

Лекція № 4

Тема: Фізіологічний післяпологовий період. Післяпологові септичні захворювання

План

- Загальне уявлення про післяпологовий період (ранній, пізній). Зміни в організмі породіллі. Догляд за породіллею. Ускладнення, які найчастіше виникають у післяпологовий період.
- Гнійно-септичні післяпологові захворювання. Збудники. Шляхи проникнення. Класифікація септичних післяпологових захворювань. Клінічна картина. Діагностика та принципи лікування захворювань кожного етапу.

Післяпологовий (пуерперальний) період починається після народження посліду і триває 6-8 тижнів. Упродовж цього періоду в організмі жінки зникають зміни, пов'язані з вагітністю та пологамі, зазнають зворотного розвитку (інволюції) статеві органи. Винятком є молочні залози, які досягають розквіту своєї функції. Найшвидше процеси інволюції відбуваються у перші 2 тижні після пологів.

Клінічний перебіг післяпологового періоду

Ранній післяпологовий період. Перші 2 години після народження посліду виділяють окремо й називають *раннім післяпологовим періодом*, оскільки цей час найбільш небезпечний щодо можливих ускладнень.

Упродовж перших двох годин після пологів відбуваються процеси адаптації організму жінки до нових умов. Після пологів та пов'язаного з ними значного фізичного навантаження породіллі відчуває втому. Саме в цей час найчастіше виникають важкі ускладнення - післяпологові кровотечі різного генезу, тому перші дві години породіллі проводить у пологовій залі.

Після закінчення третього періоду пологів та проведення первинного туалету новонародженого проводять ретельний огляд пологових шляхів: промежини, статевих губ, ділянки клітора. За допомогою дзеркал оглядають шийку матки. Якщо виявлені тріщини, розриви - їх негайно зашивають (спочатку - розриви шийки матки, потім піхви, в останню чергу - промежини), оскільки вони можуть стати джерелами кровотечі чи вхідними воротами для інфекції. Окрім того, незашиті розриви у майбутньому можуть призвести до виникнення ерозій, хронічного ендocerвіциту, ектропіона (вивороту шийки матки), розриви промежини - до порушення функції м'язів тазового дна.

Для контролю крововтрати під таз породіллі підкладають лоток, у який стікає кров зі статевих шляхів. Через дві години кров з лотка зливають у градуйований посуд. Виміряну таким чином крововтрату додають до отриманої раніше - у третьому періоді пологів та при народженні посліду. Загальна крововтрата не повинна перевищувати 200-250 мл, а максимальна фізіологічна крововтрата - 0,5% маси тіла жінки, проте не більше 400 мл. На живіт породіллі кладуть міхур з льодом (через пелюшку) на 30 хв, після 30-хвилинної перерви процедуру повторюють.

Протягом раннього післяпологового періоду лікар та акушерка уважно стежать за станом породіллі: вимірюють АТ, пульс, температуру тіла, контролюють стан матки (її консистенцію, висоту стояння дна над рівнем верхнього краю лобкового зчленування), кількість крові, що виділяється зі статевих шляхів. Проводять спорожнення сечового міхура катетером. Якщо стан породіллі залишається задовільним, через 2 години її переводять до післяпологової палати.

Функції акушерки у ранньому післяпологовому періоді:

- спостереження за загальним станом - АТ, пульс, колір шкірних покривів;
- контроль кількості кров'янистих виділень;
- контроль стану матки;
- вчасна зміна міхура з льодом за необхідності;
- проведення катетеризації сечового міхура після закінчення раннього післяпологового періоду - через 2 год після пологів;
- спостереження за станом новонародженого, який перебуває біля матері в пологовій залі;
- вчасне переведення і транспортування в післяпологову палату.

Інволюція матки. Одразу після народження плода матка різко зменшується в розмірах. Її маса досягає 1000 г, довжина близько 15 см. Дно матки розміщується на рівні пупка. Першого тижня після пологів дно матки щодня опускається на 2 см (або на 1 поперечний палець). На 4-5-ту добу дно матки має перебувати посередині між пупком та лоном, на 9-10-ту добу - зникає за лоном і надалі через передню черевну стінку не пальпується. Наприкінці післяпологового періоду довжина матки становить 8-9 см, маса така сама, як до вагітності - 50 г.

У перші 3-4 доби після пологів за умов фізіологічного перебігу пуерперію порожнина матки залишається стерильною. Відбувається її очищення від залишків децидуальної оболонки, згустків крові, оскільки одразу після пологів внутрішня поверхня матки являє собою суцільну ранову поверхню з найбільш глибокими змінами в ділянці плацентарного майданчика. Процеси загоєння супроводжуються утворенням ранового секрету - лохій. Лохії складаються з клітин крові, залишків децидуальної оболонки та інших тканинних елементів. У перші 3 доби після пологів лохії мають кров'янистий характер, з 4-ї до 6-ї доби вони кров'янисто-серозні, надалі - серозно- кров'янисті, з 10 дня - лохії світлі, серозні, на 5-6 тиждень пуерперію їх виділення припиняється.

