

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии
лечебного факультета

ТЕМА:
«Аборт и его осложнения»

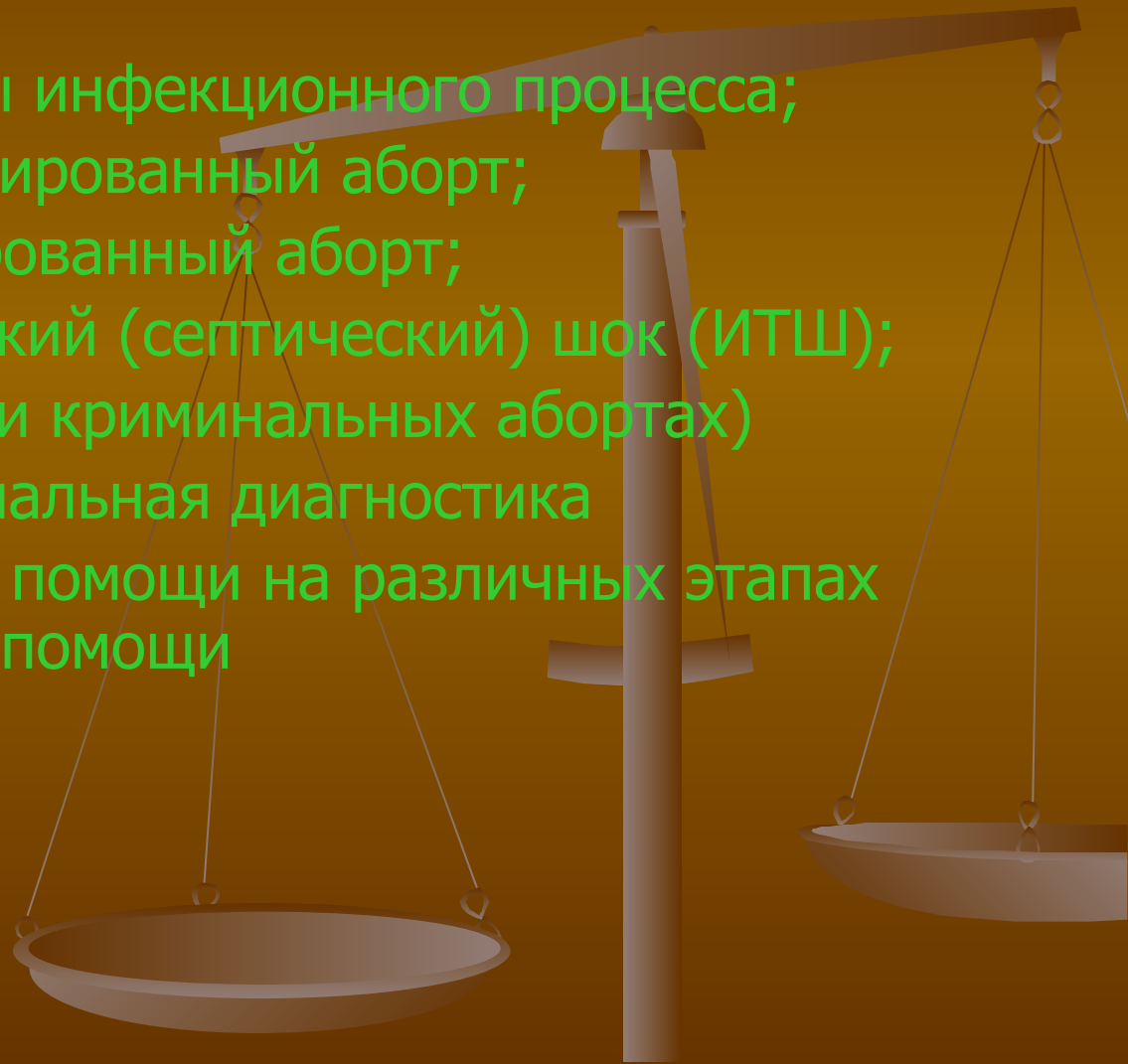
**Лекция № 9 для студентов 5 курса, обучающихся по
специальности 060101 – Лечебное дело (очная форма
обучения)**

д.м.н., профессор В.Б. Цхай

Красноярск, 2012

План лекции

1. Актуальность темы
2. Классификация и этапы инфекционного процесса;
3. Неосложненный инфицированный аборт;
4. Осложненный инфицированный аборт;
5. Инфекционно-токсический (септический) шок (ИТШ);
6. Анаэробный сепсис (при криминальных абортах)
7. Клиника и дифференциальная диагностика
8. Оказание медицинской помощи на различных этапах оказания медицинской помощи
9. Выводы



Статистика абортов в мире

- Ежегодно в мире производится 50 млн. абортов и при этом погибает от аборта около 200 000 женщин.
- Данные результатов работы группы экспертов ВОЗ, проанализировавших статистические данные об абортах в 57 странах мира. Только в 1995 году в этих странах было произведено 26 млн. легальных и 20 млн. нелегальных аборт. Средняя распространенность аборт составила 35 на 1000 женщин 15-44 лет.
- В тоже время, если для Вьетнама этот показатель составляет 83 на 1000 женщин фертильного возраста, то для Бельгии или Нидерландов – только 7 на 1000.
- В странах Восточной Европы этот показатель существенно выше (90 на 1000), чем в странах Западной Европы (11 на 1000).

Статистика аборт в РФ

Таблица 57

Показатель структуры реализации репродуктивной функции (в % к итогу)

годы	Аборты искусственные, самопроизвольные до 22 недель	Прерывание беременности в 22-27 недель	Внематочная беременность	Роды	Итого
1992	60,0	1,4	1,2	37,4	100,0
2002	49,0	0,43	1,3	49,3	100,0
2003	37,6	1,0	3,4	58,0	100,0
2004	52,2	0,5	1,4	45,7	100,0

Статистика абортів в Красноярському краї

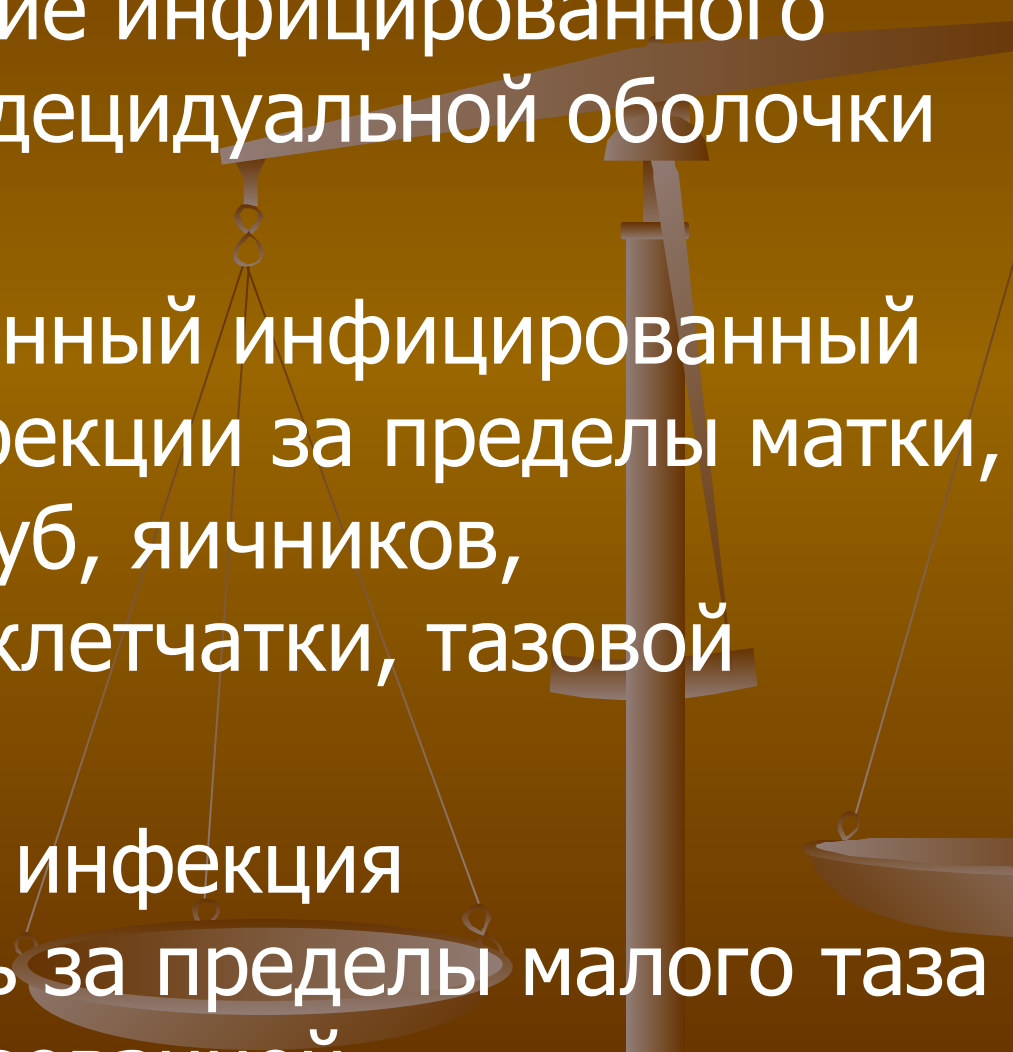


КЛАССИФИКАЦИЯ:



- неосложненный инфицированный (лихорадящий) аборт;
- осложненный инфицированный аборт;
- септический аборт (септицемия, септикопиемия, инфекционно-токсический шок, перитонит, анаэробный сепсис).

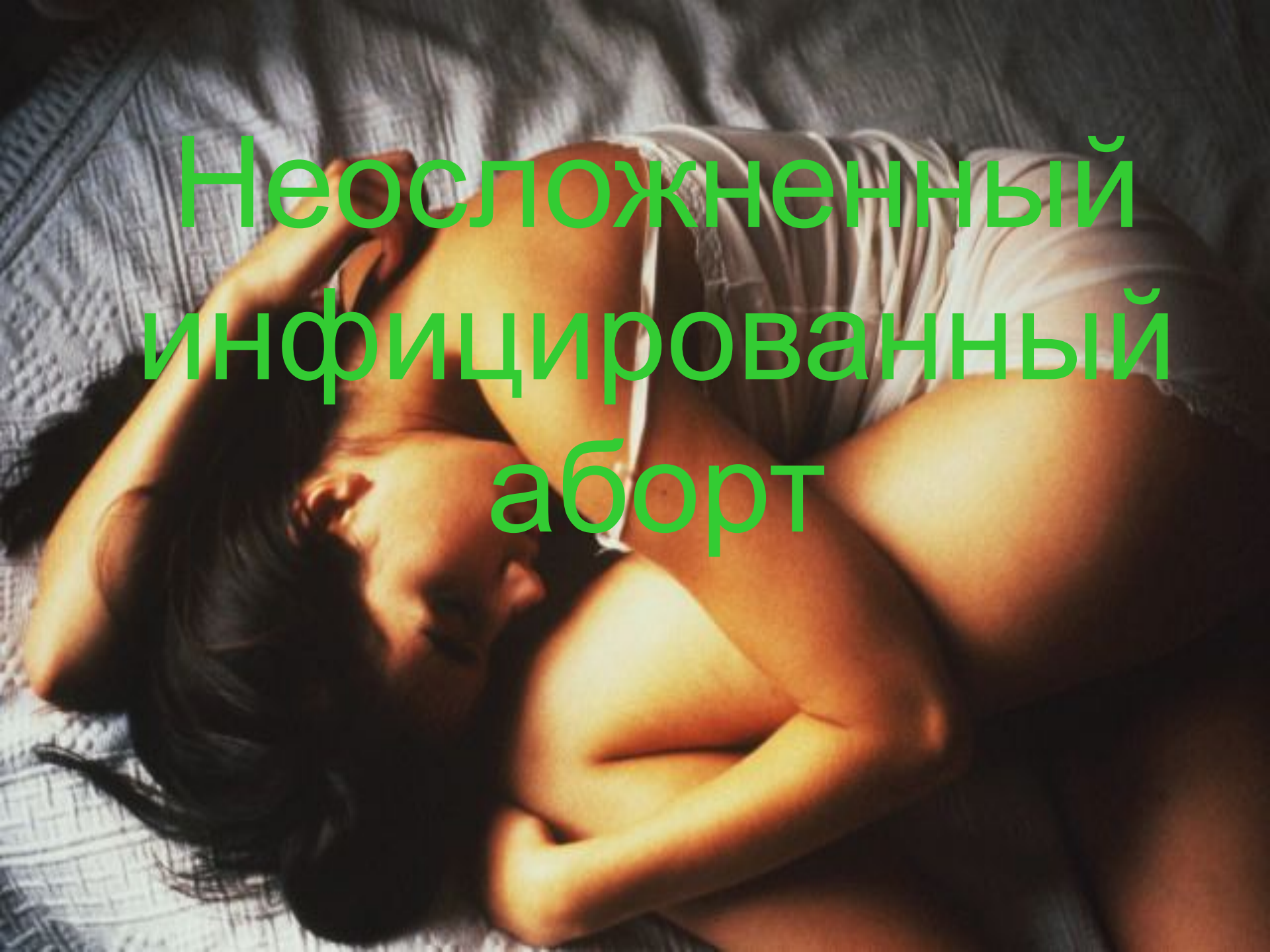
Этапы инфекционного процесса:

