МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

ПІСЛЯПОЛОГОВІ ГНІЙНО-СЕПТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ

Лекція для лікарів-інтернів акушерів-гінекологів
І року навчання

доктор мед. наук, професор В.К.Ліхачов

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

- Основні фактори ризику виникнення післяпологових гнійно-септичних ускладнень.
- Збудники, які найчастіше викликають виникнення післяпологових гнійно-септичних ускладнень.
- Сепсис в акушерстві.Септичний шок.
- Хоріонамніоніт.
- Післяпологовий ендометрит.
- Акушерський перитоніт.

Основні фактори ризику развитку сепсиса та септичного шока в акушерстві та гінекології

Інфекції, що пов’язані з вагітністю

Хоріонамніоніт
Посляпологовий ендометрит
Септичний аборт
Септичний тромбофлебіт
Інші післяпологові септичні захворювання
Інфекції посляопераційної та післяепізіотомної ран
Тазовый абсцес
Амніоцентез
Кордоцентез
Мастит

Інфекції, не пов’язані з вагітністю, але такі, що виникають частіше під час вагітності

Інфекції сечовивідних шляхів
Малярія
Лістеріоз
Вірусный гепатит (Е)
Пневмонія

Внутрішньолікарняні інфекції

Вентилятор-асоційована пневмонія
Катетер-асоційовані інфекції сечовивідних шляхів
Інфекції, пов’язані з катетеризацією магістральних та периферичних судин
Внутрішньолікарняна пневмонія
Інфікування операційної рани

Непередбачувані інфекції під час вагітності

Позалікарняна пневмонія
ВІЛ-асоційовані інфекції
Токсоплазмоз
Цитомегалія
Гострі шлунково-кишкові інфекції
Дисемінована герпетична інфекція

Основні збудники ГЗП в акушерстві та гінекології

Грам-негативні	Escherichia coli Hemophilus influenzae Klebisiella species Enterobacter species Proteus species Pseudomonas species Serratia species
Грам-позитивні	Pneumococcus Streptococcus, groups A, B, and D Enterococcus Staphylococcus aureus Listeria monocytogenes
Анаероби	Bacteroides species Clostridium perfringens Fusobacterium species Peptococcus Peptostreptococcus

Наибольш значущі фактори ризику сепсиса в акушерсько-гінекологічній практиці:

- вік молодше 20 років та більше 40 років - в 2.5 разів
- безкоштовна медична допомога (декларована слаборозвиненими країнами)— в 6.5 разів
- кесарів розтин — в 6.2 рази
- великий парирет пологів— в 4.4 рази
- мертвонародження та затримка продуктів зачаття - в 21 раз
- ЕКЗ
- предчасний розрив плодових оболонок
- тяжкі соматичні та інфекційні захворювання

Конференція Американського коледжа пульмонологів и Спілка спеціалистів критичної медицини – ACCP/SCCM, Чикаго,1991 рік

в основі розвитку сепсиса є прогресування системного запалення як єдиної рушійної сили патологічного процесу

Робоча група п’яти міжнародних медичних асоціацій (Society Critical Care Medicine (SCCM), European Society Intensive Care Medicine (ESICM) та ін., 2001-2017 рр.

ТРЕТІЙ МІЖНАРОДНиЙ КОНСЕНСУС ПО ВИЗНАЧЕННЮ СЕПСИСА І СЕПТИЧнОГО ШОКА (СЕПСИС-3)

Table. New terms and definitions of sepsis.

Определение	Сепсис – жизнеугрожаемая острая органная дисфункция, возникающая в результате нарушения регуляции ответа макроорганизма на инфекцию
Патофизиологическая характеристика	Нарушение регуляции ответа макроорганизма на инфект проявляется повреждением собственных тканей и органов
Критерии сепсиса	Подозреваемая или документированная инфекция в сочетании с остро возникшей органной дисфункцией, о развитии которой заключают по индексу шкалы SOFA на 2 балла и более от базового значения
Септический шок	Септический шок – клинический вариант течения сепсиса, характеризующийся циркуляторной недостаточностью, проявляющейся артериальной гипотонией, повышением уровня лактата более 2 ммоль/л, несмотря на адекватную инфузию, и требующий введения вазопрессоров для поддержания $АД_{ср}$ более 65 мм рт. ст.
Шкала Quick SOFA (Экспресс SOFA)	ЧД ≥ 22; изменения ментального статуса; $АД_{сист}$ ≤ 100 мм рт. ст.

