

ГБОУ ВПО «Дагестанская Государственная Медицинская Академия»
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК ППС с курсом репродуктивной эндоскопии

Докладчик-ассистент кафедры, к.м.н. Дабузов А.Ш.

*ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ
ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ПОСЛЕ
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ*

- Акушерский перитонит- одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода и особенно после операции кесарева сечения.
- Многочисленными исследованиями установлено, что рост инфекционных осложнений в акушерстве в значительной мере обусловлен увеличением частоты кесарева сечения, что в свою очередь объясняют ростом тяжелой экстрагенитальной и акушерской патологии, высокой частотой повторных операций, увеличением возраста первородящих в сочетании с другими факторами акушерского и гинекологического анамнеза.
- В структуре показаний к КС на первый план, в последнее время, выходят относительный показания, которые в большей степени учитывают интересы плода.

Основные факторы риска развития гнойно-септических осложнений в акушерской практике:

1. Инфекции органов малого таза в анамнезе
2. Кесарево сечение и другие оперативные роды
3. Послеродовые кровотечения
4. Экстрагенитальная патология
5. Иммунодефицитные состояния
6. Частые вагинальные исследования в родах
7. Длительный безводный период
8. Нарушение правил асептики

Оптимизация предоперационной подготовки с целью снижения частоты гнойно-септических осложнений

- **Лечение экстрагенитальной патологии в прегравидарном периоде.**
- **Своевременное лечение гинекологических заболеваний (гнойно-воспалительных)**
- **Санация очагов инфекции во время беременности**
- **Определение посева на чувствительность к антибиотикам из цервикального канала**
- **Ограничение вагинальных осмотров.**
- **Проведение инфузионной терапии (качественной).**

Патогенез акушерского перитонита

1. Ведущее место в патогенезе акушерского перитонита принадлежит интоксикации, обусловленной бактериальными токсинами, тканевыми протеазами, биогенными аминами(серотонин, гистамин, кинин), гиповолемии и парезу кишечника.
2. Наличие шва на матке способствует субинволюции матки в послеродовом периоде, нарушает нормальный отток лохий, создавая благоприятные условия для размножения микроорганизмов и возникновения эндометрита.
3. Разрез на матке во время кесарева сечения сопровождается нарушением целостности кровеносных и лимфатических сосудов, что способствует прямой бактериальной инвазии в кровеносную и лимфатическую систему матки. Операция, выполненная на фоне хориоамнионита, вызывает прямое распространение инфекции на брюшину.

4. В процессе токсического поражения клеток организма активное участие принимают продукты метаболизма арахидоновой кислоты: тромбоксан, простаглицлин и простогландины, которые выделяясь в сыворотку крови и легочную лимфу, вызывают гемодинамические и вентиляционные нарушения.
5. Токсичные продукты оказывают патологическое воздействие на нервный аппарат кишечника и ЦНС.
6. Нарастанию гиповолемии способствуют: экссудация и трансудация в просвет желудочно-кишечного тракта, в брюшную полость, в ткани всего организма, а также большие потери жидкости (рвота, дыхание, испарение с кожных покровов).
7. Парез кишечника занимает особое место в патогенетическом звене. Перерастяжение кишечных петель жидкостью или газами приводит к нарушению двигательной, секреторной, всасывательной функции кишечника, расстройству промежуточного обмена и обезвоживанию. Давление в просвете кишечника повышается, возникает ишемия, прогрессирует парез, что повышает проницаемость стенки кишечника для микроорганизмов и токсинов.

Классификация акушерских перитонитов

В зависимости от способа инфицирования брюшины:

- Первичный (содержимое матки или кишечника)
- Вторичный:
 - ✓ несостоятельность швов
 - ✓ эндометрит
 - ✓ ранение соседних органов: мочевого пузыря и кишечника.

В зависимости от срока возникновения:

- Ранний перитонит- развивается на 1-3 сутки. Наиболее часто возникает после КС, произведенное на фоне хорионамнионита.
- Поздний перитонит- манифестирует на 4-7 сутки, на фоне метроэндометрита и несостоятельности швов на матке.

По характеру экссудата:

- Серозный
- Фибринозный
- Гнойный
- Сочетанный

По клиническому течению:

- Перитонит с классическими признаками
- Перитонит со стертой клинической картиной
- Перитонит с затяжным течением (межпетельные, поддиафрагмальные и подпеченочные абсцессы)

По степени

распространенности :

- Отграниченный
- Диффузный
- Распространенный
- Разлитой перитонит

Особенности клинической картины

1. Для несостоятельности шва на матке характерно стертое течение заболевания;
2. Неспецифичность клинических проявлений: подъемы Т тела, чаще в вечернее время, ознобы, повышенная потливость, снижение аппетита. В последующем присоединяются явления пареза кишечника, тахикардия до 110-120 уд.в мин.;
3. Болевой синдром не ярко выражен, слабоположительн с. Щеткина- Блюмберга, нет характерного для перитонитов дефанса мышц передней брюшной стенки , что можно объяснить денервацией передней брюшной стенки во время беременности;
4. Характерно отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии;

Дифференциальный диагноз

- ❖ Тяжелые формы эндометрита;
- ❖ Острый гнойный пиелонефрит;
- ❖ Почечные и печеночные колики;
- ❖ Внутрибрюшное кровотечение;
- ❖ Острый и флегмонозный аппендицит;
- ❖ Кишечная непроходимость.