Шийка матки. Після народження посліду шийка матки розкрита на 10-12 см і вільно пропускає кисть руки. На третю добу внутрішнє вічко пропускає один поперечний палець, на 7-9-ту добу воно закривається. Повністю шийка матки формується на третьому тижні після пологів: зовнішнє вічко закривається, набуваючи щілиноподібної форми. До 3-4 тижня пуерперального періоду відновлюється тонус зв'язкового апарату матки, м'язів тазового дна. Маткові труби та яєчники займають попереднє положення.

У жінок, що не годують грудьми, через 8-10 тижнів відновлюється менструальний цикл. У матерів-годувальниць у період лактації менструації зазвичай відсутні - фізіологічна лактаційна аменорея - проте у деяких жінок циклічні зміни в яєчниках та матці відновлюються і може настати вагітність.

Ведення післяпологового періоду

Після неускладнених пологів стан породіллі задовільний. Скарг зазвичай не буває. У жінок після повторних пологів скорочення матки інколи бувають болючими, особливо під час годування. Для зменшення болю можна приймати спазмолітики.

Температура тіла породіллі при фізіологічному перебігові пуерперію нормальна. У першу добу після пологів допустиме одноразове незначне (до 37,5°C) підвищення температури внаслідок фізичного та емоційного перенапруження. Підвищення температури у наступні дні свідчить про початок запального процесу в матці чи молочних залозах.

Артеріальний тиск у породіль повинен досягти вихідного рівня (яким був до вагітності). У жінок, які хворіли на нефропатію, артеріальний тиск необхідно постійно контролювати і після пологів. Пульс дещо сповільнений, у межах 64-72 за 1 хв, задовільного наповнення.

Для профілактики післяпологових септичних ускладнень дуже важливим є утримання в чистоті палат та предметів догляду за породіллею та новонародженим. Усе, що контактує з молочними залозами та статевими органами породіллі, має бути стерильним.

Лікар та акушерка післяпологового відділення щодня стежать за перебігом пуерперального періоду. Вони оцінюють:

- загальний стан та самопочуття породіллі (скарги, сон, апетит);

- температуру тіла. Вимірювання проводять двічі на добу, за потреби - термометрія через 3 години;
- артеріальний тиск, пульс;
- стан молочних залоз та сосків (наявність інфільтратів, лактостазу, тріщин сосків);
- висоту дна матки над симфізом, стан її скорочення, болючість;
- кількість та характер лохій;
- стан зовнішніх статевих органів, за наявності швів - ступінь загоєння;
- функцію сечового міхура та кишечника.

Туалет породіллі

Лохії, що виділяються зі статевих шляхів, забруднюють ділянку промежини, це сприяє інфікуванню породіллі та ускладнює загоєння розривів, тому ретельний туалет зовнішніх статевих органів є дуже важливим. Упродовж перших трьох діб його проводять тричі на добу чи, за необхідності, - частіше, надалі - двічі. У першу добу туалет проводить медична сестра чи акушерка в ліжку, згодом породіллі може робити це сама.

Під час проведення туалету в ліжку під таз породіллі підкладають зігріте індивідуальне судно, пропонують жінці помочитися. Медична сестра заповнює кувалду Есмарха теплим дезінфікувальним розчином (калію перманганат 1:4000, відвар ромашки, фурацилін 1:5000) й обмиває зовнішні статеві органи породіллі у напрямі згори вниз, використовуючи окремі для кожної жінки стерильний ватний тампон на стерильному корнцангу. Після туалету зовнішні статеві органи породіллі просушують і для вбирання лохій використовують стерильну підкладну пелюшку. Якщо при огляді виявлено набряк статевих органів, через стерильну пелюшку прикладають міхур з льодом.

Особливо ретельно контролюють стан скорочення післяпологової матки. При виникненні сповільнення цього процесу (субінволюції матки) застосовують скорочувальні засоби (окситоцин, пітуїтрин, метилергометрин, настій кропиви, водяного перцю, арніки).

Правильному скороченню матки сприяють своєчасне спорожнення сечового міхура та кишечника. Медична сестра повинна уважно стежити за сечовипусканням породіллі, і при виникненні утруднень, особливо у першу добу після пологів, допомогти породіллі спорожнити сечовий міхур. Для цього під таз жінки підкладають підігріте судно і використовують рефлекторні методи стимуляції сечовипускання: поливають статеві органи теплою водою або пускають струмінь води з крана. За неефективності цих заходів уводять прозерин (1 мл 0,05% розчину внутрішньом'язово) або вдаються до катетеризації сечового міхура. У разі затримки випорожнення кишечника дають проносне або роблять очисну клізму.

Спільне перебування матері та дитини

Останнім часом більшість пологових будинків відмовляється від установлених норм утримання післяпологових відділень, у яких мати і немовля перебувають окремо, і дитину приносять до матері тільки на час годування. У сучасних пологових будинках створюють палати або відділення для спільного перебування матері та новонародженої дитини.