СЕПСИС – це органна дисфункція, що загрожує життю, причиною якої є дисрегуляторна відповідь організма на інфекцію

Органна дисфункція – *гострі зміни в кількості балів по шкалі* SOFA (*Sepsis-related* Organ Failure Assessment) на ≥2 пункти як наслідок інфекції.

SOFA ≥2 = 10% летальності

КРИТЕРИИ СЕПСИСА:

- ✓ підозра на наявність інфекції або документально підтверджена інфекція;
- ✓ органна дисфункція (оцінка 2 бали чи більше по шкал SOFA).

Шкала qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment)

Показатель	qSOFA, бали
Зниження АТ (АТ систолічний < 100 мм рт ст)	1
Збільшення частоти дихання (> 22 дихань/хв)	1
Порушення свідомості (по шкалі Глазго < 15)	1

Кількість балів по шкалі qSOFA 2 та більше — сильний предиктор несприятливого результата - пацієнтка потребує перевода у ВАІТ.

NB! У ВАІТ повинна використовуватись повна шкала SOFA (Sequential Organ Failure Assessment).

Шкала SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)

Шкала SOFA	0	1	2	3	4
Дыхание Pa02/Fi02, ММ РТ. СТ.	Более 400	Менее 400	Менее 300	Менее 200 с респираторной поддержкой	Менее 100 с респираторной поддержкой
Коагуляция Тромбоциты, $x\ 10^3$ [мм	Более 150	Менее 150	Менее 100	Менее 50	Менее 20
Печень Билирубин, мкмоль/л	20	20-30	33-101	102-204	>204
Сердечнососудистая Гипотензия	АДср более 70 мм рт.ст.	АДср. менее 70 мм РТ. СТ.	Допамин менее 5, или добутамин (любая доза)	Допамин 5-15, или адреналин 1, или норадреналин	Допамин >15, или адреналин или норадреналин
ЦНС Шкала комы Глазго	15	13-14	10-12	6-9	<6
Почки Креатинин, мг/дл, ммоль/л	Менее 1,2 (110)	1,2-1,9 (110-170)	2,0-3,4 (171-299)	(300-440)	Более 4,9 (440)
Диурез				<500 мл/сут	<200 мл/сут

Індекс оксигенації

- **Індекс оксигенації (*PaO_2 / FiO_2*)** — це параметр, що використовується для оцінки функції обміну кисню в легенях.
- ***Розрахунок індекса оксигенации PaO_2 / FiO_2 - це відношення парціального напруження кисню в артеріальній крові до фракції кисню на вдосі).***
- *В нормі індекс оксигенації дорівнює приблизно 500* (PaO_2 : FiO_2 = 100 mmHg/0,21 = 476).
- ***индекс оксигенации < 300 — ГПЛ;***
  индекс оксигенации < 200 — ГРДС.

Шкала Глазго для дорослих

Параметр	Варіанти	Бали
Розплющування очей (E, Eye response)	Довільне	4
	На звернену мову	3
	На больові подразники	2
	Відсутнє	1
Мовна реакція (V, Verbal response)	Орієнтованість повна	5
	Сплутана	4
	Незрозумілі слова	3
	Нечленороздільні звуки	2
	Відсутня	1
Рухова реакція (M, Motor response)	Виконує команди	6
	Цілеспрямована на больовий подразник	5
	Нецілеспрямована на больовий подразник	4
	Тонічне згинання на больовий подразник	3
	Тонічне розгинання	