В дифференциальной диагностике важную роль играют:

- Жалобы, анамнез, включая обстоятельства оперативного родоразрешения (показание, интраоперационные особенности, осложнения). Соматический анамнез;
- Объективный осмотр:
 - Бимануальное исследование- характерна субинволюция матки, инфильтрация паравезикальной, парацервикальной клетчаток и зоны шва на матке по типу «валика»;
 - Осмотр шейки в зеркалах- гнойные выделения из цервикального канала;
- Лабораторные методы исследования крови- общеклинические и дополнительные;
- Решающими в уточнении диагноза «несостоятельность рубца на матке» являются инструментальные методы исследования;

Биконтрастная УЗ –диагностика несостоятельности швов на матке

Включает в себя следующие этапы:

- ✓ Заполнение мочевого пузыря и полости матки физиологическим раствором (с использованием катетера фолея или презерватива).
- ✓ Эхографическая оценка состояния рубца между жидкостями.
- ✓ О неполноценности швов на матке свидетельствуют неравномерная толщина стенки матки в проекции швов, наличие «ниши» и жидкостных включений.

Исследования с использованием видеоэндоскопической техники:

- Гистероскопия помогает в оценке состояния зоны послеоперационного рубца. Признаки, подтверждающие несостоятельность- наличие провисаний нитей, истончение по ходу рубца, неровности, «ниши» или наличие пузырьков газа).
- Лапароскопия- оценка зоны операции на матке и исключение другой острой хирургической патологии. Характерными для несостоятельности швов на матке являются следующие признаки- наличие жидкости , пузырьков газа по ходу рубца и гнойное расплавление тканей рубца с прорезыванием швов.
- Комбинированное исследование(лапароскопия с гистероскопией)

Тактика ведения женщин после подтверждения диагноза несостоятельности шва на матке и перитонита

1. Предоперационная подготовка;
2. Хирургическое вмешательство:
 - радикальные- ампутация или экстирпация матки с трубами
 - органосохраняющая операция
3. Интенсивная послеоперационная терапия;

Предоперационная подготовка включает :

- Антибактериальную терапию: эмпирическая (препараты широкого спектра действия) или направленная на известную нам флору, с учетом ее чувствительности к антибактериальным препаратам.
- Дезинтоксикационную терапию, коррекцию гиповолемии. Предпочтение отдают сбалансированным кристаллоидным растворам.
- Декомпрессию кишечника.

Эмпирическая антибактериальная терапия

(клинический протокол «Гнойно-воспалительные заболевания и сепсис в акушерстве» от 2015г.)

1. Амоксициллин/ клавулонат 1,2г х 3 раза в сут., в/в
2. Амоксициллин/ сульбактам 1,5г х 3 раза в сут., в/в
3. Цефтриаксон 1-2г х 1 раз в сут., в/в
+ метронидазол 500мг 3 р/сут в/в
4. Цефепим 1-2г х 2 раза в сут., в/в
+ метронидазол 500мг 3 р/сут в/в

Альтернативная терапия:

1. Имипенем/ циластатин 500мг х 4 раза в сут., в/в
2. Меропенем 1г х 3 раза в сут., в/в
3. Зивокс 600мг х 2 раза в сут., в/в

Инфузионная терапия

- Кристаллоидные растворы- стерофундин, растворы Рингера, Хартмана, изотонический физиологический раствор NaCl.
- Раствор альбумина с целью коррекции гипопротеинемии
- Компоненты крови, при наличии показаний (согласно приказу от 2 апреля 2013г. «об утверждении правил клинического использования донорской крови и ее компонентов).

Объем инфузии до 30мл/кг под контролем диуреза, АД, ЧСС, ЦВД.

Показания к органосохраняющим операциям

- Неэффективность консервативной терапии в течении 24 часов с момента установления диагноза;
- Нереализованная репродуктивная функция , отказ женщины от радикальной операции;
- Отсутствие проявлений септического шока;

Окончательный объем оперативного вмешательства определяется по вскрытию брюшной полости.