Спільне перебування породіллі й новонародженої дитини в палаті пологового будинку знижує частоту захворювань, дає можливість забезпечити раннє прикладання дитини до грудей матері, сприяє становленню лактації, дозволяє матері активно брати участь у догляді за новонародженою дитиною. Обмежується контакт новонародженого з медичним персоналом, знижується можливість інфікування госпітальними штамами мікроорганізмів. Створюються сприятливі умови для заселення організму новонародженого мікрофлорою матері. Спільним перебуванням слід вважати перебування матері та її дитини в одній кімнаті протягом 24 годин на добу з моменту народження до моменту виписки з стаціонару. Спільне перебування включає в себе такі етапи:

- контакт «шкіра до шкіри» в пологовій залі;
- спільне транспортування дитини з матір'ю в палату спільного перебування;
- тільки грудне вигодовування на вимогу дитини;
- догляд матері за своєю дитиною із залученням членів родини;

- обґрунтована мінімізація втручань з боку медичного персоналу;
- усі призначення та маніпуляції (вакцинація, обстеження на ФКУ та гіпотиреоз тощо) виконують у палаті спільного перебування в присутності та за дотримання вимоги поінформованої згоди матері.

Температуру тіла дитини вимірюють 2 рази на добу. Акушерка протягом першої доби навчає термометрії матір, і далі мати сама вимірює температуру тіла дитини. Догляд за шкірою і підмивання новонародженого під теплою проточною водою здійснює протягом першої доби акушерка, навчає матір, яка в подальшому робить це самостійно.

Палату обладнують медичними вагами для зважування новонародженої дитини, сповивальним столом, тумбочкою для зберігання білизни та медикаментів для догляду за немовлям.

Перший туалет новонародженого здійснює медична сестра відділення новонароджених у присутності матері. Вона навчає матір особливостям догляду за новонародженим, ознайомлює з предметами догляду.

Щоденно дитину оглядають неонатолог та медична сестра. Перед обходом вони двічі миють руки з милом під теплою проточною водою, одягають халати, які виділяють для кожної палати і міняють щоденно.

Слід користуватись лише стерильними пелюшками. Використані пелюшки збирають у баки з кришками із вставленими у них чохлами. Після закінчення обходу санітарка збирає разом з чохлами використану білизну. В палаті проводять вологе прибирання. Усіх новонароджених повинні оглянути дитячий невропатолог й ортопед.

Абсолютні протипоказання до спільного перебування матері та дитини:

- відкрита форма туберкульозу;
- гострі психічні захворювання матері.

Догляд за дитиною, яка народилась шляхом операції кесаревого розтину

В операційній забезпечують температуру не нижчу ніж 25°C, без протягів з вікон чи дверей. Вмикають підігрів на сповивальному столику і лампу променистого тепла.

До початку операції (кесарів розтин) медсестра готує набір, до якого входить: 3 стерильні пелюшки, чисті шапочка, шкарпетки, сорочечка, ковдра і викладає в операційній на сповивальний стіл під лампу променистого тепла.

Після народження лікар-акушер-гінеколог передає дитину медичній сестрі в стерильну попередньо підігріту суху пелюшку. Медсестра кладе дитину на сповивальний столик з підігрівом під лампу променистого тепла. Проводить обсушування новонародженого сухою стерильною попередньо підігрітою пелюшкою, після чого пелюшку викидають, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, здійснює клемування пуповини, вільно пеленає і вкриває ковдрою. Дитину переводять до палати спільного перебування, де вона знаходиться під спостереженням медичної сестри. Перше прикладання до грудей та наступні годування за вимогою дитини, догляд за новонарод женою у перші дві доби (цей термін залежить від стану матері) здійснюють за допомогою медичної сестри, можлива допомога родичів. Виписування здорової дитини, яка народилась шляхом кесаревого розтану, здійснюють, зважаючи на стан матері.

Лактація та грудне вигодовування

Функція молочних залоз після пологів досягає розквіту. До 3-4 доби після пологів молочні залози виділяють молозиво - густу жовтувату рідину, багату на жир, білки, солі, ферменти, антитіла. Згодом починається секреція молока, яке до 16-ї доби є перехідним, а надалі зрілим. Грудне молоко багате на вуглеводи, проте містить менше білка, ніж молозиво. Материнське молоко є незамінним продуктом харчування для немовляти, тому правильне ведення післяпологового періоду і відповідний догляд за молочними залозами повинні забезпечити достатню лактацію та запобігти розвитку ускладнень - тріщин сосків, маститу.

У післяпологовому періоді розпочинається лактогенез (секреція молока) та лактопоез підтримання виділення молока на рівні, достатньому для забезпечення повноцінного вигодовування немовляти). Активний лактогенез починається на 2-3 добу. Ініціює цей

процес пролактин, що виділяється гіпофізом, надалі лактація забезпечується виробленням та закріпленням умовно-рефлекторних механізмів, що виникають у процесі годування дитини.

Для повноцінної лактації необхідні такі чинники:

- раннє прикладання дитини до грудей (у перші хвилини після народження);
- часте годування дитини (за спільного перебування матері та новонародженого заохочувати годування на вимогу немовляти);
- правильна техніка прикладання дитини до грудей;
- спорожнення молочної залози після годування шляхом зціджування;
- раціональне харчування матері.