Інтерпретація отриманих результатів по

Рівні свідомості	ШКГ (у балах)
Ясна свідомість	15
Помірне приглушення	13-14
Глибоке приглушення	11-12
Сопор	9-10
Кома I ст.	7-8
Кома II ст.	5-6
Кома III ст.	3-4

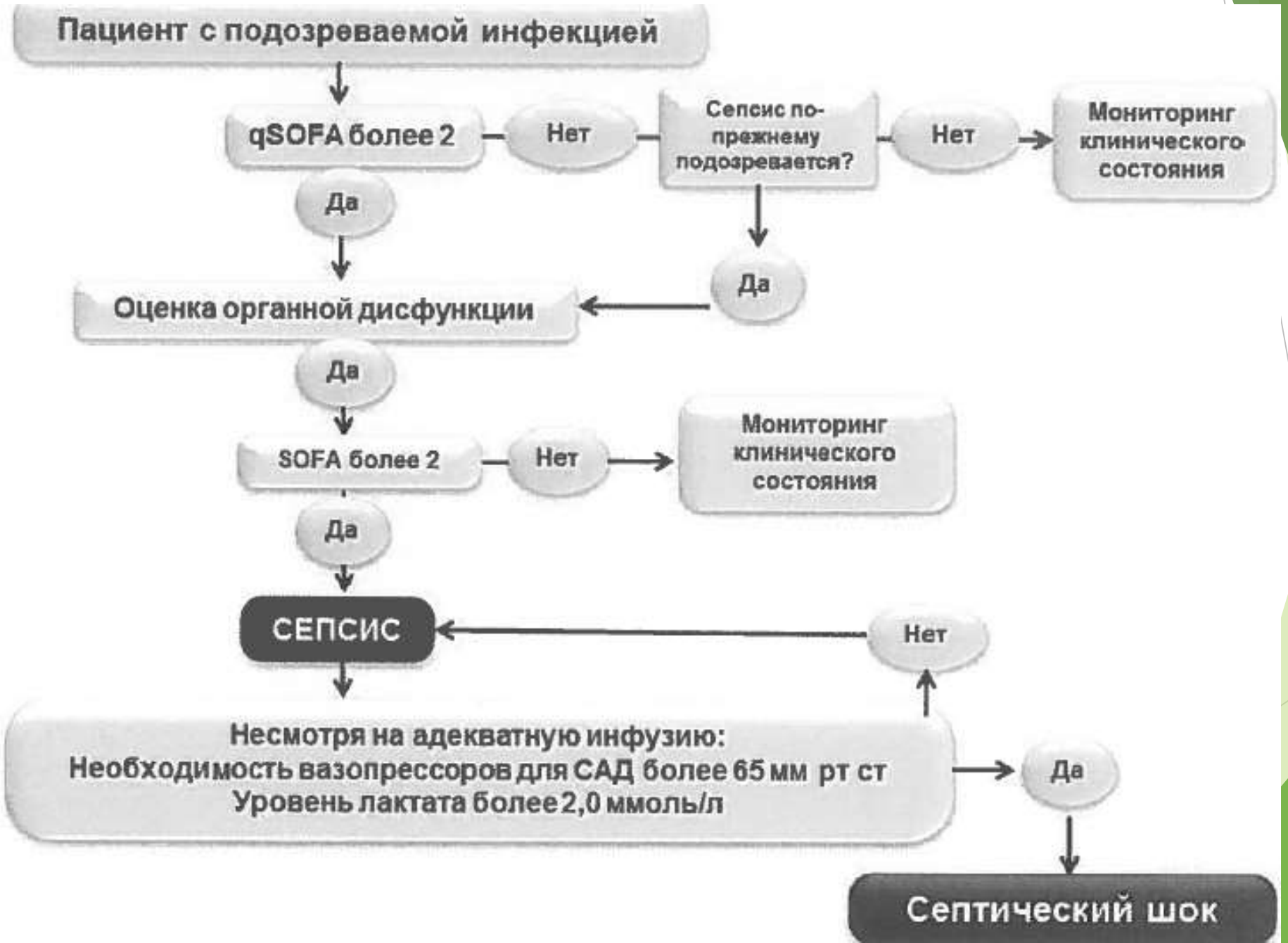
Септичний шок – це ускладнення тяжких інфекційних захворювань, що проявляється зниженням перфузії тканин, порушенням доставки до них кисню з розвитком синдрома поліорганної недостатності.