Основные этапы операции при несостоятельности швов на матке

- **Вскрытие и ревизия брюшной полости.**
- **Мобилизация нижнего сегмента матки.**
- **Освежение (иссечение) краев старого разреза на матке в пределах здоровой ткани.**
- **Наложение швов на матку.**
- **Промывание брюшной полости с последующим дренированием и декомпрессией кишечника.**

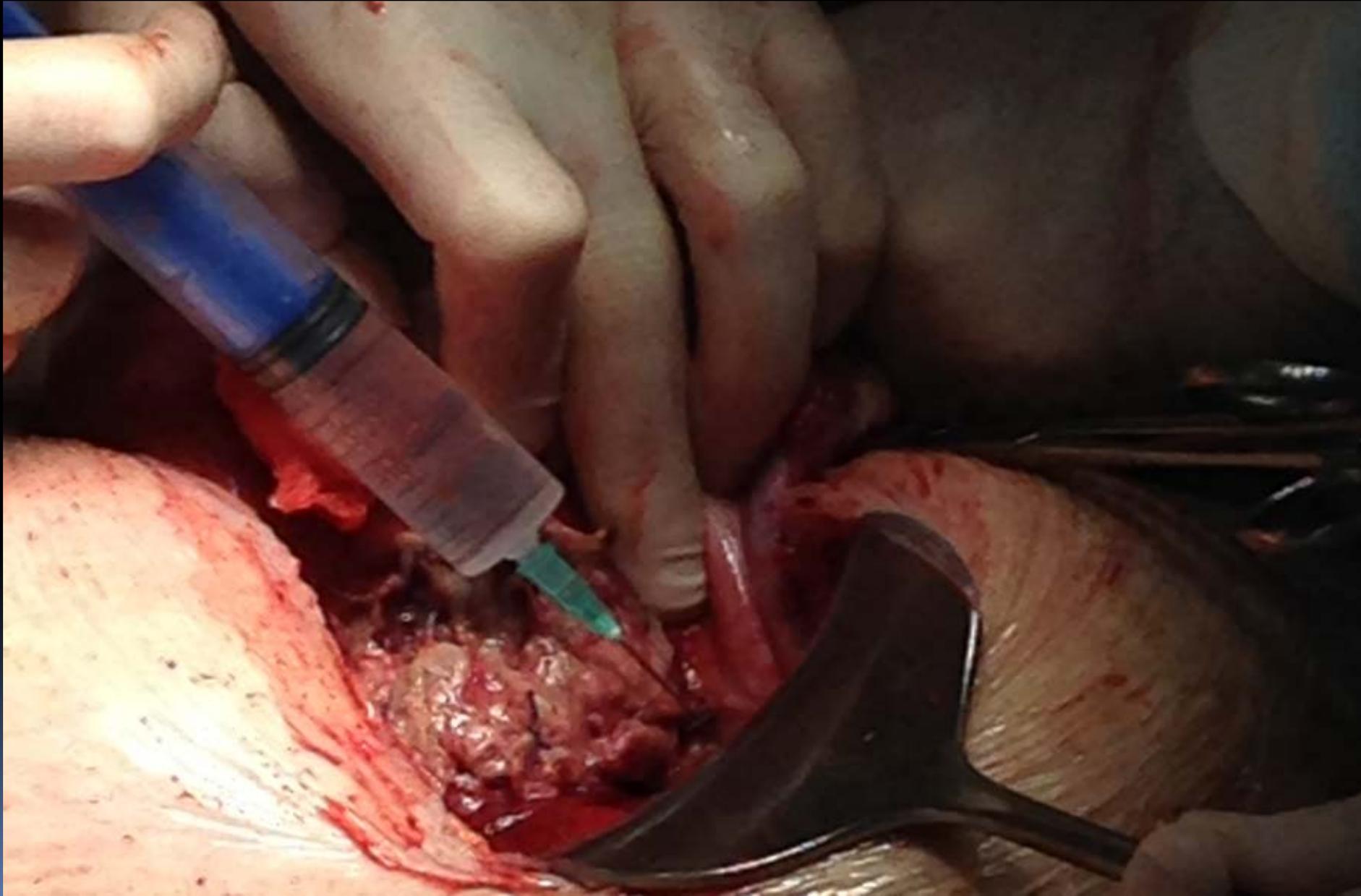
Некоторые особенности в технике наложения швов

- **Первый ряд -отдельные узловые викриловые швы.**
- **Второй ряд- непрерывный шов викрилом с захватом пузырьно – маточной складки.**
- **Для хорошей герметизации первого и второго ряда накладываем несколько отдельных узловых шва через все слои в середине и по краям раны.**