- **I этап** – неосложненный инфицированный аборт: ограничение инфицированного плодного яйца и децидуальной оболочки полостью матки;
 - **II этап** – осложненный инфицированный аборт: выход инфекции за пределы матки, маточных вен, труб, яичников, параметральной клетчатки, тазовой брюшины;
 - **III этап** – сепсис: инфекция распространилась за пределы малого таза и стала генерализованной
- 

Осложнения инфекционного процесса:

- ❖ инфекционно-токсический шок с развитием почечной (ОПН);
- ❖ сердечно-легочной недостаточности;
- ❖ развитием ДВС-синдрома.





Неосложненный
инфицированный
аборт

СИМПТОМЫ:

- повышение температуры до 37,5оС и выше;
- однократный озноб (может отсутствовать);
- головные боли (незначительная или может отсутствовать);
- бледность кожных покровов;
- боли внизу живота;
- слабость;
- умеренные или обильные кровянистые, гнойно-кровянистые выделения из влагалища.



Б. Диагностические мероприятия:



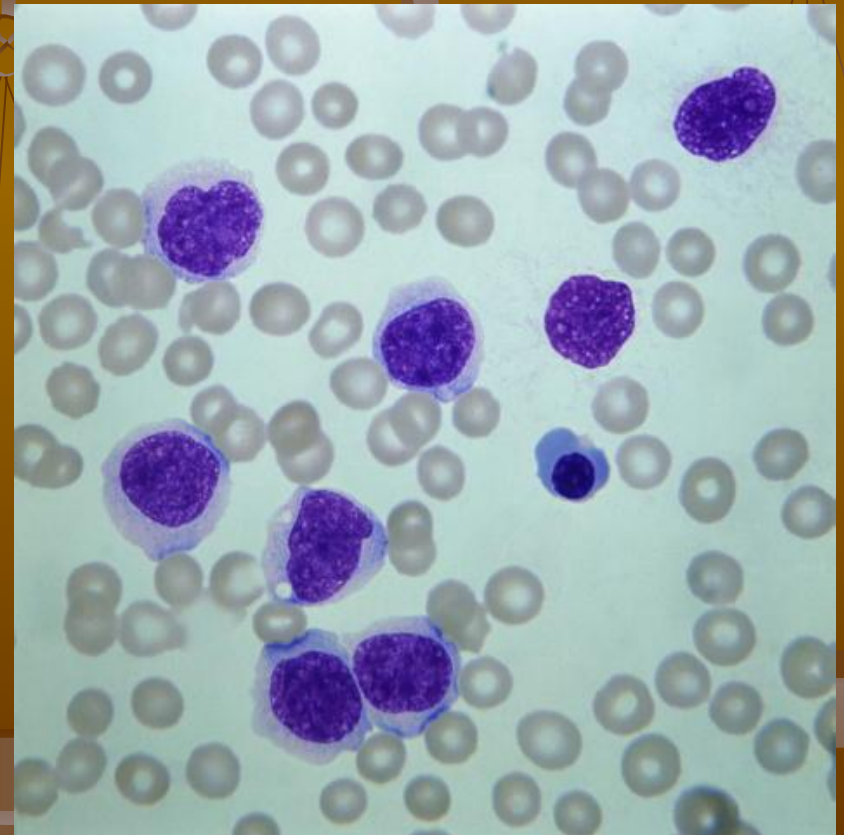
- тщательный сбор анамнеза (возможны указания на вмешательство с целью прерывания беременности, свершившийся в домашних условиях выкидыш);
- контроль пульса, АД и ЧДД;
- термометрия;
- оценка состояния периферического кровообращения;

- контроль диуреза;
- влагалищное исследование и осмотр в зеркалах;
- определение размеров матки (срока беременности);
- УЗИ матки и внутренних гениталий.



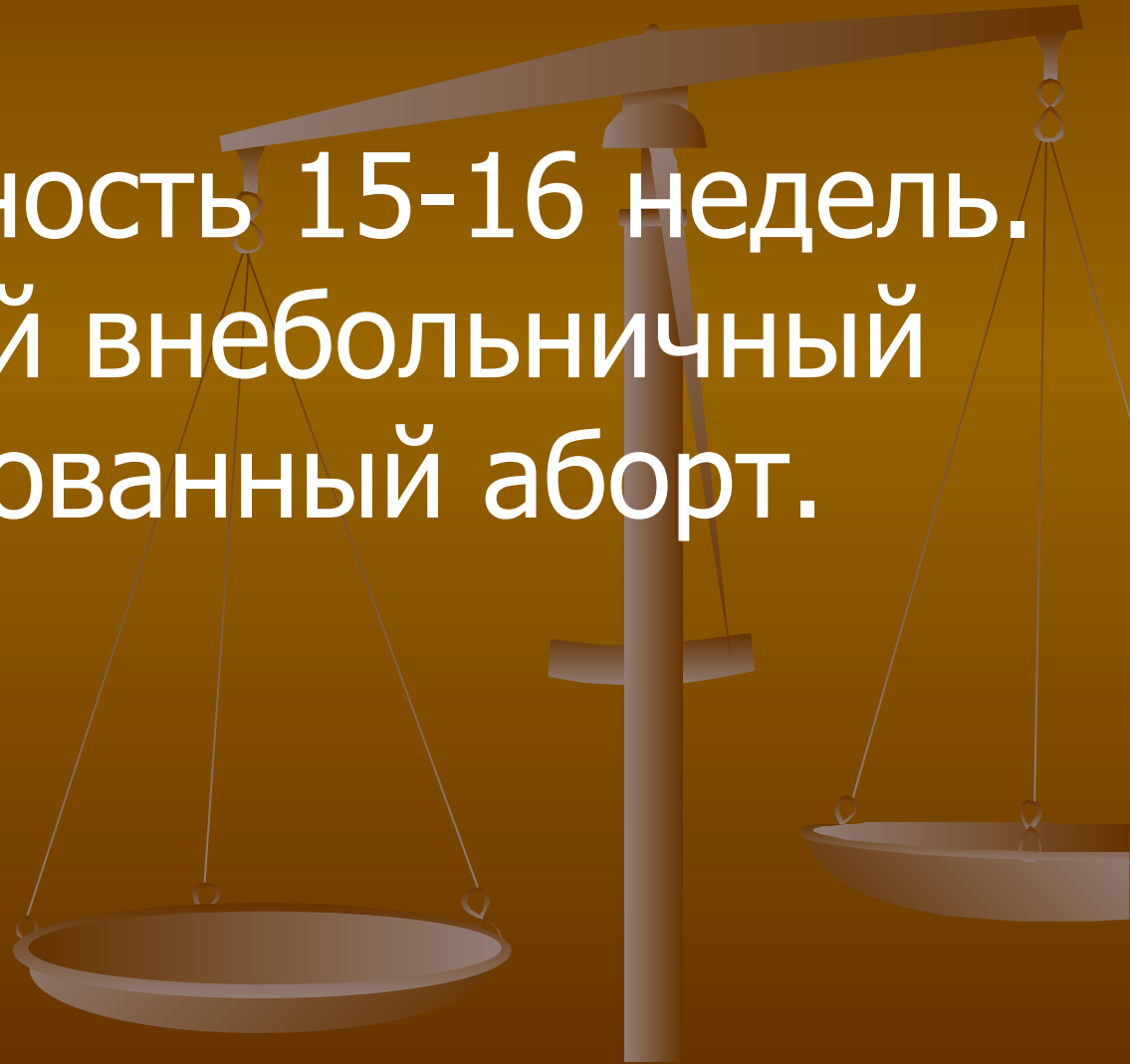
В. Лабораторные данные:

- почасовой диурез – достаточный;
- АД - в пределах нормы;
- Тахикардия – соответствует температуре;
- Одышка – нет;
- В крови – снижение Hb;
 - L – $10 - 12 \times 10^9$;
 - ЛИИ – не более 4,
 - повышение СОЭ;
 - отсутствие токсических изменений в крови;
 - м. б. – умеренная гипопротейнемия.



Пример правильного формулирования диагноза:

- Беременность 15-16 недель. Неполный внебольничный инфицированный аборт.



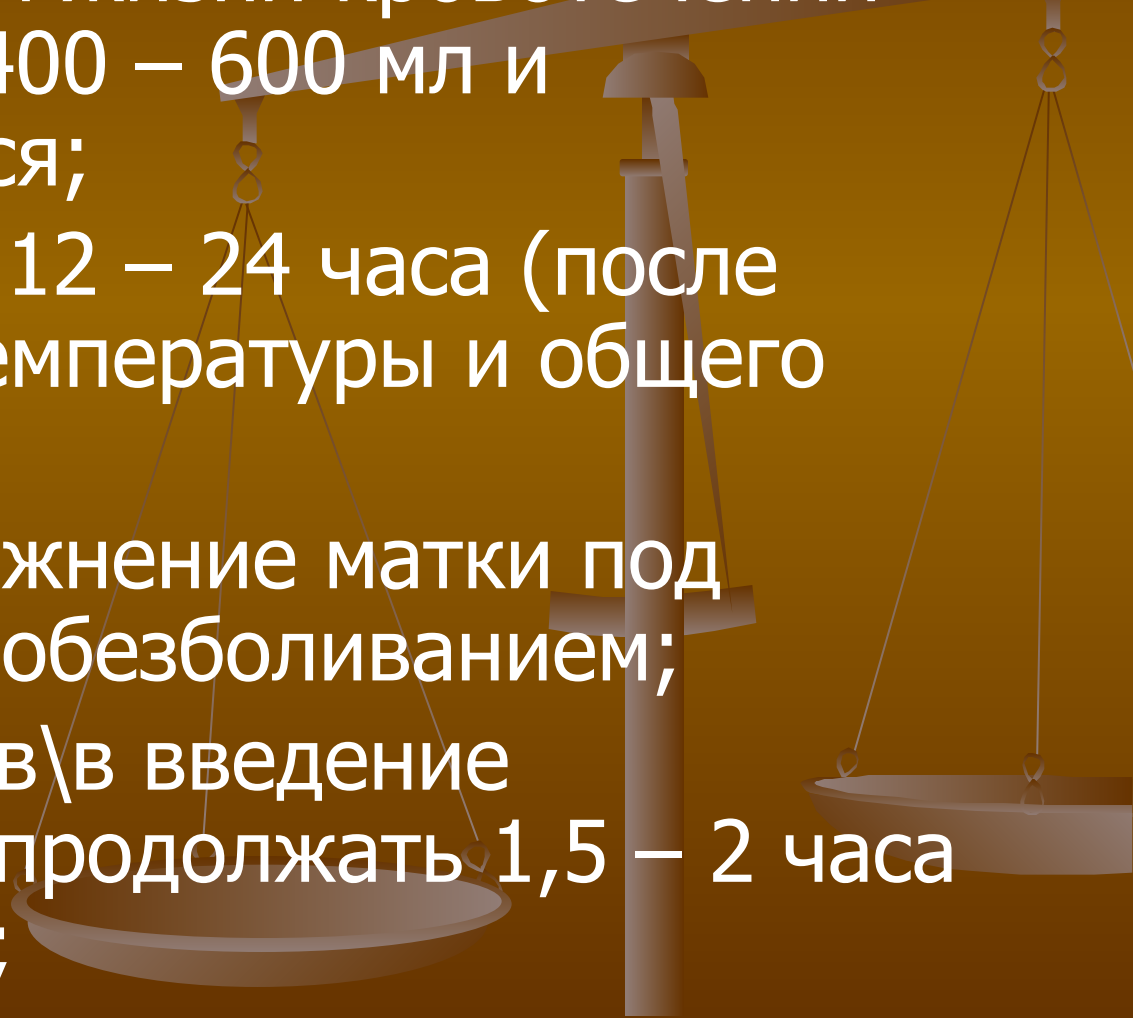
Г. Тактические мероприятия: На этапе ФАП, УБ

- информирование врача акушера-гинеколога ЦРБ о больной и согласование тактики предстоящей транспортировки;
- оказание неотложной помощи.