Догляд за молочними залозами

Основна мета догляду за молочними залозами - запобігти розвитку маститу та забезпечити достатню лактацію. Для цього необхідно дотримувати певних правил:

1. Один раз на добу, краще перед першим годуванням, слід прийняти теплий душ або вимити груди теплою водою з милом, одягнути чисту білизну.
2. Перед кожним годуванням потрібно мити руки щіткою з милом.
3. Перед годуванням обробляти сосок дезінфікувальними розчинами не обов'язково.
4. Перші три дні, залежно від стану, жінка може годувати дитину лежачи в ліжку, потім краще годувати сидячи.
5. Потрібно стежити, щоб немовля захоплювало не тільки сосок, а й навколососкову ділянку, особливо її нижню частину.
6. Мати повинна стежити, щоб молочна залоза не закривала носик дитини.
7. Годувати дитину слід досита з обох грудей.
8. Після кожного годування слід зцідити молочну залозу, не травмуючи її.
9. Щоразу після годування та зціджування обмити сосок та навколососкову ділянку кип'яченою водою і висушити.

При грудному вигодовуванні дитина отримує достатню кількість води, тому пиття не потребує.

Якщо за достатньої лактації у матері дитина через деякий час після годування збуджена, плаче, таку дитину можна поїти зі стерильної ложечки кип'яченою водою або 5% розчином глюкози - близько 100 мл на добу.

Уперше прикладаючи дитину до грудей, акушерка повинна звірити прізвище, ім'я та по-батькові матері з прізвищем на браслетиках дитини, номери ліжка дитини та породіллі. Під час годування акушерка вчить жінку правильно прикладати дитину до грудей, стежить, щоб перші годування не тривали більше, ніж 3-5 хв, щоб не травмувати ніжну шкіру соска і запобігти появі тріщин. Якщо немовля не випускає сосок з ротика, слід затиснути носик дитини й обережно вийняти сосок. Мати повинна пам'ятати, що основну кількість спожитого молока малюк висмоктує протягом перших 15 хв, тому довше годувати дитину недоцільно, це призводить до травматизації сосків.

Тріщини сосків

Тріщини сосків утворюються на 2-4-й день післяпологового періоду, частіше ушкоджуються соски обох молочних залоз. Виникненню їх сприяють неправильна техніка годування, значна сила смоктання дитини, лактостаз, вади розвитку сосків (плоскі, втягнуті). Тріщини сосків є вхідними воротами для проникнення мікроорганізмів у молочну залозу. Клінічна картина характеризується болем під час годування, наявністю тріщин, які можна визначити візуально, гіперемією і періодичним виділенням крові з поверхні тріщини.

Лікування. Змащування сосків олією шипшини, обліпихи, соком каланхое, алое, нагідок(календули), спиртовим розчином діамантового зеленого, стерильним молочнокислим продуктом «Наріне». З фізіотерапевтичних методів найчастіше застосовують магнітолазерну терапію, тобто вплив на уражену ділянку випромінювання гелій-неонового лазера, або напівпровідникового Ліка-3 та магнітного поля.

Профілактика. Під час вагітності жінці необхідно готувати молочні залози та соски до годування дитини. У подальшому вона має дотримуватись правил годування, перед кожним

годуванням мити молочні залози теплою кип'яченою водою, а після нього - змащувати олією шипшини, олійними розчинами вітамінів (ретинолу, токоферолу).

При виникненні лактостазу перед годуванням чи зціджуванням молока призначають спазмолітичні засоби (но-шпу) та окситоцин по 0,2-0,5 мл під шкіру двічі на добу. Обмежують вживання рідини, можна прикладати холод до ущільненої ділянки та проводити магніто-лазерну терапію.

Гігієна післяпологового періоду

У перші тижні післяпологового періоду породілля, хоча й вважається здоровою жінкою, потребує певного режиму, який має сприяти інволюції матки, загоєнню ранових поверхонь та фізіологічній лактації. Сучасні вимоги до такого режиму передбачають активне ведення післяпологового періоду, яке полягає у тому, що через 6-8 годин після неускладнених пологів жінка може вставати, самостійно виконувати гігієнічні процедури та нескладні фізичні вправи комплексу лікувальної гімнастики.

Здоровій породіллі не потрібно дотримувати якоїсь особливої дієти, вона може харчуватися як звичайно, враховуючи, проте, що певні продукти (гострі страви, цибуля, часник, шоколад, кава) можуть надавати молоку неприємного смаку, а вживання міцної кави, чаю, алкогольних напоїв може несприятливим чином позначитись на стані немовляти, тому матері-годувальниці слід утримуватись від їх споживання. Необхідно контролювати кількість випитої рідини: при гіпогалактії пити слід більше, при надмірній лактації чи лактостазі - обмежувати вживання рідини.

Післяпологові гнійно-септичні захворювання

Післяпологові гнійно-септичні захворювання зустрічаються у 4-6% випадків. Протягом останніх років спостерігається деяке зростання кількості післяпологових інфекційних (септичних) захворювань. Це пов'язано із зміною збудників септичного процесу внаслідок широкого, іноді неконтрольованого вживання антибіотиків, розвитку антибіотикорезистентних форм збудників.

Етіологія. Одним із найчастіших збудників є патогенний стафілокок. Поряд з тим, досить часто збудниками бувають кишкова паличка (нерідко в асоціації із стафілококом), протей, ентеробактер, синьогнійна паличка, а також анаероби. Збудниками післяпологових септичних захворювань можуть бути також мікроорганізми, що передаються статевим шляхом. Найчастіше при цих захворюваннях виділяють асоціації мікроорганізмів, що взаємно посилюють вірулентність.