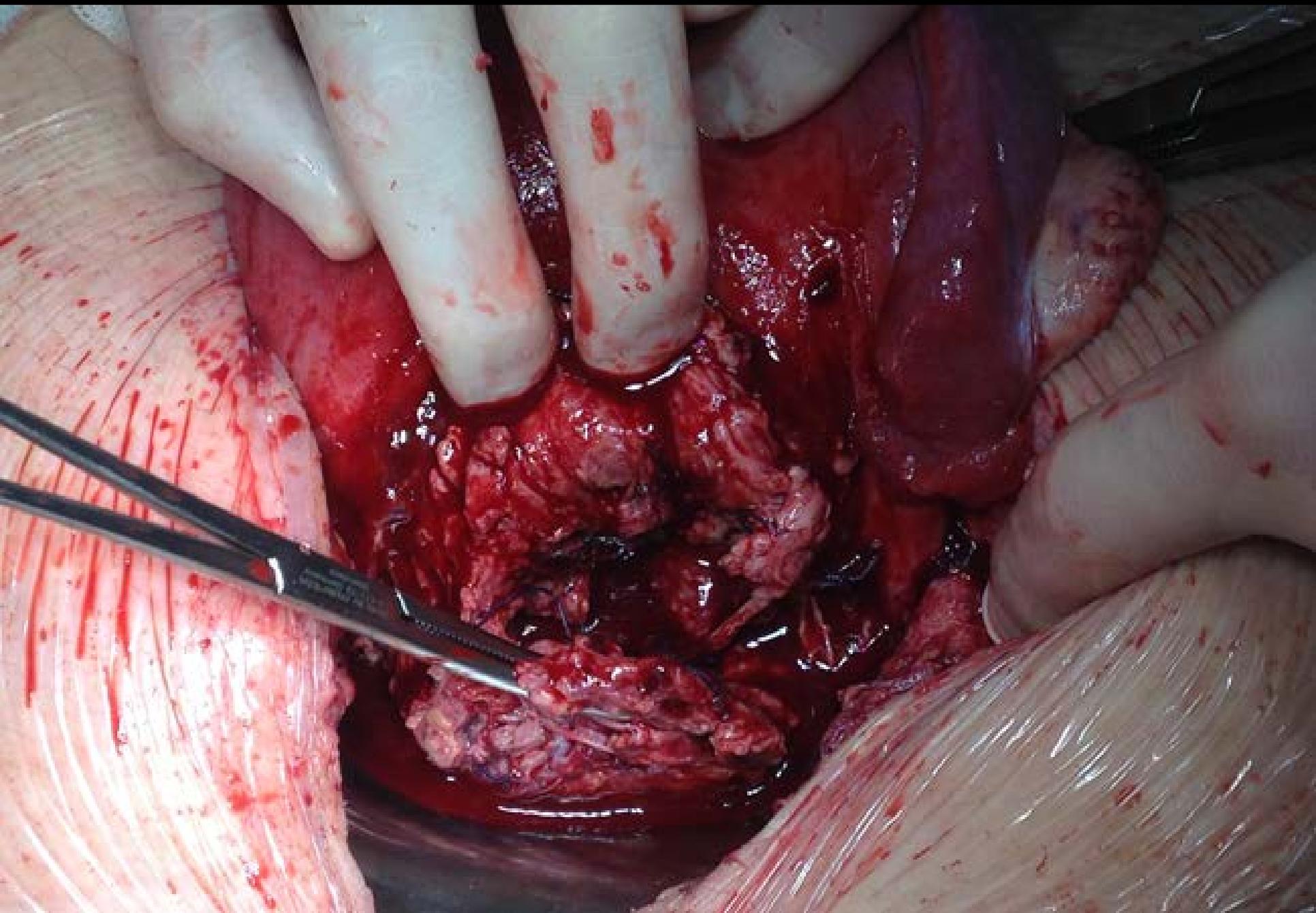
Несостоятельность швов на матке в зоне операции КС