На этапе ЦРБ, ЦГБ

- **хирургический метод:**
- при угрожающем жизни кровотечении превышающем 400 – 600 мл и продолжающемся;
- отсрочен на 8 – 12 – 24 часа (после стабилизации температуры и общего состояния);
- бережное опорожнение матки под адекватным в\в обезболиванием;
- одновременное в\в введение утеротоников – продолжать 1,5 – 2 часа после операции;



■ При:

- больших сроках беременности (> 15 – 16 нед.);
- наличии плода в матке;
- невозможности одномоментного опорожнения;
- не дожидаясь снижения температуры;

■ Применяют:

- родовозбуждение на фоне спазмолитиков на фоне интенсивной терапии с назначением небольших доз глюкокортикоидов (60-90 мг преднизалона) для профилактики септического шока;



- интенсивная антибактериальная терапия (два антибиотика широкого спектра действия (сочетание полусинтетических пенициллинов и аминогликозидов);
- инфузионная терапия коллоидными и кристаллоидными растворами в количестве не менее 1,5 – 2 л в сутки;
- Выписка из стационара не ранее 10-12 суток, после нормализации клинико-лабораторных показателей



Осложненный инфицированный аборт



Осложнения инфицированного аборта:

- метроэндометрит;
- сальпингоофорит;
- параметрит;
- диффузный перитонит;
- инфекционно-токсический шок;
- сепсис.



А. Основные клинические

СИМПТОМЫ:

- состояние тяжелое с выраженным интоксикационным синдромом;
- повышение температуры выше 38°C ;
- ознобы с повышением температуры до 40°C , потливость;
- резкая слабость;
- пульс более 100 ударов в минуту;





- ЧДД 22-25 в мин.;
- головные боли;
- заторможенность или возбуждение;
- мышечные боли;
- тошнота, рвота;
- боли внизу живота;
- срок беременности чаще более 14 недель;
- выделение из половых путей: гнойно-кровянистые, гнойевидные, гнилостные с ихорозным запахом.

Основные причины инфицированного аборта:

- позднее поступление;
- длительная лихорадка;
- самолечение;
- криминальные вмешательства (или косвенные свидетельства).



Б. Диагностические мероприятия:



- тщательный сбор анамнеза;
- оценка общего состояния;
- контроль пульса, АД, ЧДД;
- оценка состояния кожных покровов, наличие петехиальных кровоизлияний на коже лица, груди, конечностях;

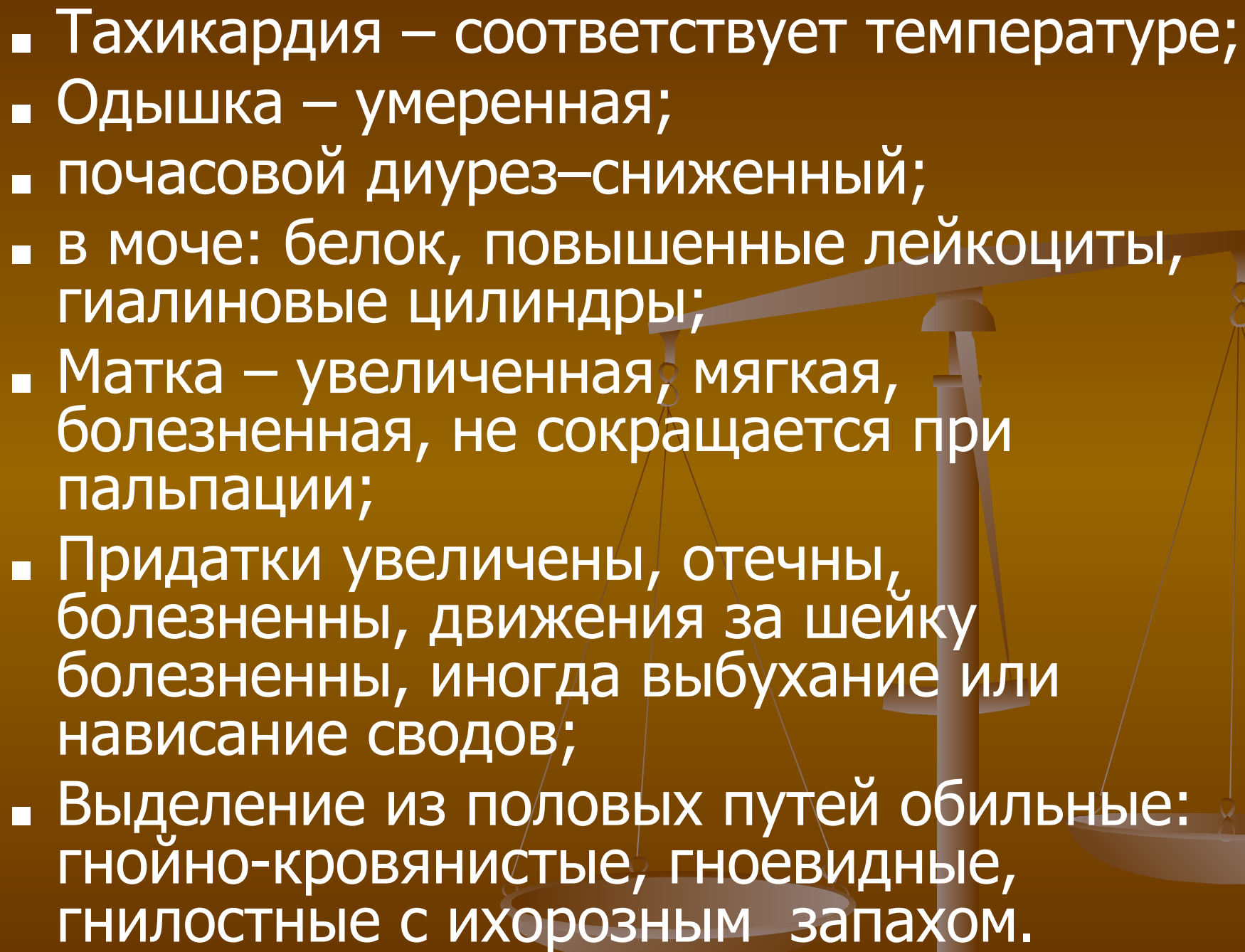
- оценка состояния периферического кровообращения (бледность, цианоз, мраморность кожных покровов);
- термометрия;
- контроль диуреза (определение количества, цвета мочи, качественное определение белка методом кипячения);
- влагалищное исследование и осмотр в зеркалах;
- определение срока беременности;
- УЗИ матки и внутренних гениталий.



данные:

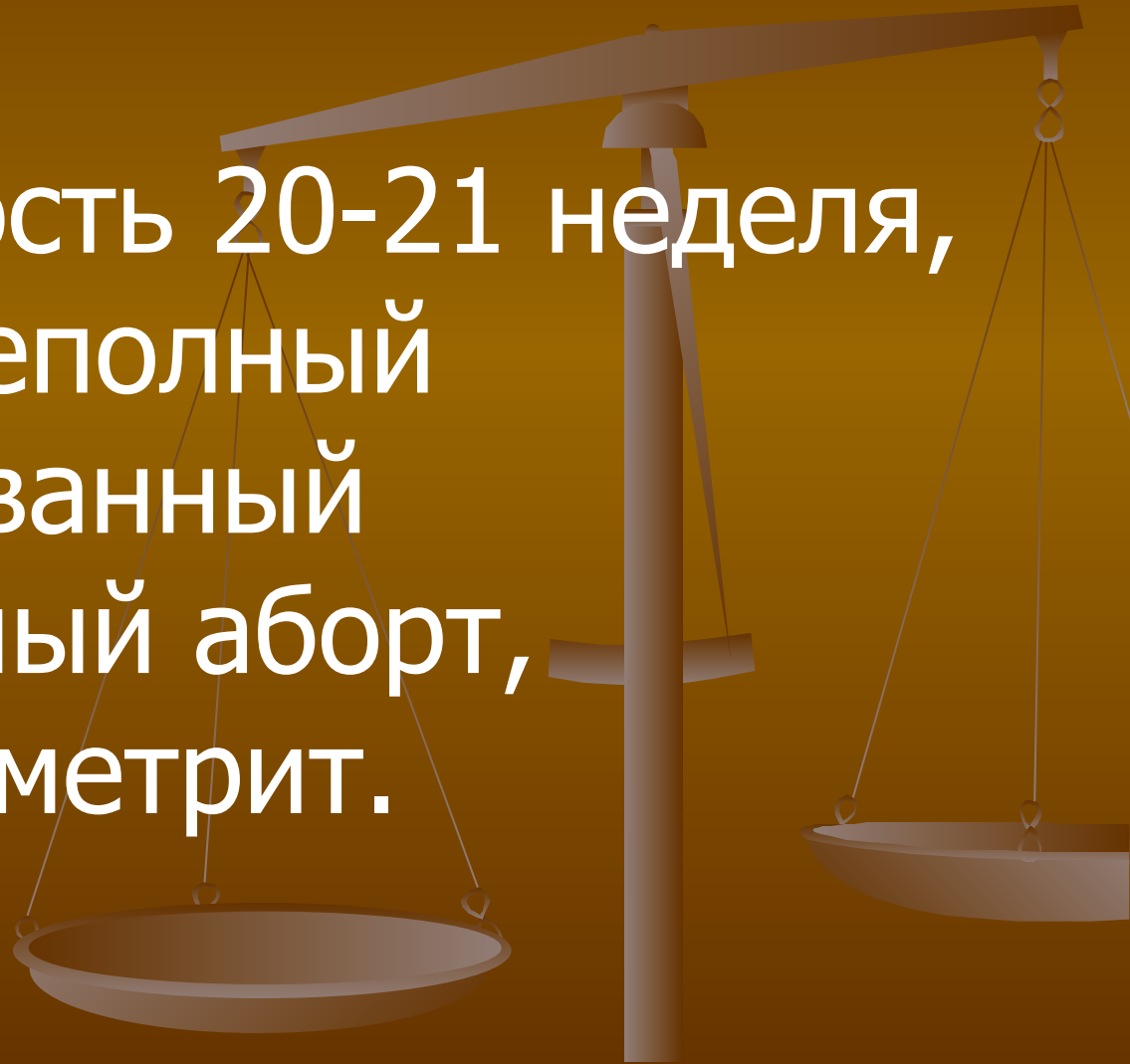
- В крови – снижение Hb;
- L – $12 - 18 \times 10^9$;
- ЛИИ – достигает 6;
- повышение СОЭ;
- токсические изменения в крови;
- сдвиг формулы влево;
- умеренная лимфопения;
- выраженная гипопропротеинемия;
- АД - в пределах нормы или несколько повышенное;



- 
- Тахикардия – соответствует температуре;
 - Одышка – умеренная;
 - почасовой диурез – сниженный;
 - в моче: белок, повышенные лейкоциты, гиалиновые цилиндры;
 - Матка – увеличенная, мягкая, болезненная, не сокращается при пальпации;
 - Придатки увеличены, отечны, болезненны, движения за шейку болезненны, иногда выбухание или нависание сводов;
 - Выделение из половых путей обильные: гнойно-кровянистые, гнойевидные, гнилостные с ихорозным запахом.