Критерії септичного шока

- персистуюча артеріальна гіпотензія, яка потребує застосування вазопресорів для підтримання середнього артеріального тиску ≥ 65 мм РТ. СТ.
- рівень лактата крові > 2 ммоль/л, на фоні адекватної інфузійної терапії.

При цьому вірогідність смерті пацієнтки перевищує 40%.

Алгоритм діагностики сепсиса



Необхідні лабораторні та інструментальні дослідження при підозрі на сепсис

- Посів крові до призначення антибіотиків.
- Визначення рівня лактата в сироватці крові.
- Дослідження, направлені на пошук інших джерел інфекції (рентгенограма легень, УЗД ОЧП, Ехо-кардіоскопія).
- Клиничні анализи (ЗАК, кількість тромбоцитів та лейкоцитів, анализ сечі, коагулограма, електроліти плазми крові).
- Бактеріологичні дослідження в залежності від клінікі (лохій, сечі, молока, відділяємого з рани, носоглотки).
- Біомаркери (С-реактивний білок, лактат, прокальцитонін, пресепсин).

Нормализация уровня прокальцитонина может служить одним из критериев отмены антибактериальной терапии)

Алгоритм діагностики сепсиса (SSC — Surviving Sepsis Campaign)

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЇ

1. Повинно починатись як можна раніше.
2. Швидко провести скринінг органної дисфункції и почати лікування сепсиса.
3. Своєчасно виявити та розпочати лікування артеріальної гіпотонії.

NB! У пацієнток с інфекційним вогнищем необхідно оцінювати ознаки поліорганної недостататності, а у пацієнток з ознаками поліорганної недостатності необхідно шукати наявну інфекцію.

Принципи лікування сепсису

- Санація вогнища інфекції (протягом 6-12 годин від постановки діагноза сепсису)
  - удаление под гистероскопическим контролем некротизированных децидуальных тканей, остатков плацентарной ткани,
  - при осложненных формах — гистерэктомия.
- Інфузійна терапія. Инфузія кристалоїдів, при неефективності - підключення вазопресорів та інотропних препаратів.
- Антибактериальні препарати широкого спектру дії.
- Ад'ювантна терапія (ШВЛ, трансфузійна терапія, ниркова замісна терапія, нутрітивна підтримка та ін.).

Раннє виявлення ознак системного запалення та маніфестації поліорганної недостатності є головним моментом для вирішення питання про оперативне втручання та радикальної санації вогнища інфекції в акушерстві та гінекології!

Протягом першої години від постановки діагноза сепсис /септичний шок забезпечується :

- Венозний доступ.
- Контроль діуреза.
- Лабораторний контроль, взяття проб на бактеріологічне дослідження.
- Початок в/в інфузії кристалоїдів в об’ємі до 30 мл/кг (при відсутності ефекту - розчини альбуміну).

Коли необхідно вирішити питання про видалення матки

- Окрім матки не знайдено інших вогнищ інфекції, які зумовлюють тяжкість стану жінки та збільшення симптомів ПОН.
- При невідповідності погіршення клінічної картини та симптомів основної патології («непояснювані» симптоми).
- Прогресування ознак ПОН : зниження АТ, олігурія, ГПЛ/ГРДС, жовтяниця, енцефалопатія, ДВЗ-синдром, тромбоцитопенія.
- Зростання запальної реакції на фоні інтенсивної терапії.

- Рост рівня біомаркерів.
- Антенатальнаа загибель плода на фоні інфекційного процеса любої локалізації.