Інфекція потрапляє в організм із різних джерел. Розрізняють екзогенну і ендогенну інфекції. До екзогенних джерел слід віднести бацилоносіїв серед медичного персоналу. Інфікування можуть зумовити порушення санітарно-епідеміологічного режиму в пологових будинках, недотримання правил прибирання пологових зал, післяпологових і дитячих палат, стерилізації рукавичок, інструментарію, білизни. Це необхідно враховувати для профілактики післяпологових інфекційних захворювань. Щодо *ендогенної* інфекції, то її джерелами можуть бути приховані вогнища інфекції при хронічному синуситі, карієсі, хронічному тонзиліті, пієлонефриті, цервіциті, кольпіті та інших запальних процесах.

У патогенезі післяпологових септичних захворювань велику роль відіграють взаємовідносини макро- і мікроорганізму. Провідне значення належить макроорганізму, його реактивності й захисним властивостям.

Сприяють зниженню реактивності організму затяжні пологи, несвоєчасне відходження навкоплових вод, пологова травма, оперативні втручання, ручні втручання у порожнину матки. Анатомічні особливості післяпологової матки, внутрішня поверхня якої являє собою раневу поверхню, а плацентарний майданчик має багато кровоносних і лімфатичних судин, сприяючи поширенню інфекції.

Певну роль у виникненні післяпологових інфекційних захворювань відіграють процеси сенсibiliзації, алергічні реакції, а також інтоксикація організму продуктами мікробного і тканинного розпаду.

Шляхи поширення інфекції. Із вогнища інфекції мікроорганізми можуть поширюватись кровоносними судинами(гематогенно), лімфатичними(лімфогенно), а також інтраканалікулярно (тканинами, контактнo). Часто спостерігається тенденція до комбінованого поширення інфекції.

Класифікація. Найбільше відповідає клінічним вимогам класифікація за С.В.Сазоновим та А.В.Бартельсом. За цією класифікацією різні форми післяпологових захворювань розглядають як етапи розвитку єдиного септичного процесу.

I етап - інфекція обмежена післяпологовою раною - післяпологовий ендометрит та післяпологова виразка (на промежині, вульві, піхві, шийці матки).

II етап - інфекція поширюється за межі рани, але ще локалізована - метрит, параметрит, аднексит, пельвіоперитоніт, обмежений тромбофлебіт.

III етап - інфекція наближена до генералізованої - загальний перитоніт, септичний шок і прогресуючий тромбофлебіт.

IV етап - генералізована інфекція - сепсис без метастазів та сепсис із метастазами.

Захворювання I етапу

Післяпологова виразка. Виникає на післяпологових тріщинах, розривах. Ранева поверхня вкрита брудними сірими або сіро-жовтими нашаруваннями, при спробі знімання яких рана кровоточить, тканина навколо неї набрякла і гіперемійована. Загальний стан порушується мало, але буває субфебрилітет.

Лікування. Необхідно зняти шви, рану очистити перекисом водню, накласти пов'язку із гіпертонічним розчином хлориду натрію у поєднанні з антибіотиками. При очищенні рани накладають мазеві пов'язки (солкосерил, мазь Вишневського). Можна застосовувати опромінення гелій-неоновими лазерами.

Післяпологовий ендометрит - запалення внутрішньої оболонки матки. Виникає на 3-5 добу після пологів. Підвищується температура тіла до 37-38°C, прискорення пульсу відповідає підвищенню температури тіла. Загальний стан жінки порушується мало. Матка при цьому дещо болюча, спостерігається її субінволюція. Лохії стають каламутними, іноді з неприємним запахом. Деколи виникає затримка лохий - лохіометра. Захворювання триває 8-10 діб.

Лікування ендометриту має бути комплексним і включати антибактеріальну, детоксикаційну, десенсибілізувальну та імуностимулювальну терапію. З метою антибактеріальної терапії найчастіше використовують напівсинтетичні пеніциліни (оксацилін, ампіцилін, метицилін), цефтріаксон, цефатоксим, цефазолін.

Детоксикаційну терапію проводять шляхом введення 0,9% розчину хлориду натрію, 5% розчину глюкози, інших сольових розчинів, гемодезу. Можна застосовувати декаріс (імуностимулятор) по 150 мг 1 раз на 3 дні протягом 10 днів. Із протизапальних препаратів призначають аспірин, анальгін, парацетамол.

Хороший ефект дає аспіраційно-промивне дренажування порожнини матки антисептичними розчинами у поєднанні з антибіотиками та внутрішньо-маткове опромінення лазером. При необхідності проводять вишкрібання порожнини матки.

Захворювання II етапу

Післяпологовий метроендометрит. Якщо запальний процес поширюється за межі ендометрія, уражаючи м'язовий шар, виникає метроендометрит. Клінічні прояви ті ж самі, що й при ендометриті, але більш виражені. Температура тіла підвищується до 38-39°C, пульс прискорюється, але відповідає температурі тіла. У тяжких випадках може спостерігатись озноб. Більше, ніж при ендометриті, виражені явища інтоксикації - погане самопочуття, слабкість, головний біль. Частіше зустрічається лохіометра.