Пример правильного формулирования диагноза:

- Беременность 20-21 неделя, поздний неполный инфицированный осложненный аборт, метроэндометрит.



В. Тактические мероприятия:



На этапе ФАП, УБ

- информирование врача акушера-гинеколога ЦРБ о больной и вызов специалистов на себя (при отсутствии возможности выезда на место – согласование тактики предстоящей транспортировки);
- оказание неотложной помощи.

Лечебные мероприятия:

- ❑ до приезда специалистов:
 - ❑ пипольфен 2 мл в/в;
 - ❑ супрастин 2 мл в/в;
 - ❑ тавегил 2 мл в/в;
- ❑ при низком давлении тенденции к гипотонии, выраженной тахикардии:
 - ❑ преднизолон 90-120 мг в/в;



- установка катетера в периферическую вену и инфузионная терапия:
- полиглюкин 400 мл в/в;
- раствор Рингера 400 мл в/в;
- изотонический раствор хлористого натрия 400 мл в/в;
- с приездом специалистов решается вопрос о дальнейшей тактике ведения





На этапе ЦРБ, ЦГБ

- информирование главного врача акушера-гинеколога ГУЗа края о больной и вызов специалистов на себя (при необходимости);
- информирование специалистов РКЦ (ККБ №1) о больной и получение квалифицированной консультативной помощи (согласование необходимости транспортировки);

- информирование администрации больницы (ЦРБ) о больной для оказания организационной, консультативной, медикаментозной помощи;
- обеспечение адекватной интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения и возможности немедленного развертывания операционной;
- оказание неотложной помощи.



Лечебные мероприятия:

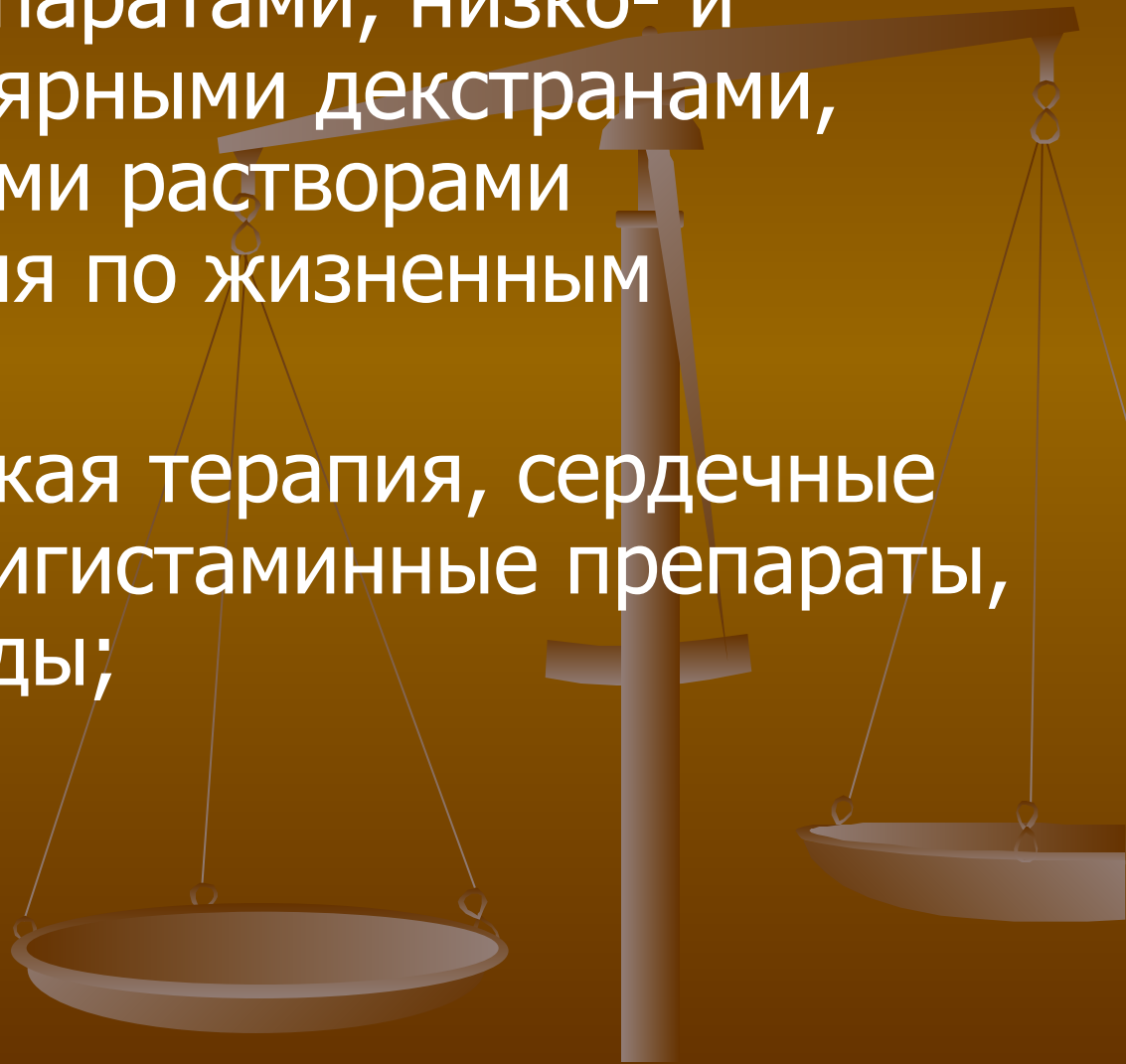
- Хирургический метод - удаление инфицированного плодного яйца или его остатков в ранние сроки и щадящем объеме:
- при наличии условий одномоментного опорожнения матки через 6–8 (макс. ч\з 10 часов);
- не дожидаясь нормализации температуры и состояния, только под адекватным в\в обезболиванием;



- Интенсивная а\бактериальная терапия:
 - два а\биотика широкого спектра действия в больших дозировках, предпочтительнее в/в (сочетание полусинтетических пенициллинов и аминогликозидов):
 - в сочетании с антигрибковыми и антипротозойными препаратами (метрагил, трихопол и т.п.);



- Инфузионная терапия в условиях гиперволимической гемодилюции белковыми препаратами, низко- и высокомолекулярными декстранами, кристаллоидными растворами (гемотрансфузия по жизненным показаниям);
- Симптоматическая терапия, сердечные гликозиды, антигистаминные препараты, глюкокортикоиды;



■ Предоперационная подготовка максимум 4-6 часов:

- уточнить диагноз;
- обследовать больную;
- консультации специалистов;
- провести консилиум;
- оценить динамику проводимой терапии;
- согласовать тактику лечения с РКЦ (ККБ).





Эмпирическая антибактериальная терапия осложненного инфицированного аборта

(Яковлев С.В., Яковлев В.П., «Современная
антибактериальная терапия в таблицах»,
1999).

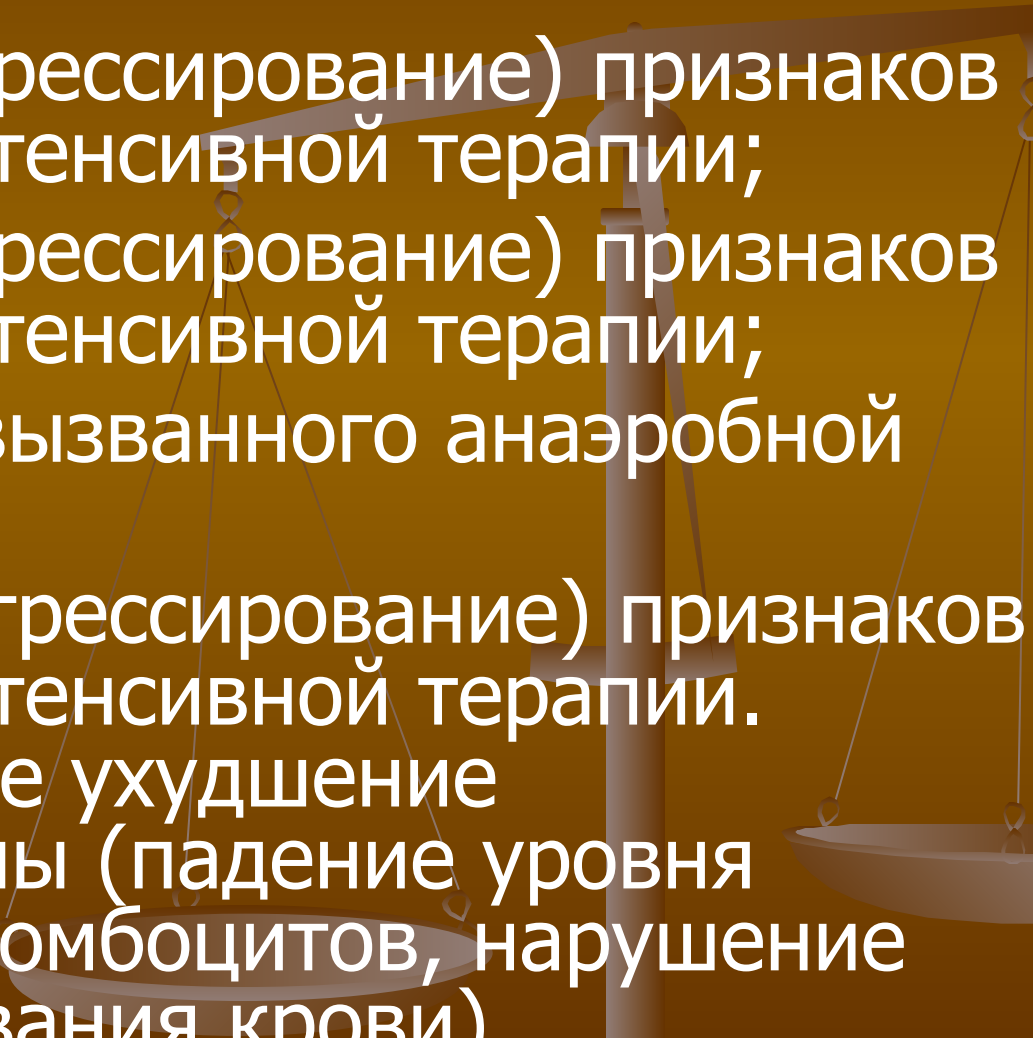
Вид сепсиса	Патогенные микроорганизмы	Средства 1-го ряда	Альтернативные средства
Метроэндометрит	Bacteroides spp., Streptococcus spp., Enterobacteriaceae, Enterococcus spp., Ch. Trochomatis, Micjhlfsma hominis	АМО \ КК + доксициклин	1.Клиндамицин + АГ; 2.ЦС II или ЦС III + метронидазол; 3. Меропенем или имипенем; 4. При хламидийной или микоплазменной инфекции макролид или доксициклин

Показания к экстренной гистерэктомии с трубами



- подозрение на перфорацию матки;
- наличие гноя или крови в пунктате;
- наличие гнойного процесса в придатках матки (тубоовариальные абсцессы, пиосальпинксы, пиооварумы);
- нарастание признаков раздражения брюшины;