Коли необхідно вирішити питання про збереження матки

- Веріфіковане та просановане вогнище інфекції іншої (окрім статевих органів жінки) локалізації, яке визначає тяжкість стану пацієнтки (менінгіт, пневмонія, отит, флегмони, абсцеси, синусити, пиєлонефрит, панкреонекроз, перитоніт та ін.).
- Не прогресують ПОН та системні прояви септичного процесу.
- Немає клініки септичного шоку.
- Не прогресує запальна реакція (тобто, консервативна терапія ефективна).
- Не збільшені біомаркери сепсису (в тому числі, прокальцитониновый тест, пресепсин).
- Живий плід.

Вирішення питання про гістеректомію повинно проводитися колегиально!

Антибактеріальна терапія починається протягом першої години після постановки діагноза сепсис/септичний шок!

- Антибактериальні препарати широкого спектра дії з максимальним охватом потенціального збудника.
- Комбінація декілької препаратів.
- Використання оригінальних препаратів.
- Вибір препаратів залежить від їх спектра дії та очікуваного вогнища інфекції.
- ***Кожна година затримки адекватної антибактеріальної терапії знижує шанси пацієнтки на виживання, а через 36 годин розпочата антибактеріальна терапія практично не допоможе вижити!***
- Слід враховувати безпеку антибактеріальних препаратів під час вагітності, але при критичному стані жінки тактика антибактеріальної терапії визначається особливостями інфекційного процесу.
- **Емпірічна антибактеріальна терапія не повинна проводитися більше 3-5 діб, а в подальшому необхідно орієнтуватись на чутливість мікроорганізмів до препаратів.**
- **Оцінка ефективності антибактеріальної терапії слід проводити щоденно.**
- **Середня тривалість антибактеріальної терапії складає 7-10 діб, але може бути продовжена у окремих пацієнток.**
- При вирусній етіології сепсиса/септичного шока треба призначати противірусні препарати.

Емпірична антибактеріальна терапія*

Амоксіцилін/клавуланат	1,2 г х 3 р/добу в/в	
Ампіцилін/сульбактам	1,5 г х 3—4 р/добу в/в	
Амоксіцилін/сульбактам	1,5 г х 3 р/добу в/в	
Цефоперазон/сульбактам	2—4 г х 2 р/добу в/в	+ Метронідазол 500мг х 3р/добу в/в
Цефтріаксон	1—2 г х 1 р/добу в/в	
Цефотаксим	1–2 г х 3 р/добу в/в	
Цефепім	1—2 г х 2 р/добу в/в	
Ципрофлоксацин	400 мг 2 р/добу в/в	

Альтернативна терапія:

Іміпенем/циластатін	500 мг х 3–4 р/добу в/в
Меропенем	1 г х 3 р/добу в/в
Піперациліна тазобактам	4,5 г х 4 р/добу в/в.

NB! Антибактеріальна терапія вважається ефективною, якщо основні симптоми захворювання зникають протягом 48-72 годин.

- Примітки:

1. ***Фактори ризику MRSA (метицилінрезистентного золотавого стафілококка):***
   - високий рівень MRSA у відділенні;
   - назальна колонізація MRSA;
   - лікування фторхінолонами;
   - в/в наркомани;
   - наявність трофічних виразок або пролежнів;
   - тривале стояння внутрішньосудинного катетера.
2. ***Фактори ризику E.faecium:***
   - попереднє застосування цефалоспоринів;
   - релапаротомії;
   - внутришньочеревні абсцеси.
3. ***Фактори ризикуа ванкоміцинрезистентних ентерококків (VRE)***
   - попереднє застосування ванкоміцина;
   - онкогематологичні захворювання або пациентка після трансплантації органа;
   - тривале перебування в ВАІТ;
   - при наявності любого із факторів ризику VRE слід призначити линезолід!
4. ***Фактори ризику карбапенем-стійких ентеробактерій:***
   - попереднє застосування карбапенемів;
   - високий рівень карбапенем-продукуючих ентеробактерій у відділенні;
   - поїздка в регіон з високим рівнем карбапенем-продукуючих ентеробактерій.

