжування пахової складки;
- ✓ болючість в області стегнового трикутника, в глибині якого пальпуються потовщені судини;
- ✓ розширення стегнових вен;
- ✓ набряк стегна і нерідко гомілки;
- ✓ біль в м'язах гомілки.

# Лікування післяпологових тромбофлебітів

- ✓ антикоагулянти прямої дії (гепарин);
- ✓ антибактеріальна терапія;
- ✓ десенсибілізуюча терапія;
- ✓ спазмолітики;
- ✓ плазмозамінні розчини;
- ✓ сольові розчини.

# Профілактика післяпологового тромбофлебіту

- ✓ дихальна гімнастика;
- ✓ масаж;
- ✓ фізичні вправи;
- ✓ піднесене положення нижніх кінцівок;
- ✓ бинтування еластичними бинтами;
- ✓ антикоагулянти (при наявності в анамнезі тромбофлебіту вен таза, стегна і т.п.).



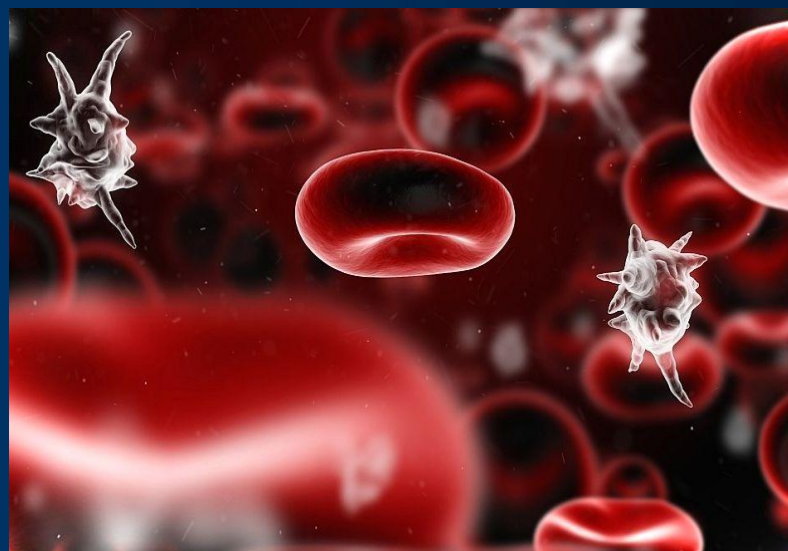
# СИНДРОМ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ (Systemic Inflammatory Response Syndrom - SIRS)