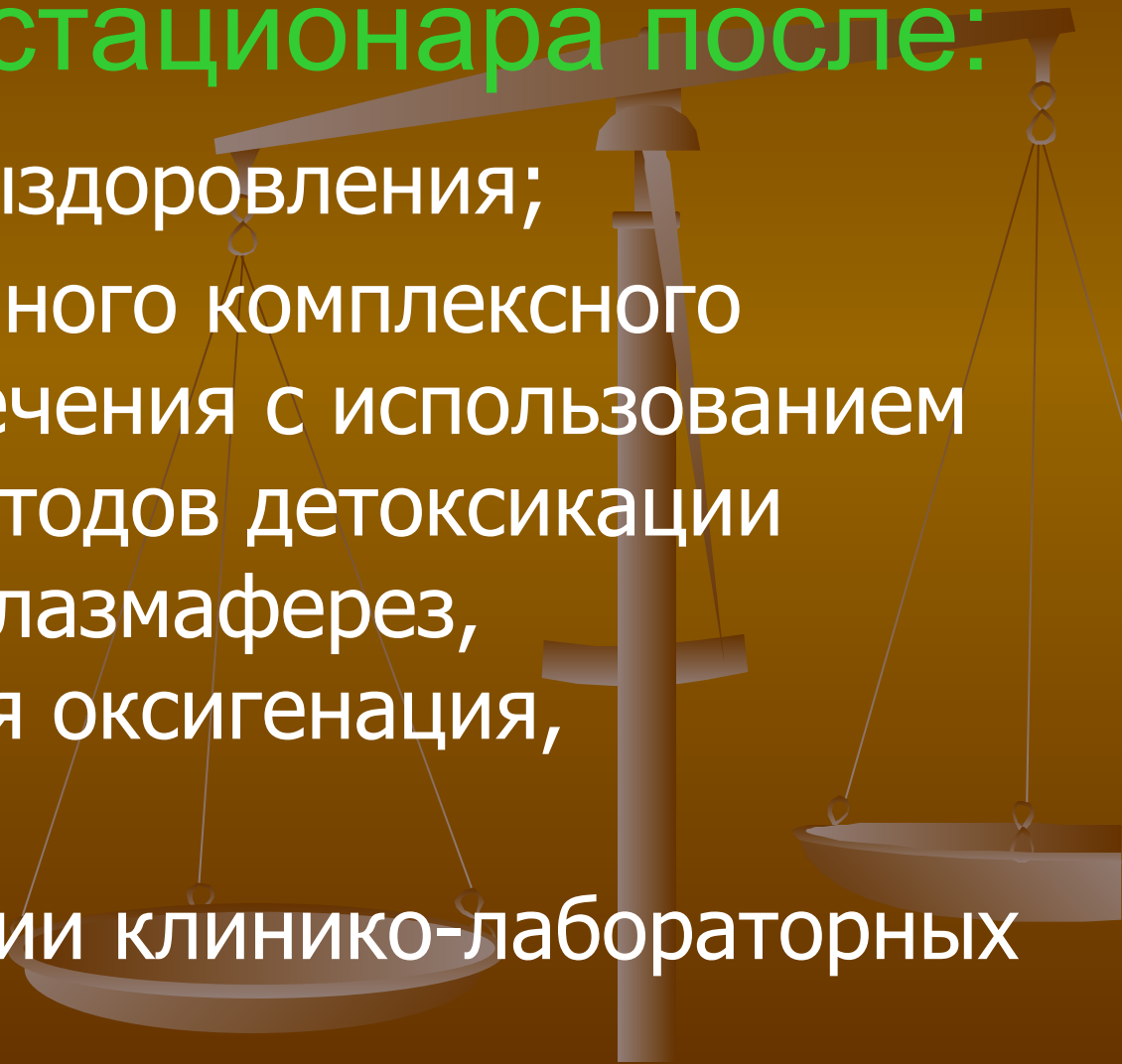


- 
- внутриматочные криминальные вмешательства (мыльные, спиртовые и прочие р-ры, приводящие к некрозу матки);
 - появление (прогрессирование) признаков ОПН на фоне интенсивной терапии;
 - появление (прогрессирование) признаков ОПН на фоне интенсивной терапии;
 - развитию ИТШ, вызванного анаэробной инфекцией;
 - появление (прогрессирование) признаков ОПН на фоне интенсивной терапии. прогрессирующее ухудшение гемостазиограммы (падение уровня фибриногена, тромбоцитов, нарушение времени свертывания крови).



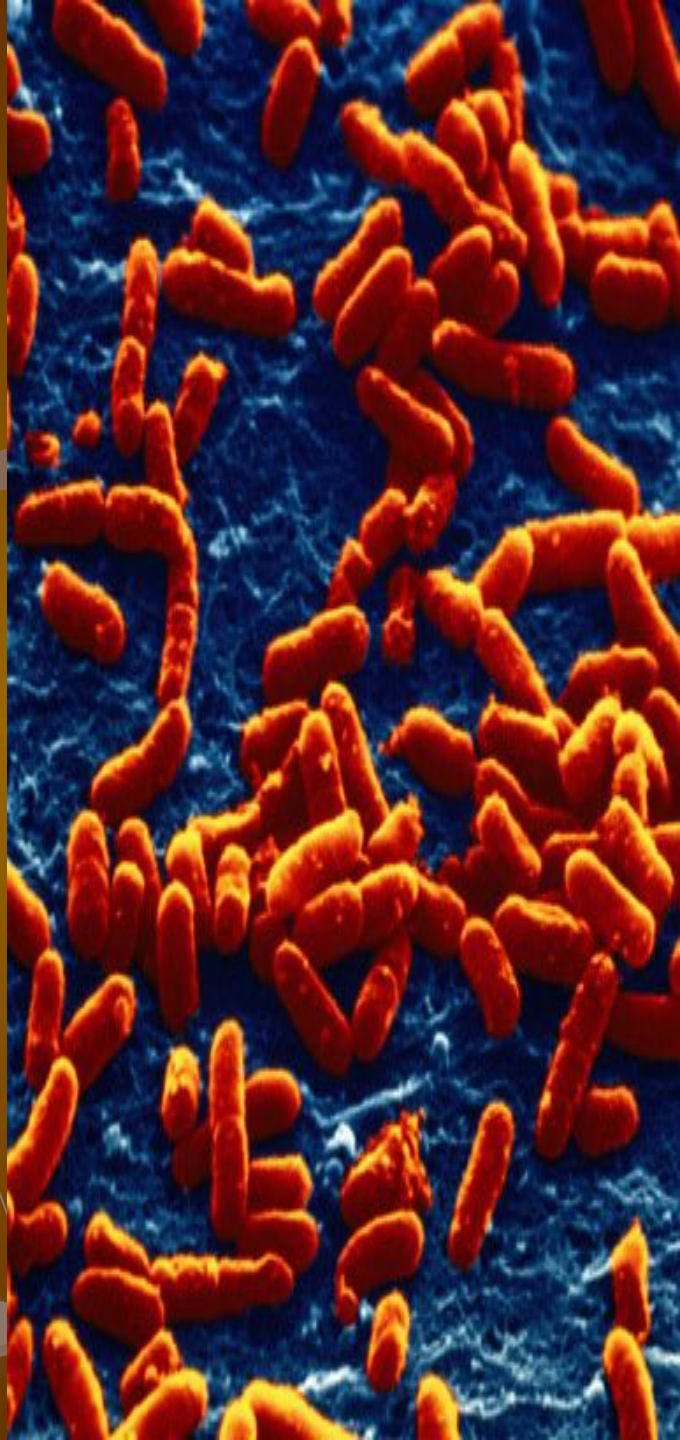
Выписка из стационара после:


- клинического выздоровления;
- после проведенного комплексного интенсивного лечения с использованием современных методов детоксикации (гемосорбция, плазмаферез, гипербалическая оксигенация, гемодиализ);
- при нормализации клинико-лабораторных показателей.




Анаэробный сепсис -

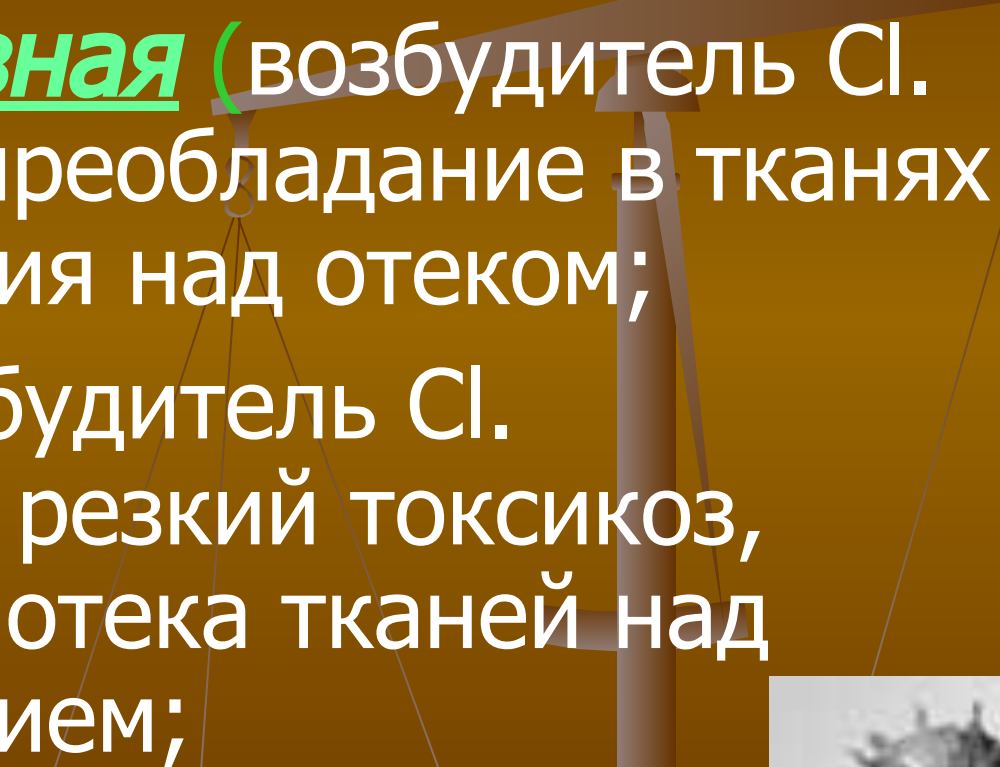
- Патологический процесс вызывается анаэробными клостридиями;
- Характеризуется:
 - отсутствием воспалительной реакции;
 - прогрессирующим развитием отека;
 - газообразованием;
 - некрозом тканей;
 - тяжелой интоксикацией.





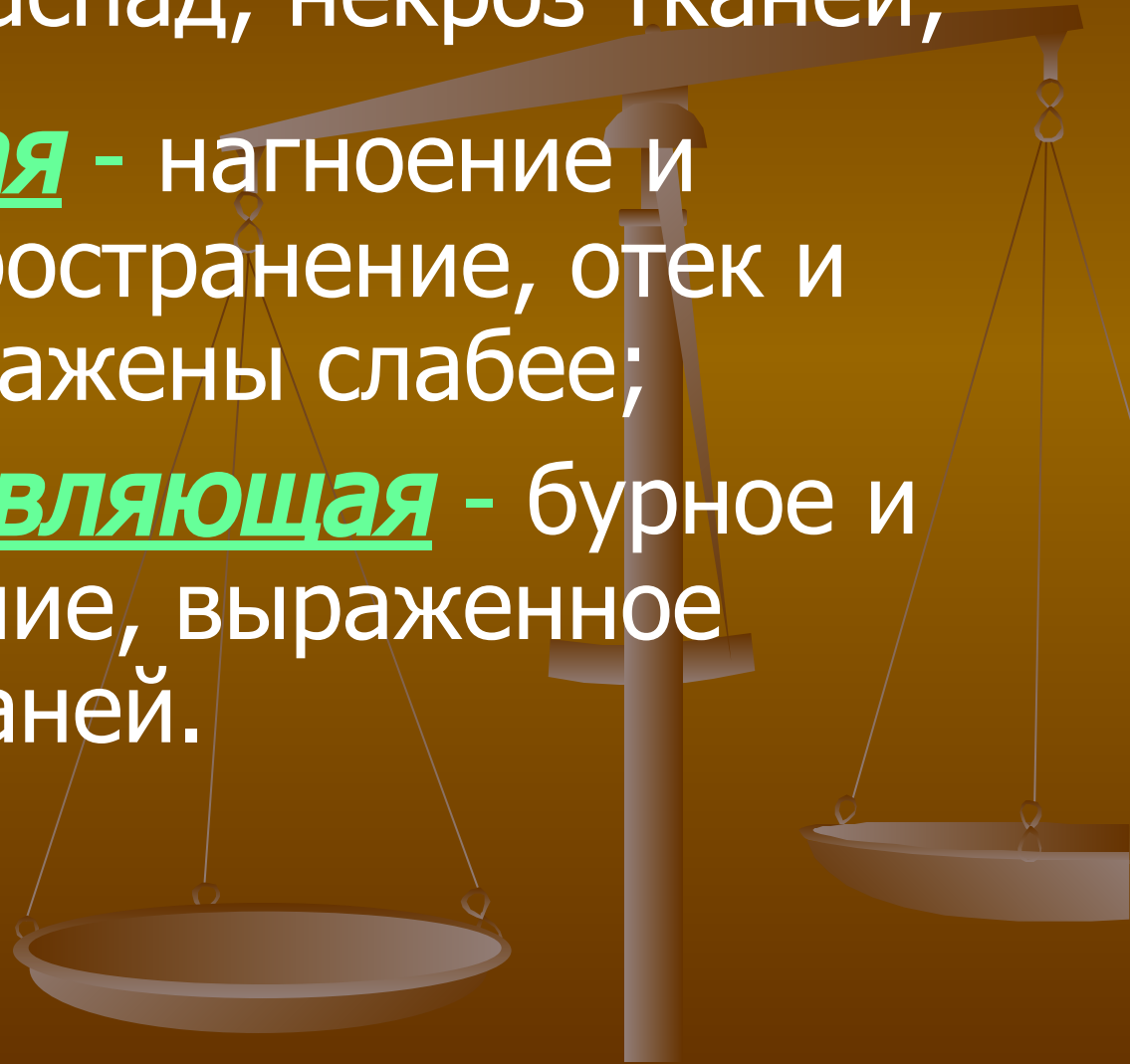
Формы анаэробного сепсиса:



- Эмфизематозная (возбудитель *Сl. perfringens*) - преобладание в тканях газообразования над отеком;
 - Отечная (возбудитель *Сl. oedematiens*) - резкий токсикоз, преобладание отека тканей над газообразованием;
- 



- Некротическая (возбудитель *St. sporogens*) - распад, некроз тканей;
- Флегмонозная - нагноение и быстрое распространение, отек и эмфизема выражены слабее;
- Тканерасплавляющая - бурное и тяжелое течение, выраженное поражение тканей.

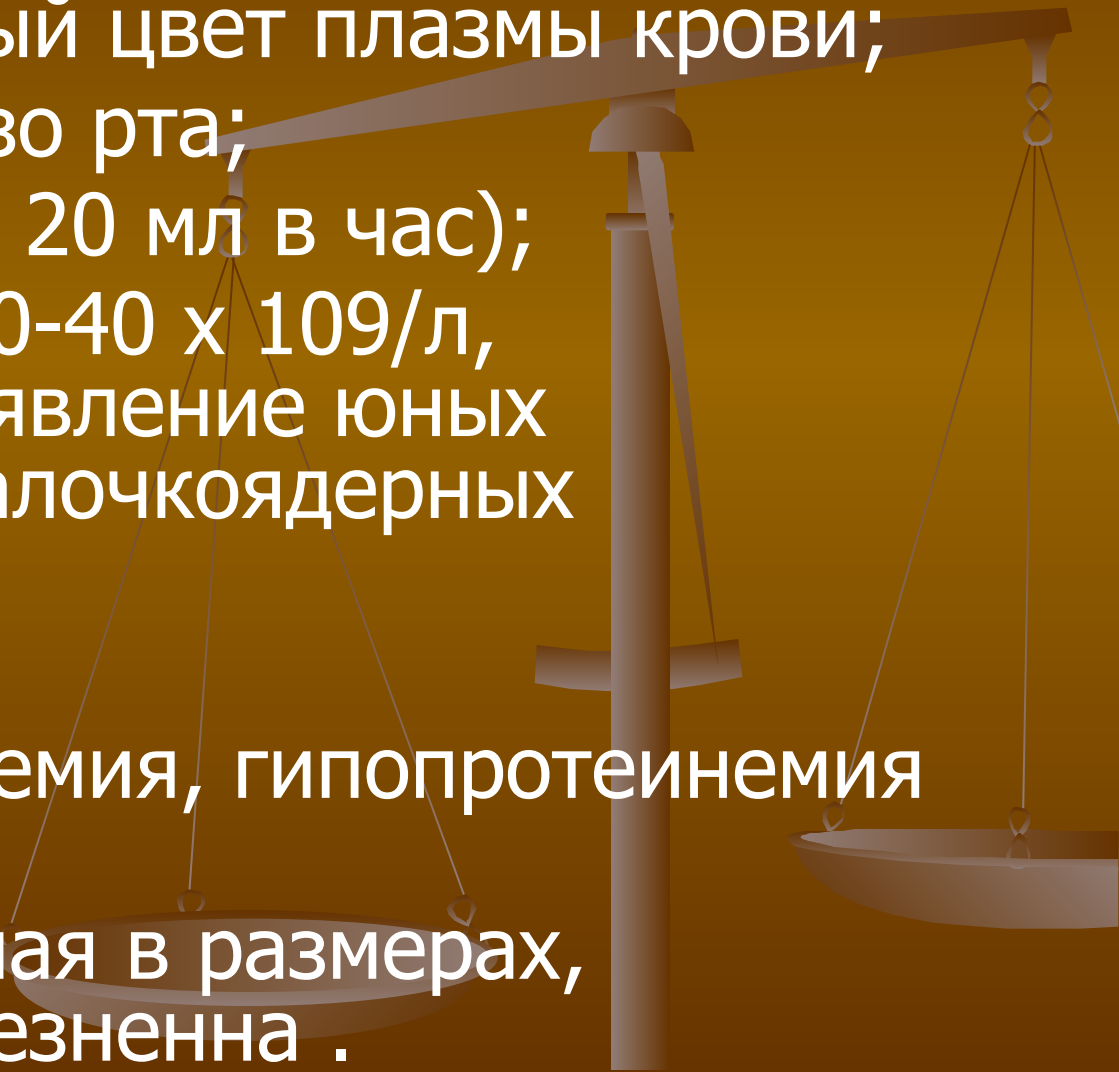


КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ:



- неоднократные ознобы с подъемом температуры тела до 40-41°C;
- сильные мышечные боли и парестезии;
- неуклонное снижение АД при отсутствии значительной кровопотери;
- тахикардия 120-140 уд. в мин.;
- вялость, сонливость, заторможенность либо возбуждение, галлюцинации, бред;
- одышка 30-36 в мин.;
- запах ацетона изо рта;

- триада Нюренберга:
- бронзовая окраска кожи;
- темный цвет мочи;
- темно-коричневый цвет плазмы крови;
- запах ацетона изо рта;
- олигурия (менее 20 мл в час);
- лейкоцитоз до $20-40 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения, появление юных нейтрофилов, палочкоядерных лейкоцитов;
- ЛИИ 8-10;
- гипербилирубинемия, гипопротейнемия (до 40-45 г\л);
- матка увеличенная в размерах, размягчена, болезненна .



Заболевание проявляется:



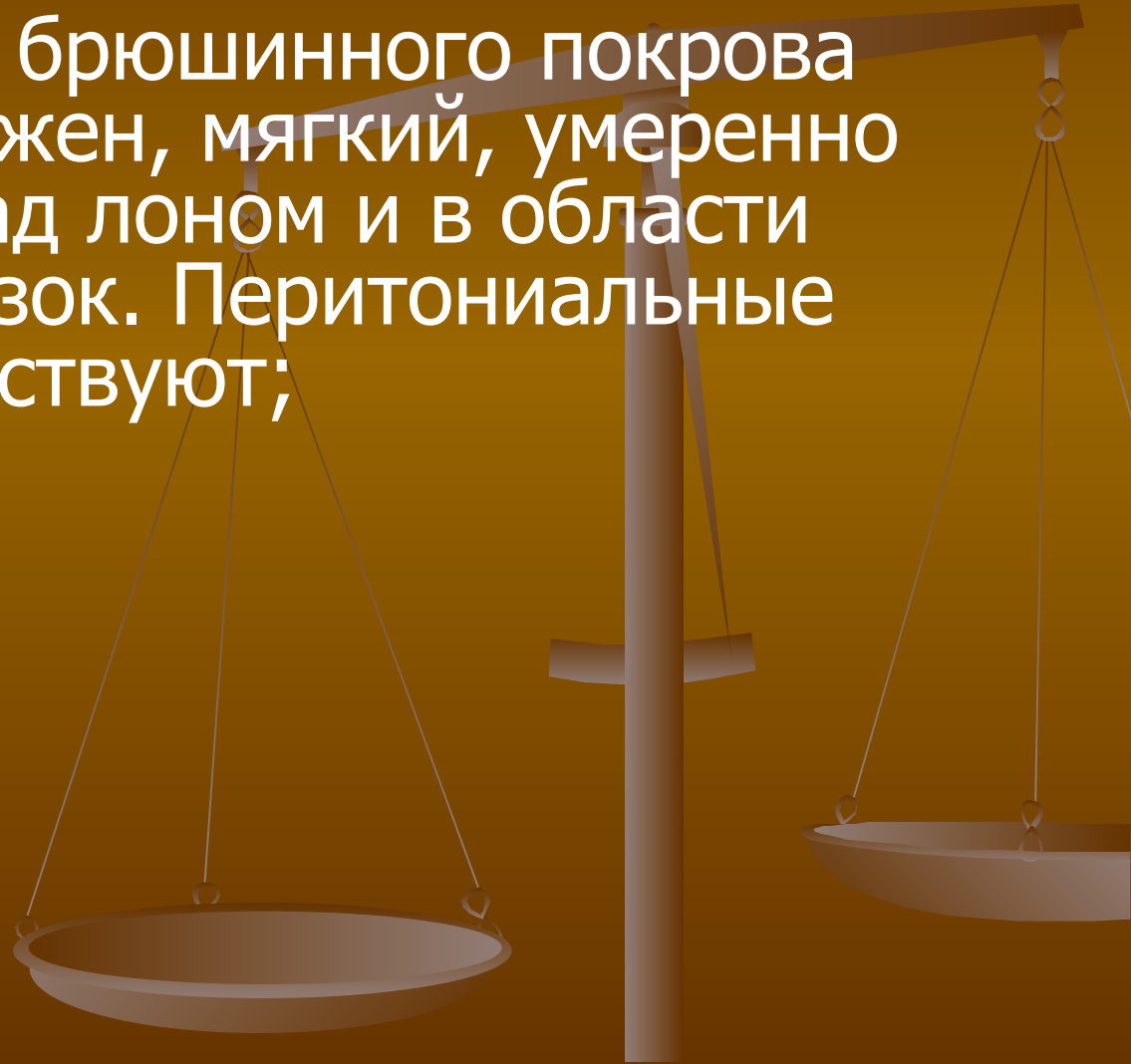
Сначала:

- общим недомоганием;
- познабливанием;
- повышением температуры до 39-39 °С;
- умеренными болями в нижних отделах живота;
- кровянистыми выделениями;
- отхождением частей плодного яйца.

- Далее состояние стремительно ухудшается. Появляются:
- бледность кожи, а затем ее желтушность с бронзовым оттенком;
- экстеричность склер;
- акроцианоз;
- Тоны сердца глухие, тахикардия достигает 120 уд./мин., одышка – 26-30 уд./мин.
- появление тошноты и



- Снижается диурез, моча приобретает темный цвет;
- При локализации гнойного очага в матке без вовлечения брюшинного покрова живот не напряжен, мягкий, умеренно болезненный над лоном и в области пупартовых связок. Перитониальные симптомы отсутствуют;





- В течение послеабортного
кломстридиального
метроэндометрита при достаточно
большой концентрации возбудителя
в матке и одномоментном
поступлении его в кровь сразу может
развиться септический шок.