Слід зазначити, що провести чітку грань між ендометритом та метроендометритом важко. Принципи лікування ті ж самі, що й при ендометриті.

Післяпологовий параметрит. При поширенні інфекції з матки лімфатичними шляхами виникає параметрит - запалення навколomаткової клітковини. Захворювання розпочинається через 5-10 діб після пологів. Підвищується температура тіла до 39-40°C, з'являються озноб,

головний біль, прискорюється пульс. Спостерігається біль внизу живота, що нерідко віддає у поперек.

При бімануальному дослідженні з обох боків від матки пальпують різко болючі інфільтрати. При нагноєнні інфільтрату може визначатись розм'якшення.

При дослідженні крові - високий лейкоцитоз, прискорення ШОЕ та зсув формули вліво.

Лікування. Застосовують антибіотики широкого спектра дії. Призначають холод на низ живота. Проводять активну детоксикаційну терапію (ізотонічні розчини хлориду натрію, глюкози, неогемодез, поліглюкін, білкові розчини), десенсибілізуючу - димедрол, супрастин, піпільфен. Із протизапальних препаратів використовують аспірин, фенацитин, парацетамол, анальгін, вольтарен. При нагноєнні інфільтрату проводять пункцію з дрениванням порожнини абсцесу.

Післяпологовий аднексит. Це захворювання виникає при поширенні запального процесу на труби і яєчники. Поширення відбувається, головним чином, через лімфатичні шляхи. Виникає на 10-12 добу після пологів.

Початок захворювання гострий. Раптово погіршується загальний стан, підвищується температура тіла до 38-40°, прискорюється пульс, його прискорення відповідає температурі. Язик сухий, обкладений нашаруваннями білого кольору. Живіт м'який болючий. З'являється лейкоцитоз, збільшення ШОЕ. При бімануальному дослідженні у ділянці придатків визначається болюче ущільнення, що прилягає до матки.

Якщо у трубі накопичується гній (піосальпінкс) або нагноюється яєчник (піооварій), з'являється гектична температура. Найсерйознішим ускладненням є прорив гнійника у черевну порожнину і розвиток розлитого перитоніту.

Принципи лікування. Як і при ендометриті, проводиться комплексна антибактеріальна, детоксикаційна, десенсибілізуюча терапія. При піосальпінксах проводять пункції з метою евакуації гною, при тубооваріальних абсцесах показане оперативне втручання.

Післяпологовий пельвіоперитоніт. Пельвіоперитоніт - запалення очеревини малого таза. Нерідко виникає як реакція очеревини на запалення додатків.

Початок захворювання гострий, супроводжується підвищенням температури тіла до 38-40°, відповідно температурі прискорюється пульс. З'являється біль внизу живота, здуття живота, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. В аналізі крові - лейкоцитоз із різким зсувом формули вліво та збільшення ШОЕ. При бімануальному дослідженні матку та додатки чітко пальпувати не вдається через болючість.

Лікування. При лікуванні пельвіоперитоніту дотримуються тих самих принципів, що й при попередніх захворюваннях. Крім того, проводять пункції заднього склепіння для евакуації гною з наступним введенням антибіотиків, до яких чутливі мікроорганізми.

Післяпологовий тромбофлебіт. Розрізняють тромбофлебіт поверхневих і глибоких вен. Тромбофлебіт глибоких вен, у свою чергу, ділиться на метротромбофлебіт, тромбофлебіт вен таза та тромбофлебіт глибоких вен ніг.

Метротромбофлебіт є ускладненням метроендометриту. Відмежований тромбофлебіт розпізнати важко. Загальний стан хворих звичайно задовільний. Температура тіла тримається у межах 37-38,5°, пульс прискорений і не відповідає температурі. Іноді буває одноразовий озноб. В аналізі крові - незначний лейкоцитоз, помірний зсув формули вліво, порівняно незначне збільшення ШОЕ. Привертають увагу субінволюція матки, довготривалі і значні кров'янисті виділення з матки.

При бімануальному дослідженні поверхня матки пальпується іноді у вигляді «фасетки». Якщо процес поширюється на вени таза, то пальпують збільшену матку і болючі звивисті тяжі - запалені вени. Метротромбофлебіт розвивається у перші 6-13 днів післяпологового періоду, а тромбофлебіт глибоких вен таза - не раніше 2 тижня.

Тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок розвивається на 2-3-му тижні після пологів. З'являються сильний біль у нижніх кінцівках, озноб, підвищується температура тіла. Через 1-2 дні з'являється набряк кінцівки, її похолодання. При тромбофлебіті стегнової вени

першим симптомом є згладжування пахової складки, болючість у ділянці скарпівського трикутника, у глибині його пальпуються потовщені судини.

Лікування післяпологового тромбофлебіту. Проводять лікування антикоагулянтами прямої дії (гепарин). У перші 8 днів гепарин вводять через 4 або 6 годин (залежно від тяжкості захворювання) по 5000-7500 ОД, на 9-ий і наступні дні дозу гепарину зменшують удвічі, порівняно з попереднім днем. Тривалість лікування - 3 тижні й більше.