**маніфестує двома або більше наступними  
проявами:**

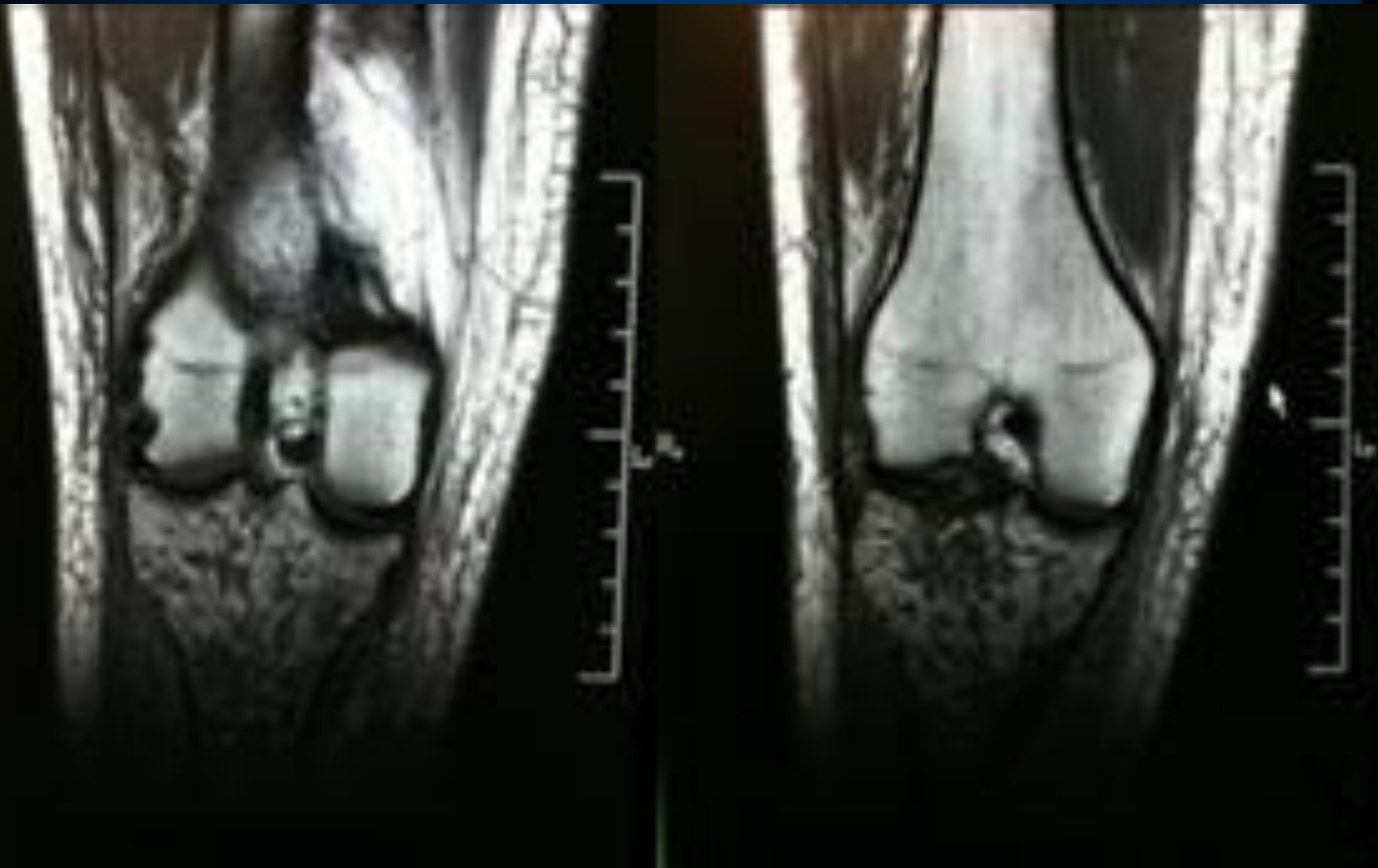
- ✓ температура тіла більше 38°C або нижче 36°C;
- ✓ ЧСС більше 90 уд./хв .;
- ✓ частота дихання більше 20 в хвилину або  $P_a CO_2$  нижче 32 мм рт.ст.;
- ✓ кількість лейкоцитів більше 12000/мм<sup>3</sup>, менше 400/мм<sup>3</sup> або більше 10% юних форм.

# СЕПСИС

- ✓ системна запальна відповідь на достовірно виявлену інфекцію за відсутності інших можливих причин для таких змін, які характерні для SIRS.