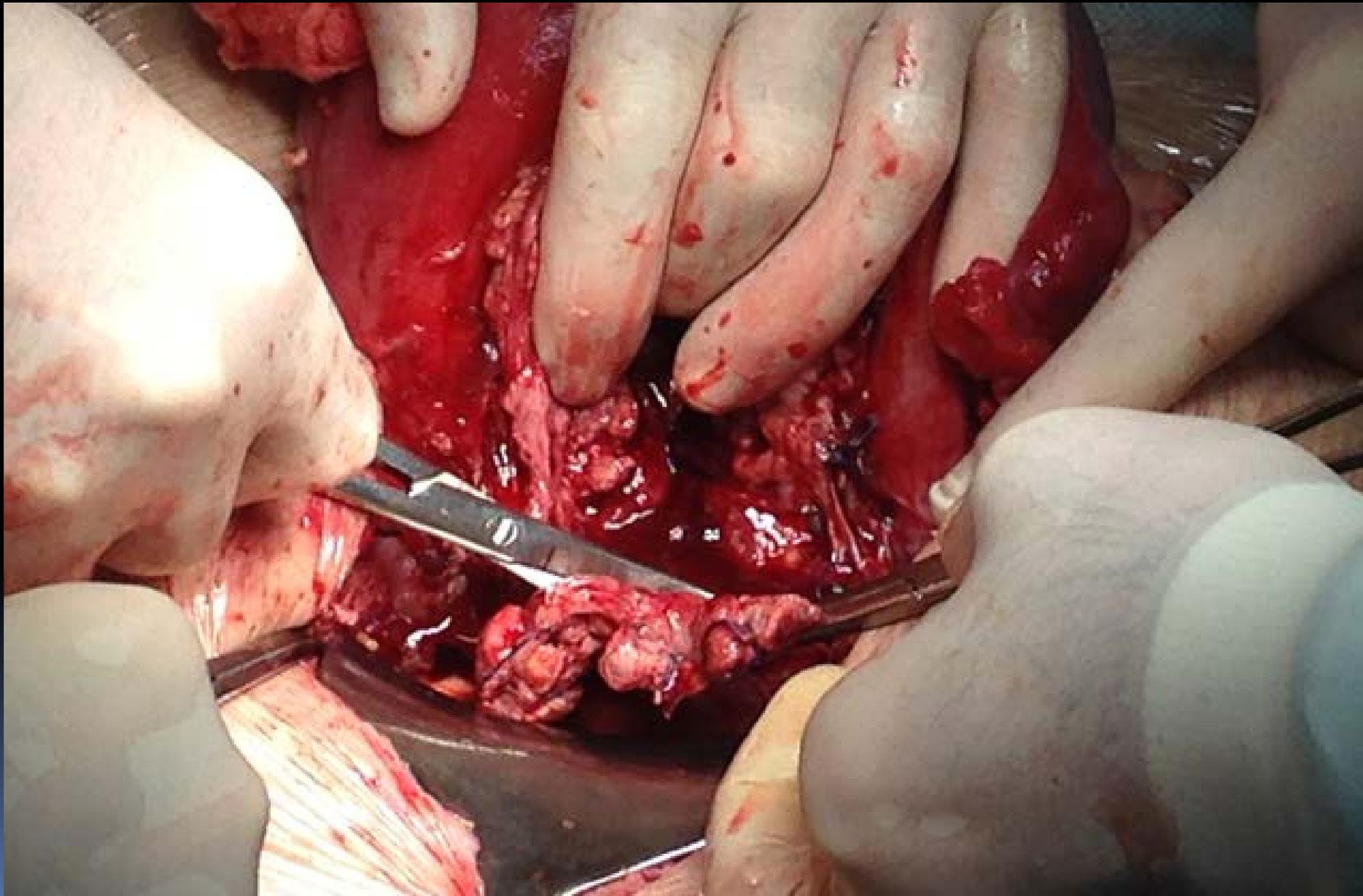
Мобилизации пузырно-маточной складки и мочевого пузыря путем гидроотсепаровки