Проти Грампозитивної флори	Проти Грамнегативної флори	
A. Антибіотик з активністю проти MRSA	**B. Антибіотик з активністю проти *P.aeruginosa* (β-лактам)**	**C. Антибіотик з активністю проти *P.aeruginosa* (не-β-лактам)**
Оксазолідони Лінезолід (Лінелід) 600 мг в/в кожні 12 год.	Протисиньогнійний пеніцилін[c] Піперацилін-тазобактам 4,5 г в/в кожні 6 годин[c]	Фторхінолони Ципрофлоксацин 400 мг в/в кожні 8 год.[f] Левофлоксацин 750 мг в/в кожні 24 год.
або	***або***	***або***
Глікопептиди[a, b] Ванкоміцин 15 мг/кг в/в кожні 8-12 год. Розглянути загрузочну дозу 25-30 мг/кг Х 1 при тяжкому перебігу	Цефалоспорини[c, d] Цефепім 2 г в/в кожні 8 годин Цефтазидим 2 г в/в кожні 8 годин	Аміноглікозиди[a] Тобраміцин (Бракcон) 5-7 мг/кг 1 раз/добу Амікацин 15-20 мг/кг в/в 1 раз/добу Гентаміцин 5-7 мг/кг в/в 1 раз/добу
	або	***або***
	Карбапенеми[c] Меропенем 1 г в/в кожні 8 годин[e] Іміпенем 500 мг в/в кожні 6 годин	Поліміксини[a, g] Колістин 5 мг/кг в/в Х 1 (загрузочна доза), далі - 2,5 мг × (1.5 × кліренс креатиніну + 30) в/в кожні 12 год. (підтримуюча доза) Поліміксин В 2,5-3,0 мг/кг/добу в 2 прийоми в/в
	або	
	Монобактами Азтреонам 2 г в/в в/в кожні 8 годин	

Виберіть:

- один АБ проти грампозитивної флори з стовпчика А,
- один АБ проти грамнегативної флори з стовпчика В
- і один – із стовпчика С .

+Метронідазол / орнідазол (до 5 діб).

Оптимально в перші 6 годин слід досягти:

- Виконати санацію вогнища інфекції.
- Досягти необхідних параметрів гемодинаміки, транспорта кисню та діурезу:
  - ЦВТ: 8—12 мм рт.ст. — за рахунок інфузійної терапії.
  - САТ: ≥ 65 мм рт.ст. — інфузійна терапія+вазопресори.
  - Діурез ≥ 0,5 мл/кг/г.
  - Насичення кисню в центральній вені ≥ 70% або в змішаній венозній крові ≥ 65%.

ХОРІОНАМНІОНИТ

1—4% всех родов
при ПРПО до 40—70%.

- найчастіше виникає при розриві плодових оболонок.
- може виникнути при непошкоджених плодових оболонках, при наявності в генітальному тракті Ureaplasma и Mycoplasma hominis (до 70%).
- Гематогенний шлях зараження реалізується рідко (Listeria monocytogenes).
- у 5-10% жінок развивається бактериемия;

у новонарожденого при ХА у матері: неонатальний сепсис и пневмонії;

неонатальна смертність складає 1-4% у доношених та до 10% у недоношених новонароджених.

Фактори ризику розвитку хоріонамніонита

Фактор ризику	Відносний ризик
Тривалий безводний період (в тому числі ПРПО) > 12 годин > 18 годин	 5,8 6,9
Тривалість пологів	
Другий період > 2 годин	3,7
Активні пологи > 12 часов	4,0
> 3 піхвових дослідження в родах при розриві плодових оболонок	от 2 до 5
Колонізація стрептококка групи В	7,2
Бактеріальний вагіноз	1,7
Зловживання алкоголем та табакопалінням	7,9
Меконіальна амніотична рідина	1,4-2,3
Внутрішньоматковий моніторинг плода	2,0

Клінічніе ознаки та симптоми хоріонамніонита

- Лихоманка у матері (температура в родах >37,8 ^{0} C)
- Тахікардія у матері (>120 уд/хв).
- Тахікардія у плода ((>170 уд/хв).
- Гнійні або з неприємним запахом навколоплідні води або виділення з піхви.
- Болючість матки.
- Лейкоцитоз у матері.