# Післяпологовий гематогенний остеомієліт



# Септикопемія (метастази в головний мозок)

Siemens 1.5T T1G40MPC2103

USAF Med Center Newber

Ex: 7872

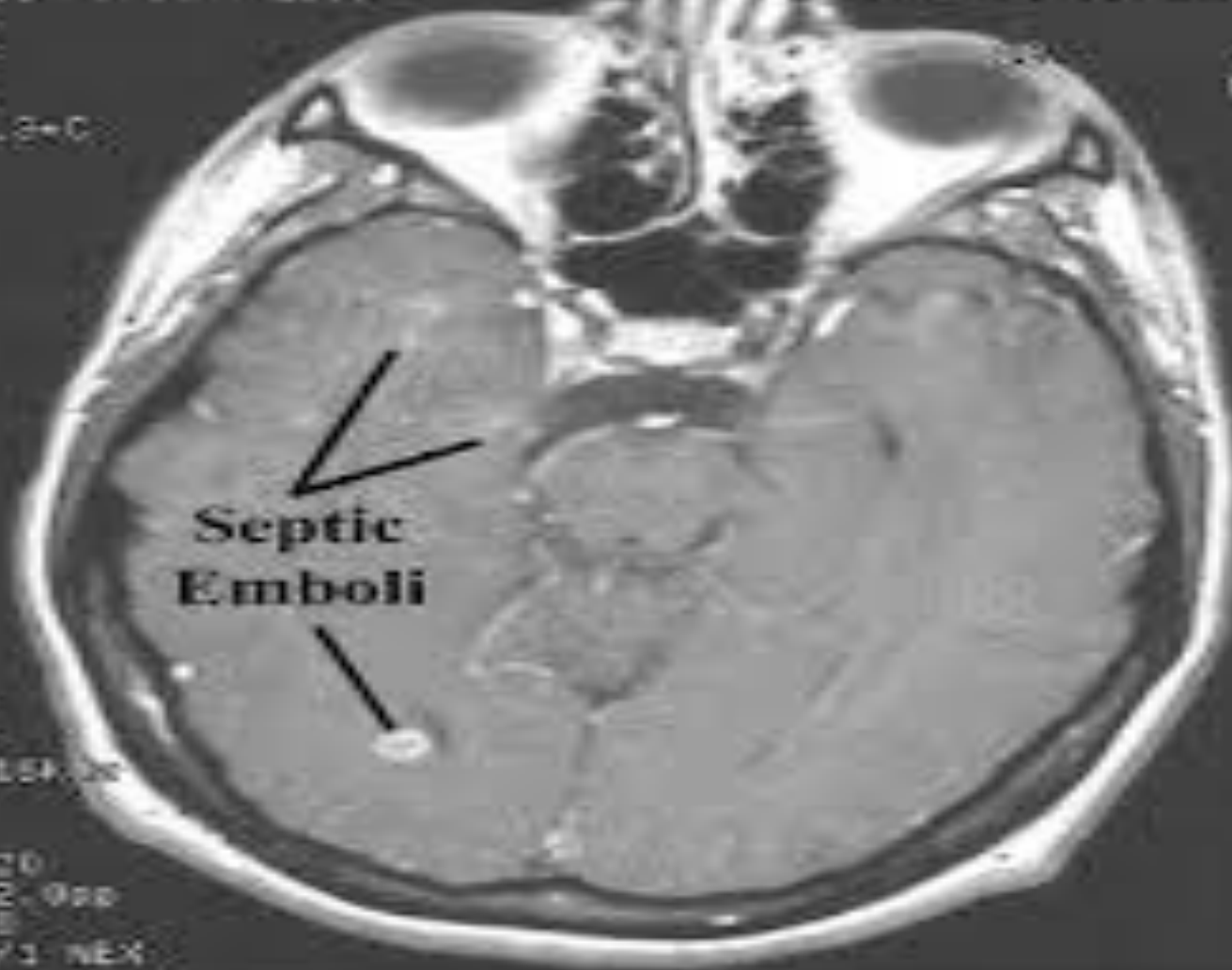
Se: 8/9

Te: 9/19

Co: 1.38 3+C

09/15/09

10:41



3E

TR: 583

TE: 23

EC: 1/8 154.25

HEAD

FOV: 20x20

E: 31mm/2.0mm

19/02:08

258x250/3 NEX

FD

07.1

# ТЯЖКИЙ СЕПСИС / SIRS

- сепсис, який супроводжується дисфункцією органів, гіперперфузією або гіпотензією.

Гіперперфузія і перфузійні порушення можуть включати (але не обмежуються тільки ними):

- ✓ ацидоз внаслідок накопичення молочної кислоти;
- ✓ олігурію;
- ✓ гостре порушення психічного статусу.



# СЕПТИЧНИЙ ШОК

- ✓ *клінічний синдром*, що виникає за умови системної запальної відповіді на інфекцію і проявляється порушенням здатності організму підтримувати гемодинаміку і гомеостаз в результаті неадекватної оксигенації тканин і циркуляторних розладів.

# СЕПТИЧНИЙ ШОК / SIRS-ШОК

- ✓ є ускладненням важкого сепсису і визначається як: сепсис-індукована гіпотензія, яка не піддається корекції адекватним заповненням рідини.