Крім антикоагулянтів при тромбофлебіті використовують антибіотики, десенсибілізуючі, спазмолітики. За наявності нормальної температури, при ШОЕ не вище 30 мм/год, відсутності «повзання мурах» хворій дозволяють підводитись.

Після перенесеного тромбофлебіту слід обов'язково бинтувати ноги еластичним бинтом або носити еластичні панчохи.

Захворювання III етапу післяпологової інфекції

Прогресуючий тромбофлебіт характеризується тим, що одночасно із запаленням судинної стінки і утворенням тромбу патологічний процес поширюється далі веною. Тромби іноді розпадаються і заносяться течією крові у легені, викликаючи емболію гілок легеневої артерії.

Емболія великих гілок легеневої артерії проявляється різким болем у грудній клітці, зниженням АТ, тахікардією. Найпостійнішою ознакою тромбоемболії легеневої артерії є колючий біль під час дихання. Підвищується температура тіла, спостерігається лейкоцитоз.

Лікування полягає у негайному введенні внутрішньовенно морфіну, фібринолізину з гепарином, фраксипарину, спазмолітиків та інгаляції кисню.

Післяпологовий перитоніт. Частіше перитоніт виникає при переході інфекції на очеревину при нагноєнні швів на матці чи розривах гнійників маткових труб і яєчників. Перитоніт супроводжується підвищенням температури до 39-40°C. Ознобу не буває.

Пульс частий, слабкого наповнення, АТ знижується. Дихання прискорене, поверхневе. Спостерігається сухість язика, він обкладений нашаруваннями. Нерідко бувають нудота, блювання. Напруження м'язів черевної порожнини виражене нечітко, симптом Щоткіна-Блумберга нерідко слабо позитивний, перистальтика кишечника сповільнена, гази не відходять, випорожнення затримуються. У крові виявляють лейкоцитоз із зміщенням формули вліво, збільшення ШОЕ.

Лікування перитоніту включає такі заходи:

1. Антибактеріальна терапія - застосування антибіотиків широкого спектра дії, зокрема, введення їх через дренажні трубки у черевну порожнину, сульфаніламідів, нітрофуранів. Високоєфективним є введення найновіших антибіотиків.

2. Детоксикаційна терапія і корекція лужно-кислотного стану - внутрішньовенне введення поліглюкіну, реополіглюкіну, неокомпенсану, розчину Рінгера-Локка, 5% розчину глюкози, бікарбонату натрію.

3. Призначають засоби, що усувають парез кишок - прозерин, сорбітол, проводять паранефральну блокаду, перидуральну анестезію. Важливим моментом є евакуація шлунково-кишкового вмісту - промивання шлунка, введення інтестинального зонда, сифонні клізми тощо.

4. Для усунення гіпопротеїнемії - вливання плазми, переливання крові, альбуміну. Одночасно вводять інгібітори протеаз - трасилол, контрикал, гордокс.

5. Для підвищення реактивності організму - гамма-глобулін, тималін, Т-активін, метилурацил, декаріс.

6. Для усунення розладів кровообігу - введення засобів, які нормалізують серцево-судинну систему і кровообіг - корглюкону, строфантину, тренталу, кокарбоксілази, АТФ.

При відсутності ефекту від консервативної терапії показане оперативне лікування.

Септичний шок. Спостерігається частіше при пізніх викиднях, рідше - при пологах, що супроводжуються інфікуванням жінки. В основі шоку лежить гострий розлад гемодинаміки в результаті дії ендотоксинів, що звільняються при лізисі бактерій, частіше грамнегативних. Клініка захворювання проявляється ознобом і значним підвищенням температури тіла. Різко

знижується АТ. Пульс частий, слабкого наповнення. Шкіра бліда, виступає піт. Через кілька годин температура знижується до субфебрильної. Якщо хвора перенесла шок, а розлади кровообігу не усунені, може розвинути гостра ниркова недостатність, особливо важкий перебіг якої спостерігається при гіпо- і афібриногенемії.

Лікування септичного шоку:

1. Введення плазми та плазмозамінників (поліглюкін, реополіглюкін).
2. За великої крововтрати проводять одночасне переливання крові.
3. Введення спазмолітиків і антигістамінних препаратів. Стимулятори судинного тонуусу протипоказані.
4. Внутрішньовенне введення кортикостероїдів (преднізолон 100-120 мг, гідрокортизон 1000-1500 мг/добу).
5. Для попередження ДВЗ-синдрому - гепарин 5-10 тис. ОД. кожні 6 год., а далі - плазма, інгібітори протеаз - контрикал, трасилол, гордокс.
6. Інгаляції кисню, а при необхідності - штучна вентиляція легень.
7. Антибіотики III-IV поколінь.

Використовують форсований діурез, гемосорбцію. При необхідності переводять на «штучну нирку».

При відсутності ефекту від інтенсивної терапії протягом 6-8 год., наростанні явищ ниркової недостатності, ДВЗ-синдромі показана екстирпація матки.

Захворювання IV етапу

До захворювань IV етапу відносять сепсис без метастазів та сепсис з метастазами.