Тактические мероприятия:

На этапе ЦРБ, ЦГБ

- информирование главного врача акушера-гинеколога ГУЗа края о больной и вызов специалистов на себя (при необходимости);
- информирование специалистов РКЦ (ККБ №1) о больной и получение квалифицированной консультативной помощи (согласование необходимости транспортировки):

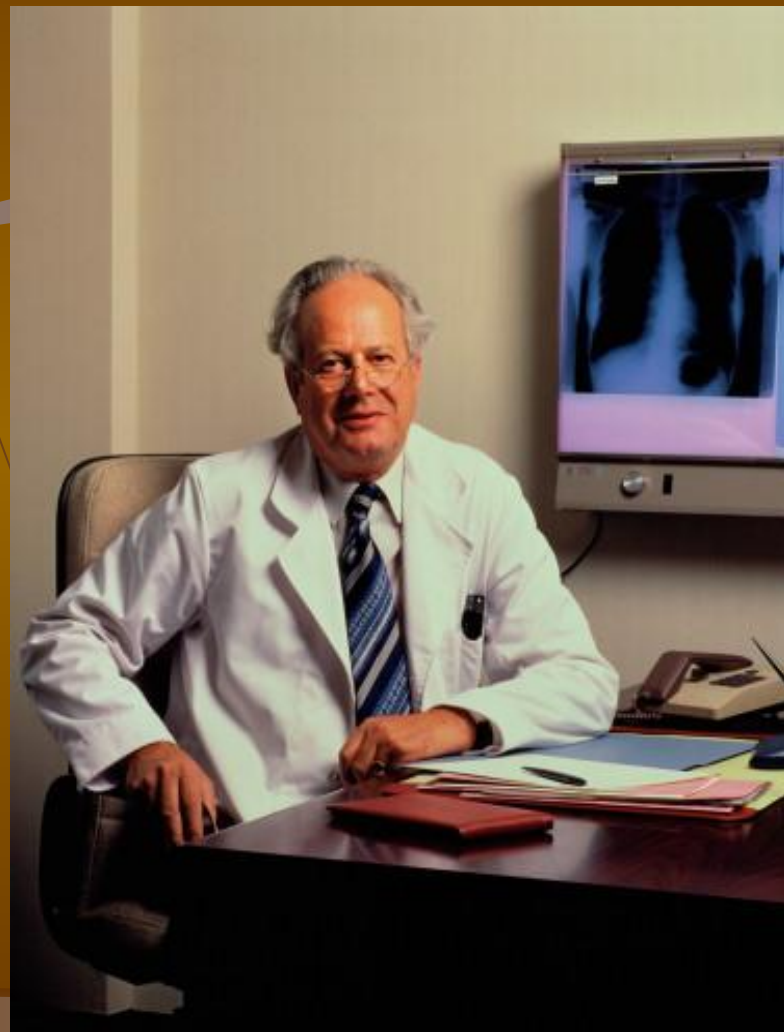


- информирование администрации больницы (ЦРБ) о больной для оказания организационной, консультативной, медикаментозной помощи;
- обеспечение адекватной интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения и немедленного развертывания операционной;
- оказание неотложной помощи.



Лечебные мероприятия:

- Предоперационная подготовка максимально короткая
 - уточнить диагноз;
 - обследовать больную;
 - консультации специалистов;
 - провести консилиум;
 - оценить динамику проводимой терапии;
 - согласовать тактику лечения с РКЦ (ККБ).

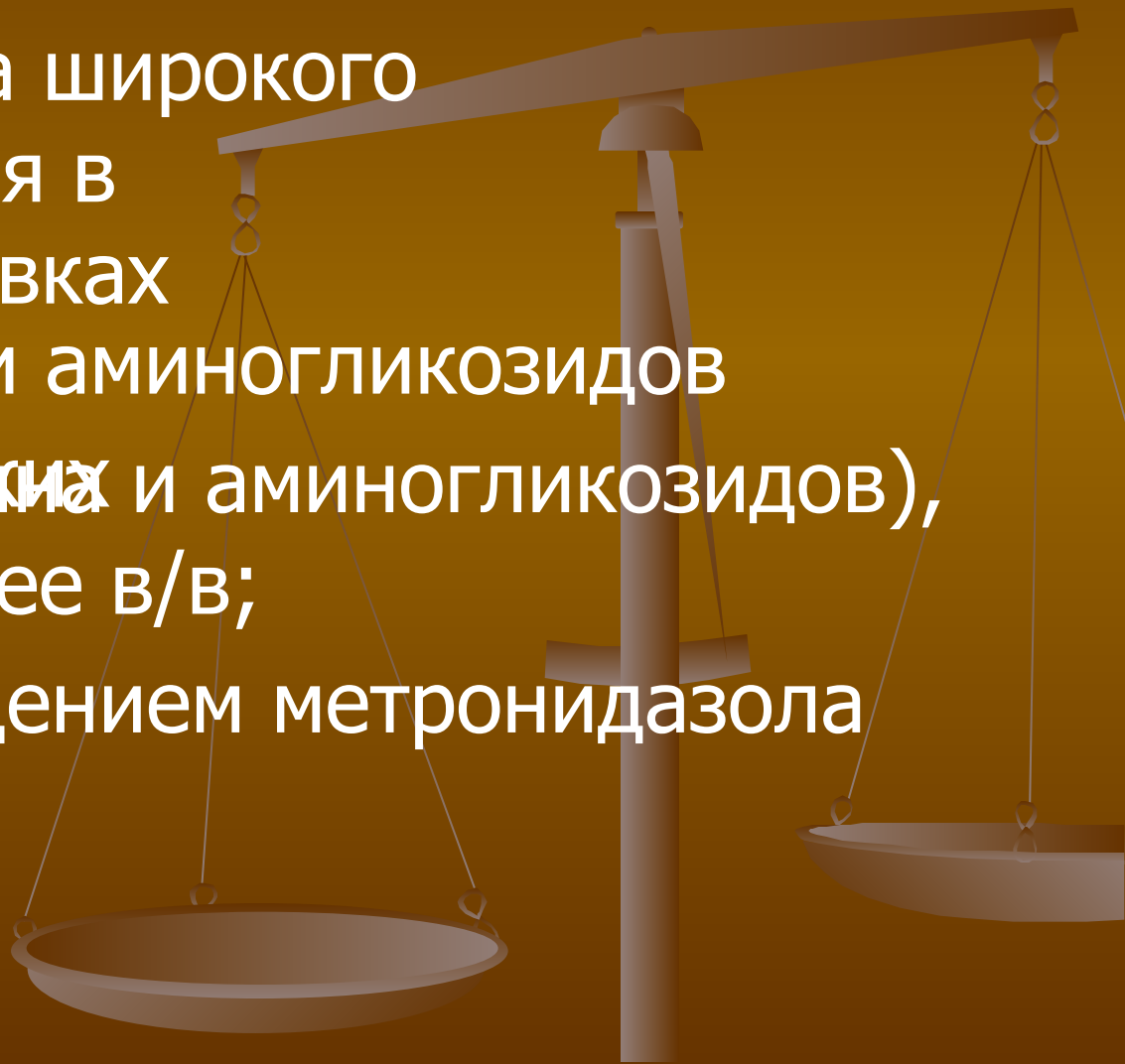




- **Хирургический метод** – гистероэктомия с трубами и инфицированным плодным яйцом или его остатками; не дожидаясь нормализации температуры и общего состояния;
- Обязательно **адекватное дренирование** через кольпотомическое отверстие, введение через контрапертурные отверстия дополнительных дренажей и трубок для проведения перфузии и перитониального диализа;

■ Интенсивная антибактериальная терапия:

- два антибиотика широкого спектра действия в больших дозировках (пенициллинов и аминогликозидов) предпочтительнее в/в;
- с в/в введением метронидазола (метрогила);

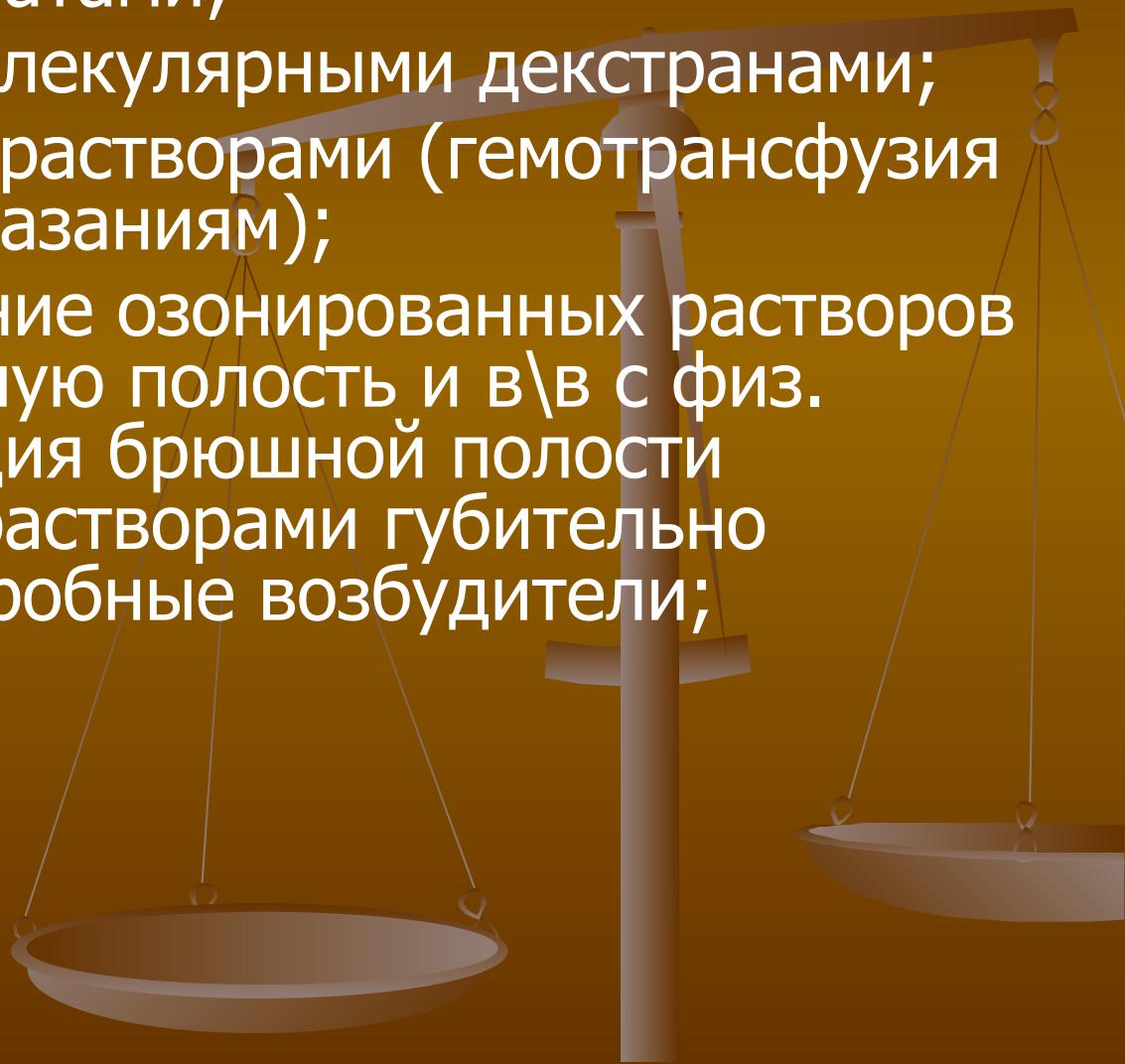


■ Эффективные антибиотики для лечения анаэробных инфекций:

- клиндомицин;
- далацин –С;
- клеоцин;
- цефалоспорины III (цефтазидим, цефоперазон, цефабид, моксам, цефотетам);
- цефалоспорины IV поколения;