# Виникненню септичного шоку сприяють:

- ✓ наявність вогнища інфекції (післяпологовий ендометрит, хоріоамніонит, лохіометра, залишки плацентарної тканини);
- ✓ зниження загальної резистентності організму;
- ✓ можливість проникнення збудників або їх токсинів в кровоносне русло.

# СТАДІЇ СЕПТИЧНОГО ШОКУ

- ✓ гіпердинамічна (зниження периферичного спротиву, рефлекторне зростання серцевого викиду);
- ✓ гіподинамічна (порушення перфузії і оксигенації, вторинні у відношенні до регіональної вазоконстрикції і дисфункції міокарда).

# Діагностика тяжкого сепсису

- ✓ тромбоцитопенія  $< 100 \cdot 10^9/\text{л}$ ;
- ✓ підвищення рівня С-реактивного протеїну;
- ✓ підвищення рівня прокальцитоніну  $> 6,0$  нг/мл;
- ✓ позитивний посів крові з виявленням циркулюючих мікроорганізмів;
- ✓ позитивний тест на ендотоксин (LPS-тест).



# ДІАГНОСТИКА СЕПТИЧНОГО ШОКА

(крім перерахованих вище ознак)

- ✓ артеріальна гіпотензія (САТ менше 90 мм рт. ст. або знижений більш ніж на 40 мм рт. ст. від вихідного рівня);
- ✓ тахікардія більше 100 уд./хв.;
- ✓ тахіпное більше 25 за хвилину;
- ✓ порушення свідомості (менше 13 балів за шкалою Глазго);
- ✓ олігурія (діурез менше 30 мл/год.);

# ДІАГНОСТИКА СЕПТИЧНОГО ШОКА

- ✓ гіпоксемія ( $P_{aO_2}$  менше 75 мм рт. ст. при диханні атмосферним повітрям);
- ✓  $SpO_2 < 90\%$ ;
- ✓ підвищення рівня лактату більше 1,6 ммоль/л;
- ✓ петехіальний висип, некроз ділянок шкіри.



# ЗАХОДИ ПРИ СЕПТИЧНОМУ ШОЦІ

- ✓ моніторинг параметрів гемодинаміки: АТ, ЧСС, ЦВТ;
- ✓ контроль параметрів дихальної системи (ЧД, гази крові, SpO<sub>2</sub>);
- ✓ погодинний контроль діурезу;
- ✓ вимір ректальної температури мінімум 4 рази на добу для співставлення з температурою тіла в аксиллярний областях;

# ЗАХОДИ ПРИ СЕПТИЧНОМУ ШОЦІ

- ✓ посіви крові, сечі, виділень з цервікального каналу;
- ✓ визначення кислотно-лужної рівноваги крові та насичення тканин киснем;
- ✓ підрахунок кількості тромбоцитів та визначення вмісту фібриногену і мономерів фібрину;

# ЗАХОДИ ПРИ СЕПТИЧНОМУ ШОЦІ

- ✓ ЕКГ-моніторинг (з метою визначення ступеня метаболічних порушень або ішемії міокарда);
- ✓ УЗД органів черевної порожнини (з метою виявлення можливих гематогенних абсцесів);
- ✓ рентгенологічне дослідження органів грудної клітини (з метою підтвердження респіраторного дистрес-синдрому або пневмонії).



# Лабораторні показники при септичному шоці

- ✓ анемія;
- ✓ нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом вліво, токсична зернистість лейкоцитів;
- ✓ тромбоцитопенія;
- ✓ лимфопенія.

# Основні принципи інтенсивної терапії септичного шоку

- ✓ негайна госпіталізація хворої у відділення інтенсивної терапії;
- ✓ корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення інотропної терапії та адекватної інфузійної терапії з постійним моніторингом гемодинаміки;
- ✓ підтримання адекватної вентиляції та газообміну;
- ✓ хірургічна санація вогнища інфекції;

# Основні принципи інтенсивної терапії септичного шоку

- ✓ нормалізація функції кишечника та раннє ентеральне харчування;
- ✓ своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем;
- ✓ антибактеріальна терапія під постійним мікробіологічним контролем;
- ✓ антимедіаторна терапія.

# ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ МАСТИТ

- ✓ запальне захворювання молочної залози інфекційного характеру, що розвивається в післяпологовий період;
- ✓ основний збудник - патогенний стафілокок, здатний проникати в молочну залозу переважно лімфогенно;
- ✓ розвивається на тлі патологічного лактостазу.

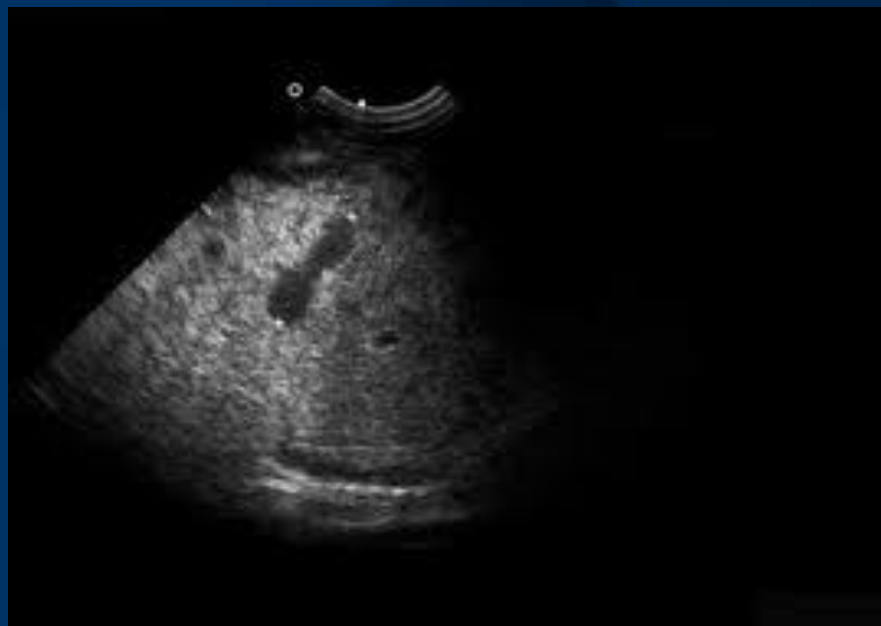
# Лактостаз

- ✓ застій молока в протоках молочних залоз, є одним з ускладнень грудного вигодовування;
- ✓ виникає на 2-6 добу після пологів і проявляється болісними відчуттями та ущільненнями в молочній залозі, субфебрильною температурою, слабкістю, ознобом;
- ✓ головною відмінністю лактостазу від маститу є відсутність запалення – ніколи не буває набряку, гіперемії шкіри та інфільтратів;
- ✓ після спорожнення залози стан породіллі нормалізується.



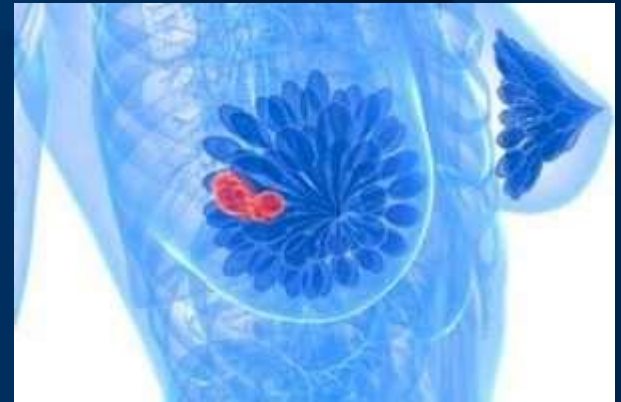


# ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ МАСТИТ



# ФОРМИ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО МАСТИТУ

- ✓ серозний;
- ✓ інфільтративний;
- ✓ гнійний
  - абсцедивний,
  - флегмонозний,
  - гангренозний.