Сепсис без метастазів (септицемія). Виникає у ослаблених породіль через 3-4 дні після пологів і перебігає бурхливо - висока температура з лихоманкою. Частіше викликається грамнегативною флорою (кишкова паличка, протей, іноді синьогнійна паличка), нерідко з анаеробною флорою.

Сепсис з метастазами (септикопемія). Перебігає хвилеподібно. Періоди погіршення стану, пов'язані з метастазуванням інфекції і утворенням нових вогнищ, змінюються відносним покращанням. Септикопемія виникає в результаті інфікування грамполозитивною флорою, частіше золотистим стафілококом.

Діагностика. Діагноз встановлюють з урахуванням наявності вогнища інфекції, високої температури з ознобом, виявлення збудника у крові. Блідість, сірість або жовтяничність шкірних покривів, іноді наявність петехій свідчать про сепсис. Проявами його також можуть бути тахікардія, лабільність пульсу, схильність до гіпотензії. З'являються ознаки порушення функції ЦНС, що проявляються ейфорією, пригніченістю, порушенням сну. Збільшуються печінка і селезінка.

У крові різко знижується рівень гемоглобіну і число еритроцитів, високий лейкоцитоз із різким зсувом формули вліво, лімфопенія, анеозинофілія, поява токсичної зернистості у нейтрофілах. Порушення гомеостазу проявляється гіпо- і диспротеїнемією, гіпоглікемією, гіповолемією.

Лікування. Лікування повинно йти за двома напрямками: ліквідація вогнища інфекції і комплексна терапія, що включає: антибактеріальну - антибіотики широкого спектра дії із врахуванням чутливості мікроорганізмів; нітрофуранові похідні, метронідазол, метрагіл; імуностимулювальну та імунозамінну терапію (антистафілококова плазма, гамма-глобулін, лейкомаза, тималін, Т-активін); десенсибілізуювальну терапію; протизапальну терапію - стероїди (глюкокортикоїди) і нестероїди (аспірин, індометацин); інфузійну і детоксикаційну терапію (хлорид натрію, глюкоза, поліглюкін, реополіглюкін, альбумін). Якщо терапія малоефективна, проводять екстирпацію матки з видаленням маткових труб. При тривалій антибактеріальній терапії розвивається кандидоз. З метою його профілактики призначають орунгал по 100 мг 2 рази на день.

Післяпологовий лактаційний мастит

Вхідними воротами інфекції найчастіше є тріщини, що виникають на сосках.

В *етиології* провідне місце займає патогенний стафілокок. Особлива роль у виникненні маститу належить лактостазу, для якого характерне підвищення температури тіла до 38-38,5°C, рівномірне нагрубання і болючість молочних залоз. У молоці знаходять велику кількість патогенних стафілококів. При лактостазі слід тимчасово припинити годування.

Мастити поділяють на серозні, інфільтративні та гнійні.

Клініка. Мастити починаються завжди гостро. Різко підвищується температура до 38,5-39°C, у стадії нагноєння вона перевищує 39°, з'являються головний біль, загальна слабкість, нездужання.

Місцевими проявами хвороби є болючість молочної залози, місцеве підвищення температури. Гіперемія, набряк, ущільнення в ураженій ділянці свідчать про інфільтративну форму маститу. Якщо виникає нагноєння, ділянка ущільнення розм'якшується, з'являється флюктуація.

Діагностика ґрунтується на клінічних даних та показниках аналізу крові (лейкоцитоз, зсув формули вліво, збільшення ШОЕ).

Лікування. Застосовують антибіотики широкого спектра дії (напівсинтетичні пеніциліни, аміноглікозиди, антистафілококовий гаммаглобулін). Проводять ретельне спорожнення молочної залози, для зменшення кількості молока призначають парлодел. При гнійних формах необхідне хірургічне втручання.

Акушеркам та фельдшерам слід зауважити, що наявність бактерій в організмі, антитіл до інфекційних агентів в крові вагітної не обов'язково означає наявність інфекційного процесу. Госпіталізувати вагітну для лікування інфекції слід лише тоді, коли таке лікування неможливо проводити амбулаторно. В інших випадках перебування в стаціонарі може зашкодити матері і дитині. Недоцільно ізолювати вагітну від інших вагітних, породілля від її дитини, якщо такий контакт не зумовлює явної небезпеки. Акушерка не повинна відмінити грудне вигодовування через наявність у матері інфекції. Така відміна виправдана лише у випадку ВІЛ-інфекції та під час гострого періоду висококонтагіозних інфекційних захворювань, що передаються респіраторним шляхом (тимчасово). Високий рівень поширення інфекцій, які передаються статевим шляхом обумовлює необхідність усім медичним працівникам завжди користуватися засобами індивідуального захисту при контакті з біологічними середовищами організму вагітної, роділлі, породіллі.

Література

1. Грищенко В.І., Щербина М.О. Акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009.
2. Назарова І.В. Невідкладні стани в акушерстві: навч. посіб. - К.: Медицина, 2008.
3. Назарова І.Б. Медсестринство в акушерстві: підручник. - К.: Медицина, 2008.
4. Назарова І.Б., Самойленко В.Б. Фізіологічне акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009.
5. Хміль С.В., Романчук Л.І., Кучма З.М. Акушерство: підручник. - Тернопіль: Підручники і посібники, 2008.