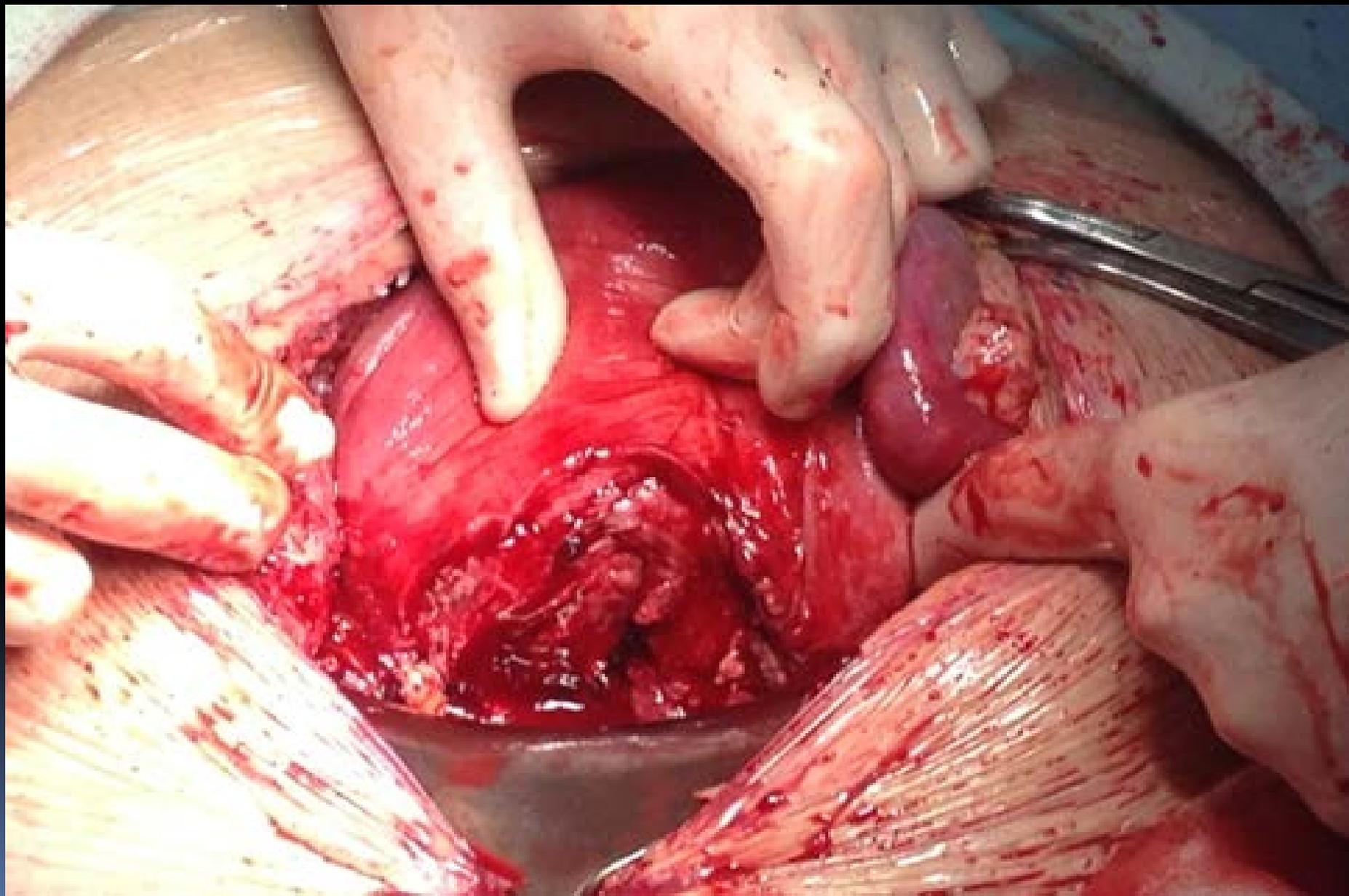
Оценка степени некротизации краев раны



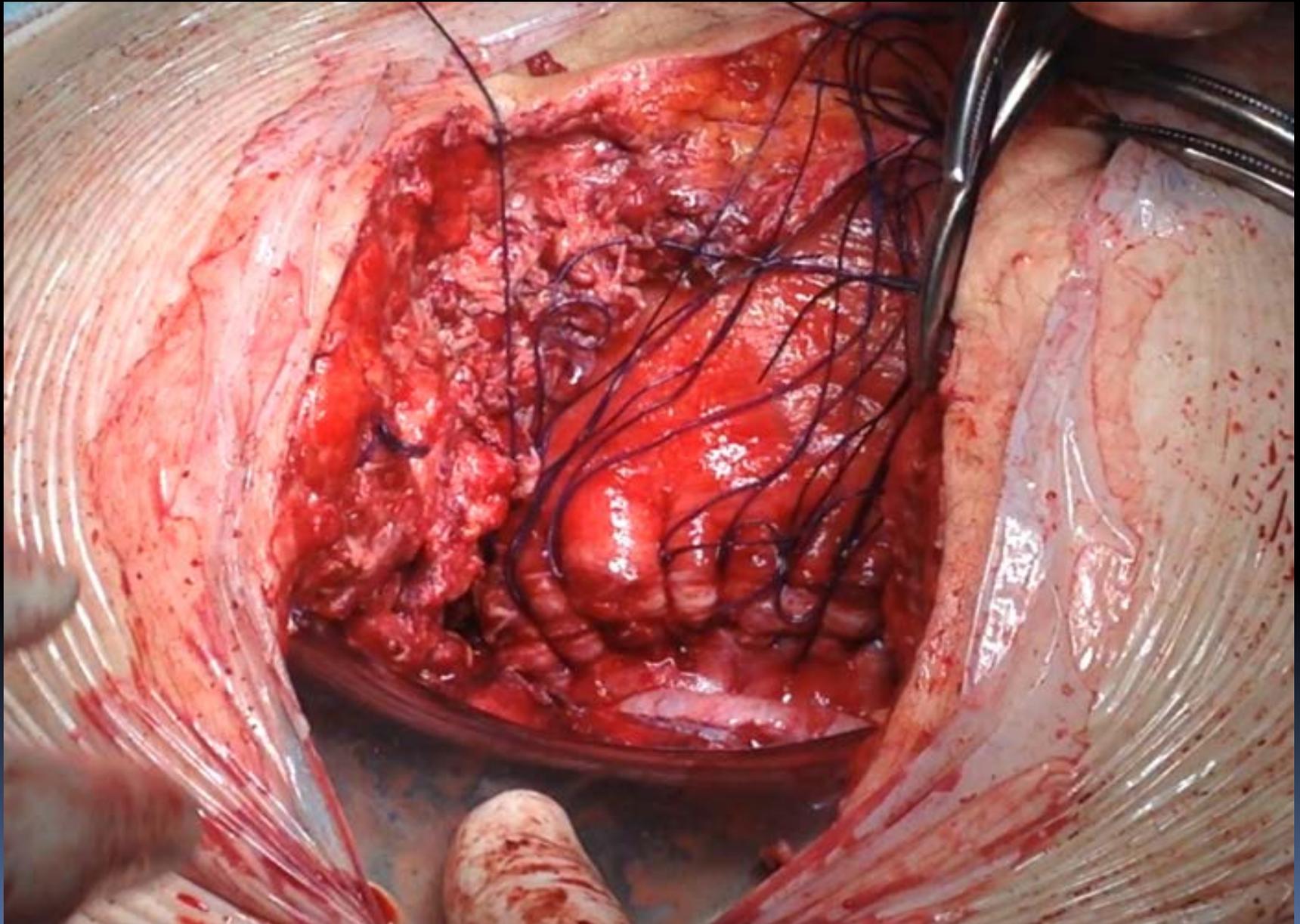
Иссечение некротизированных краев



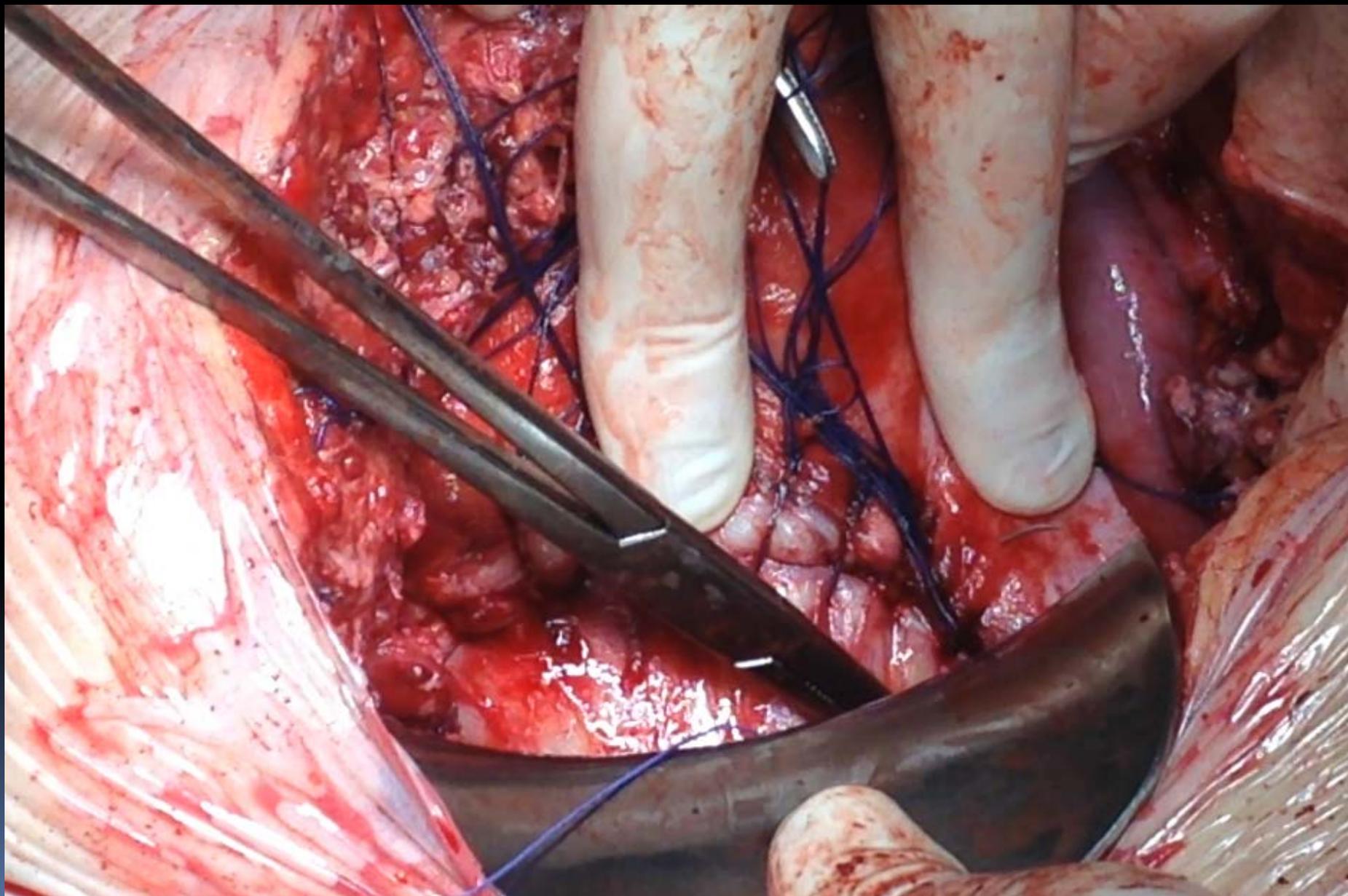
Освеженные края раны на матке



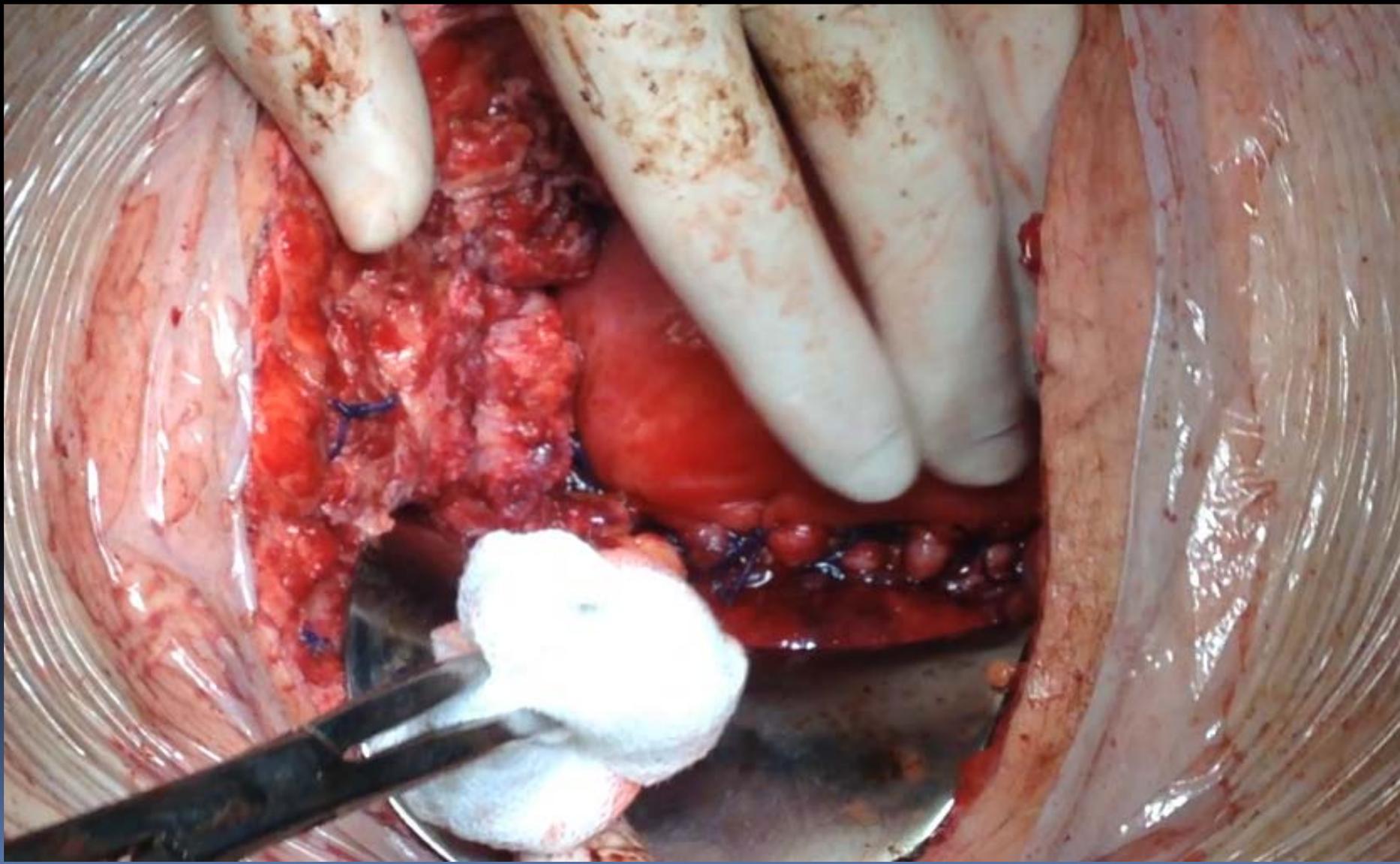
Первый ряд отдельных узловых выкриловых швов



Второй ряд- непрерывный викриловый шов



**Перитонизация нижнего сегмента за счет
пузырно-маточной складки завершена**



Оценка эффективности лечения

- Стабилизация состояния больной;
- Уменьшение интоксикации;
- Стойкий регресс признаков системной воспалительной реакции (Ps, тем-ра);