# Серозний мастит

- початкова стадія розвитку післяпологового маститу;
- у більшості хворих мастит буває однобічним;
- починається гостро:  $t$  підвищується до  $38^{\circ}\text{C}$  і вище, виникають озноб, загальна слабкість, головний біль, розпираючий біль в молочній залозі, поганий відтік молока, іноді неможливість продовжувати годування;
- молочна залоза дещо збільшена в об'ємі, болісна, шкіра над нею гіперемійована;
- під час пальпації в товщі залози визначаються ущільнені ділянки. У крові відзначається помірний лейкоцитоз, підвищення ШОЕ.



# Інфільтративний мастит

- зазвичай розвивається внаслідок недостатнього або неефективного лікування серозної форми лактаційного маститу;
- у породіллі відмічається підвищена температура тіла, лихоманка, знижується апетит, порушується сон.
- жінка скаржиться на різкі розпираючі, ріжучі болі в молочній залозі, почервоніння і набряк шкіри над вогнищем запалення.
- гіперемія шкіри обмежується одним із квадрантів залози, у ділянці якого пальпується щільний малорухомий інфільтрат, нерідко відмічають збільшення регіонарних лімфатичних вузлів.



# Гнійний мастит

- Для гнійної форми гострого лактаційного маститу характерні висока температура тіла ( $39^{\circ}\text{C}$  і більше), поганий сон, втрата апетиту.
- Молочна залоза значно збільшується в об'ємі, набрякла, болюча при пальпації, шкіра її гіперемована, іноді ціанотична.
- Як правило, збільшуються і стають болючими пахвові лімфатичні вузли (регіонарний лімфаденіт).
- Перебігає у декілька стадій – *абсцедивна* (утворення обмеженого абсцесу), *флегмонозна* (поширення гнійної інфільтрації на всю або більшу частину залози) та *гангренозна* (некроз значних ділянок або всієї тканини молочної залози).



# Абсцедивний мастит

- виникає як наслідок інфільтративного і є початковою стадією гнійного маститу, коли в товщі молочної залози утворюється гнійна порожнина.
- Абсцедивна форма маститу характеризується наростанням клінічних ознак (температура тіла 39-40°C, озноб, відсутність апетиту) і погіршенням стану хворого.
- При пальпації в молочній залозі виявляють ділянки розм'якшення і флуктуації.
- У крові – високий лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, ознаки токсичної зернистості лейкоцитів, у сечі з'являється білок.
- Ущільнення (інфільтрат) в молочній залозі стає різко болючим, набуває чіткі межі, в його центрі можна промацати розм'якшення, що говорить про розвиток абсцесу.



# Флегмонозний мастит

- проміжна стадія перебігу гнійного маститу, що розвивається на тлі абсцедивного.
- Флегмонозна форма характеризується різким погіршенням стану хворого: температура досягає  $39^{\circ}\text{C}$  і вище, виникає лихоманка, шкірні покриви бліді, молочна залоза різко збільшена в об'ємі за рахунок вираженого набряку, пастозна (тістоподібна), болюча при пальпації. Шкіра над нею гіперемована, блискуча, з розширеною венозною сіткою, іноді синюшна, сосок втягнутий.
- Процес охоплює всю або більшу частину залози.



# Гангренозний мастит

- крайня стадія розвитку гнійного маститу, при якій відбувається некроз значних ділянок або всієї тканини молочної залози.
- Розвивається у хворих, які тривалий час не звертались за медичною допомогою, або внаслідок тромбозу судин молочної залози.
- Стан хворих тяжкий, температура тіла підвищується до 40-41°C, молочна залоза різко збільшена, шкіра над нею набрякла, синюшно-багряного кольору з ділянками некрозів (чорного кольору), покрита міхурами, наповненими геморагічним вмістом.
- Гангренозна форма маститу перебігає злоякісно та говорить про занедбаність гнійного процесу.



# Принципи лікування післяпологового маститу

- ✓ припинення грудного вигодовування;
- ✓ засоби для пригнічення лактації;
- ✓ антибактеріальна терапія;
- ✓ дезінтоксикаційна терапія;
- ✓ імунотерапія;

# Принципи лікування післяпологового маститу

- ✓ сульфокамфокаїн або р-р камфори підшкірно;
- ✓ сечогінні засоби;
- ✓ при серозних і інфільтративних - олійно-мазеві компреси;
- ✓ при гнійних - хірургічне лікування.