- Може бути не виявлено ознак інфекції, але при ХА може спостерігатись артериальна гіпотонія, значне потовиділення, холодна липка шкіра, что свідчить про розвиток поліорганної недостатності.

NB! Основні лабораторні дослідження (окрім інших):

- **Бакпосів амніотичної рідини та материнської крові**
- **СРБ**
- **Лактат**

ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ЕНДОМЕТРИТ

Критерії діагноза :

Основні симптоми

(для постановки діагноза достатньо 2 симптомів):

- Підвищення температури тіла (38^0С и вище).
- Тазовий біль чи болюча матка при пальпації.
- Виділення зі статевих шляхів з неприємним запахом.
- Гнійні виділення з піхви.
- Субінволюція матки —↓размірів матки < 2 см/добу в перші 8 днів.

Додаткові симптоми

- Можлива помірна кровотеча зі статевих шляхів.
- Нездужання, зниження апетиту, озноб, головний біль.

3 формы послеродового эндометрита

Класична форма

- виникає на 1-5 добу після пологів;
- підвищення температури тіла більше 38 ^{0}C;
- озноб;
- гнійні виділення з піхви;
- болючість внизу живота;
- болючість при пальпації матки;
- слабкість, головний біль;
- сухість шкірнихх покривів;
- Тахікардія (вище 100 уд/хв).

Абортивна форма

- виникає на 2-4 добу після пологів, однак з початком лікування симптоми швидко зникають та стан жінки покращується.

Стерта форма

- виникає в більш пізньому періоді, на 5-7 добу після пологів;
- хвилеподібний перебіг;
- незначне підвищення температури тіла (менше 38 ^{0} C);
- відсутність озноба;
- нормальне самопочуття жінки (немає слабкості, головного болю);
- біль внизу живота незначний.

ЕНДОМЕТРИТ ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

- Перебіг значно тяжчий, ніж післяпологовий ендометрит.

До синдрому класичної форми захворювання приєднуються:

- вздування живота;
- відсутність випорожнень та відходження газів;
- зниження діурезу.

NB!

- ***Лейкоцитоз має незначну прогностичну цінність для даної форми захворювання.***

- ***Температура тіла до 38 ^{0}С протягом 24 годин після кесарева розтину допустима.*** Частіше всього причиною є дегідратація, тому тактика ведення: прийом рідини, инфузійна терапія. ***Протизапальна терапія в цьому випадку не показана.***

При субфебрильній температурі до 37,5 С протягом більше 24 годин з 2-ої доби посля розродження при відсутності клінічних ознак ендометрита показано:

- Контроль температури тіла кожні 3 години.
- Мікробіологічне дослідження виділень з цервікального каналу з визначенням чутливості мікрофлори до антибіотиків.
- Диф. діагностика з іншими можливими причинами підвищення температури.
- УЗД для виявлення залишків плацентарної тканини, гематометри.
- При виявленні клінічних або ехографічних ознак ендометрита всі хворим показано проведення гістероскопії.

Інформативність гістероскопії в діагностиці післяпологового та післяопераційного ендометриті складає 91,4 % , патоморфологичний метод дає 100% результат.

АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ

Классификация	*Комментарии и дополнения*
Етіологічна характеристика	
Первинний	Результат первинного інфікування черевної порожнини при загальних інфекційних процесах, характерні моноінфекції або специфічна інфекція.
Вторинний	Результат вторинного інфікування очеревини, травм або операцій на органах черевної порожнини, характерна полімікробна ендогенная мікрофлора. Стартова антибактеріальна терапія призначається у відповідності до чутливості виявленої мікрофлори. Моніторинг мікрофлори та її чутливості - по клінічним показанням (ознаки анаеробної мікрофлори, немає клінічного ефекта, трансформація вторинного перитоніта в третинний).
Третинний	Нозокоміальна трансформацяя первинного або вторинного перитоніта после видалення первинного джерела та зміни мікрофлори на нозокоміальну. Характерна поява нових джерел інфекції в процесі лікування (бактеріальна транслокація з просвіту кишечника, інфікування передочеревинної клітковини, неспроможність швів, гострі перфорації і т.ін.). Типова хронізація запального процеса, стертість клинічних проявів та в’ялий перебіг, ослаблена реактивність пацієнта і переважання опортуністичної полірезистентної «госпітальної» мікрофлори. Стартова антибактеріальна терапія призначається у відповідності до принципів лікування третинного перитоніта. Моніторинг мікрофлори та її чутливості до антибіотиків необхідний у всіх хворих.