- Улучшение функции жизненно важных органов;
- Положительная реакция функционального состояния ЖКТ;
- Нормализация лабораторных показателей.

Ошибки в диагностике и лечении:

- **Недооценка состояния больной;**
- **Неадекватная начальная консервативная терапия;**
- **Поздняя диагностика перитонита;**
- **Запоздалое оперативное вмешательство и технические погрешности в ходе ее выполнения;**
- **Необоснованное длительное применение одних и тех же антибиотиков;**
- **Недостаточная инфузионная терапия в послеоперационном периоде.**

Особенности течения послеоперационного периода у больных перенесших органосохраняющие операции

- ❖ Умеренная лихорадка в течении 5-6 дней в послеоперационном периоде.*
- ❖ Парез кишечника в течении нескольких дней.*
- ❖ Субинволюция матки (объективно и при ультразвуковом исследовании)*
- ❖ Увеличение койко- дней в послеоперационном периоде.*

- В Республике Дагестан впервые органосохраняющая операция была произведена в 2007г.
- На сегодняшний день выполнено более **120**
- Только в 2х случаях данная операция была неэффективна, потребовалась ререлапаротомия и экстирпация матки с трубами.
- Более 30 женщин в последующем реализовали свою репродуктивную функцию, были родоразрешены путем операции кесарева сечения.