Розповсюдженість	
Місцевий — відмежований — невідмежований	До 2-х анатомічних областей
Розповсюджений	Більше 2-х анатомічних областей
Характеристика ексудата:	по формі запалення: - серозний, серознофібринозний, фібринозногнійний, гнійний по характеру примесів: -жовчний, ферментативний(панкреатогенний), геморагічний, каловий, асцит (асцитперитоніт) та ін.

Фази перебігу:	
Відсутність сепсиса	Реактивна
Сепсис	Токсична
Септичний шок	Неоперабельний стан

Клиническая характеристика фаз течения перитонита

Реактивна фаза:

- Характерні місцеві ознаки, що проявляються інтенсивним больовим синдромом, захисним напруженням м'язів передньої черевної стінки.
- Блювання, збудження, тахікардія (до 120 на хв), незначне підвищення АТ, тахіпноэ (24-28 на хв).
- Підвищення температури тіла в межах 38^0С.
- Помірний лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво.

Токсична фаза:

- Місцеві прояви перитоніта уходять на другий план та починають превалювати ознаки загальної тяжкої інтоксикації.
- З'являються загострені риси обличчя, «блискучі» очі, блідість щкірних покривів, ейфорія.
- Зростає тахікардія (120 і більше на хв), знижується АТ, прогресує блювання застійним вмістом.
- Температура тіла набуває гектичного характеру.
- Відмічається високий лейкоцитоз, токсична зернистість нейтрофилів, значний зсув формули вліво.
- Біль набуває розлитий характер без чіткої локалізації.
- Напруження м'язів передньої черевної стінки слабшає.

Терминальна фаза (поліорганної недостатності):

- При перитоніті, що триває більше 48 годин.
- Прогресування перитонеального сепсиса з усіма його патофізіологічними та клінічними проявами.

Перитоніт після кесарева розтину
(3 варіанта розвитку)

1. Ранній (інфікування черевної порожнини під час операції: хоріонамніоніт, тривалий безводний проміжок)
   - на 1-2 добу,
   - герметичність швів збережена.
2. Перитоніт внаслідок порушення мікроциркуляції в судинах кишечника при ендометриті,
   - на 3-4 добу.
   - стійкий парез кишечника,
3. Акушерский перитоніт внаслідок неспроможності рубця на матці при його гнійному розплавленні,
   - на 4-9 добу.

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

- Які Ви знаєте фактори ризику виникнення післяпологових гнійно-септичних ускладнень?
- Які збудники, що найчастіше викликають виникнення післяпологових гнійно-септичних ускладнень, Вам відомі?
- Як себе проявляють в акушерстві сепсис та септичний шок?
- Витоки, клініка та діагностика хоріонамніоніту.
- Розкрийте варіанти перебігу післяпологового ендометриту.
- Фази перебігу акушерського перитоніту.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

- ***ОСНОВНА***
- Ліхачов В.К. Гінекологія підручник. – 2-ге видання, оновлене. - Вінниця: Нова Книга, 2021. – 680с.
- Ліхачов В.К. Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика. – Вінниця: Нова Книга, 2022. – 512 с.
- ***ДОДАТКОВА***
- Сенчук А.Я. та ін. Невідкладні стани в акушерській практиці. - К.: Фенікс, 2019.- 336с.
- Ліхачов В.К. Інфекції і запальні захворювання в акушерстві та гінекології: посібник для лікарів/ В.К. Ліхачов– Київ: LAT & K, 2019.- 135 с.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!