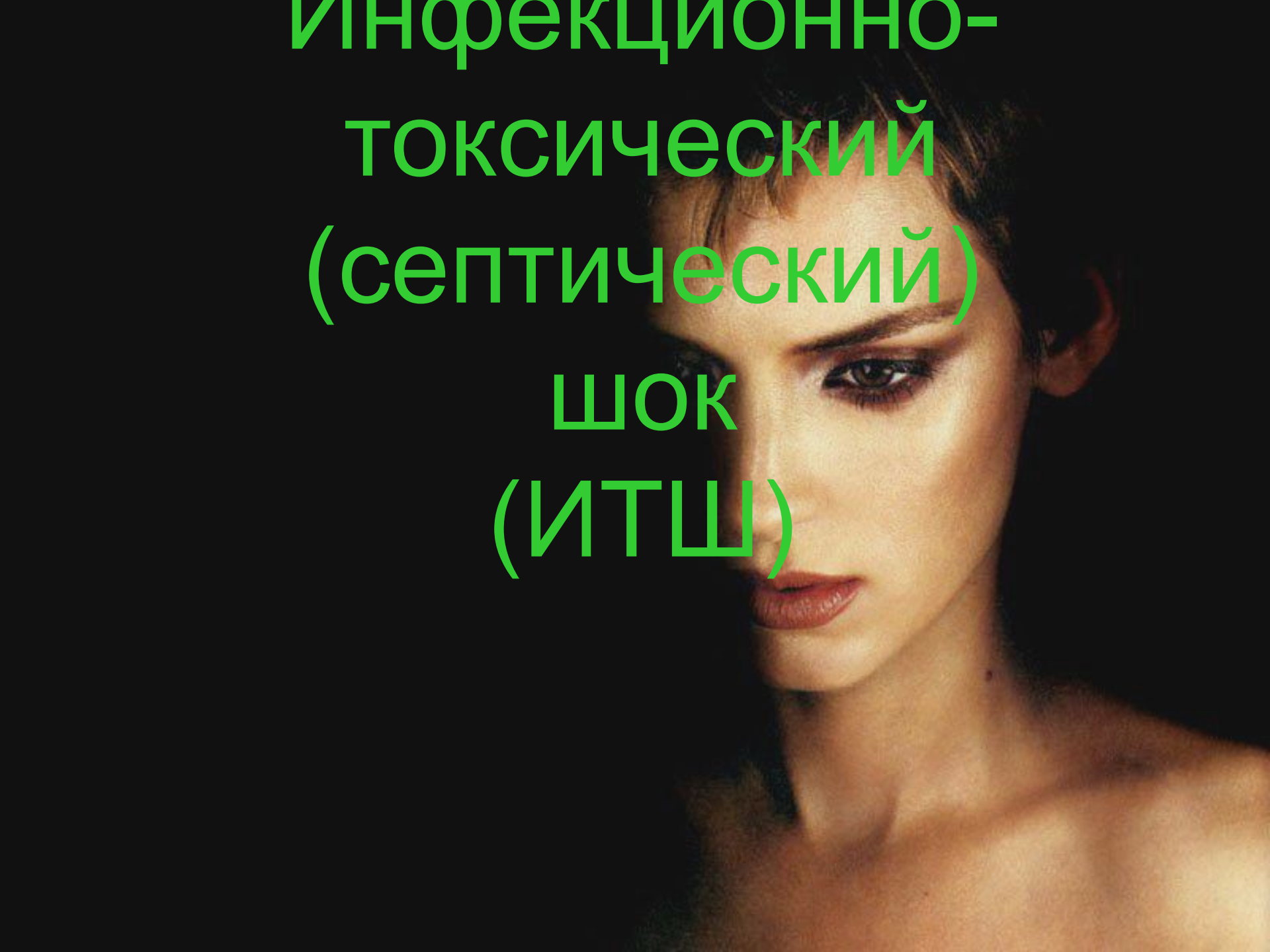


- **Инфузионная терапия в условиях гиперволимической гемодилюции:**
 - белковыми препаратами;
 - низко- и высокомолекулярными декстранами;
 - кристаллоидными растворами (гемотрансфузия по жизненным показаниям);
 - широкое применение озонированных растворов (местно – в брюшную полость и в\в с физ. раствором)– аэрация брюшной полости озонированными растворами губительно действует на анаэробные возбудители;



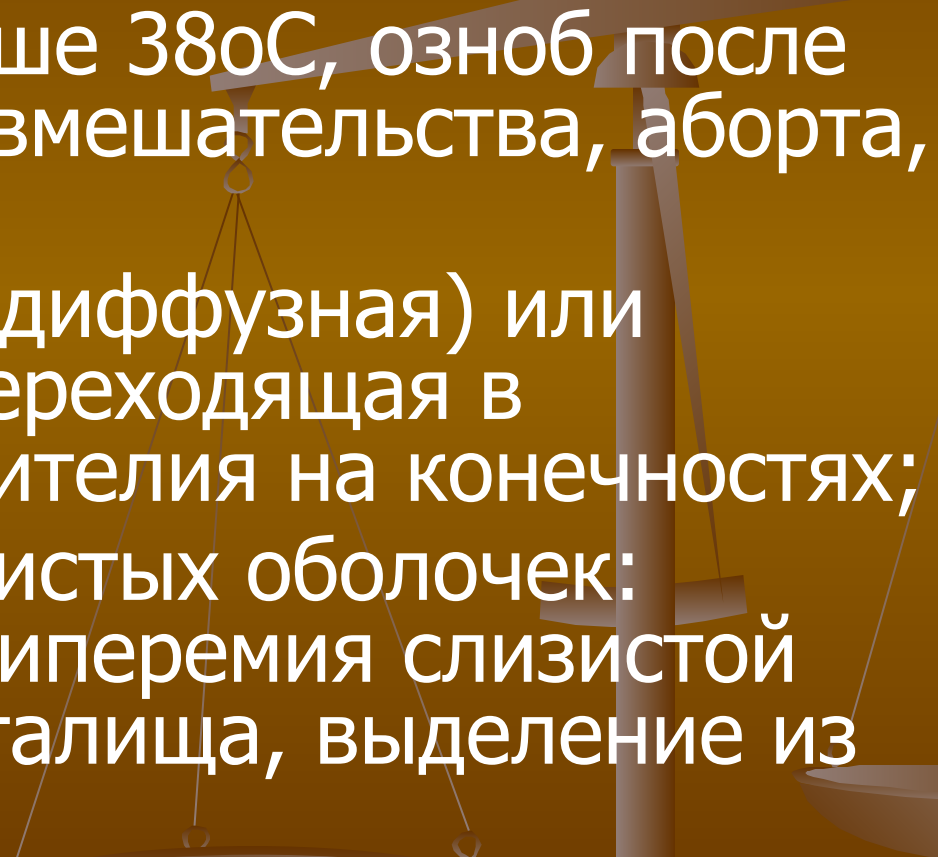
- **Симптоматическая терапия, сердечные гликозиды, антигистаминные препараты, глюкокортикоиды.**





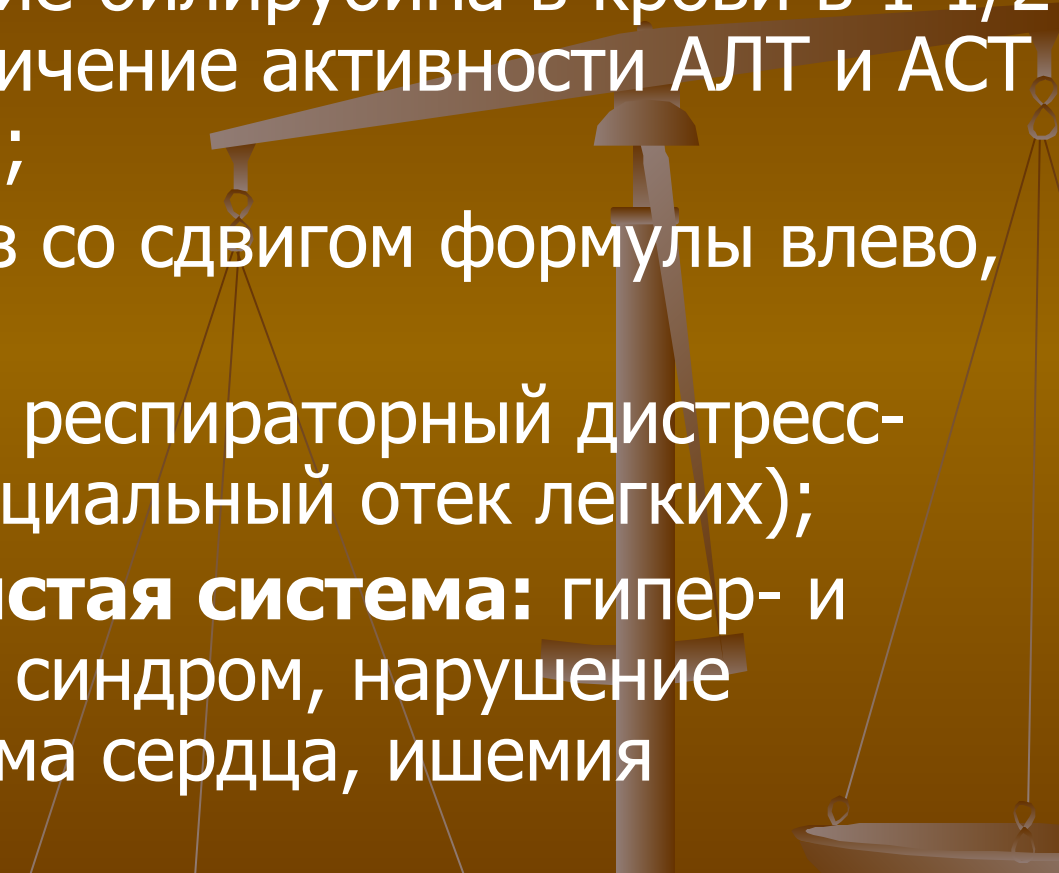
ИНФЕКЦИОННО-
ТОКСИЧЕСКИЙ
(септический)
ШОК
(ИТШ)

А. Основные клинические СИМПТОМЫ:

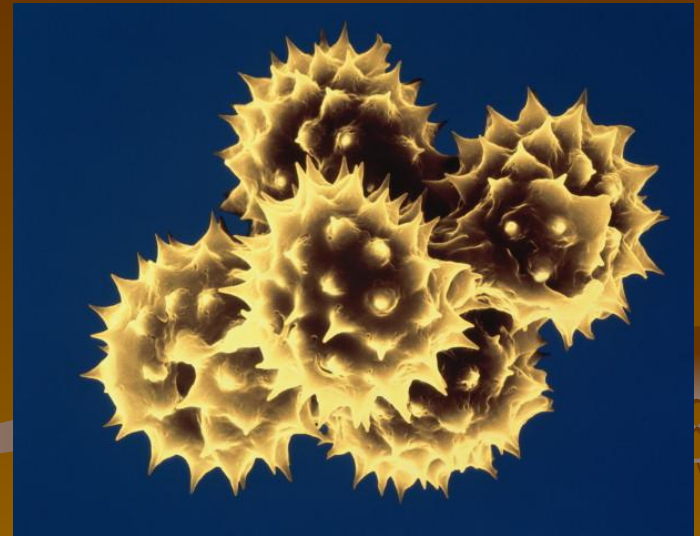
- Гипертермия выше 38°C , озноб после хирургического вмешательства, аборта, менструации;
 - Эритродермия (диффузная) или подошвенная, переходящая в десквамацию эпителия на конечностях;
 - Поражение слизистых оболочек: конъюнктивит, гиперемия слизистой ротоглотки, влагалища, выделение из влагалища;
- 

- Артериальная гипотония:
систолическое АД
ниже 90 мм.рт.ст.
ортостатический
коллапс и нарушение
сознания;
- Синдром
полиорганной
недостаточности:
 - ▣ **желудочно-
кишечный тракт:**
тошнота, рвота,
диарея;
 - ▣ **ЦНС:** нарушение
сознания без
очаговой
неврологической



- **почки:** олигурия, протеинурия, повышение азота мочевины и креатинина более чем в 2 раза;
 - **печень:** увеличение билирубина в крови в 1 1/2 раза и более, увеличение активности АЛТ и АСТ более чем в 2 раза;
 - **кровь:** лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, тромбоцитопения;
 - **легкие:** тахопноэ, респираторный дистресс-синдром (интерстициальный отек легких);
 - **сердечно-сосудистая система:** гипер- и гиподинамический синдром, нарушение автоматизма и ритма сердца, ишемия миокарда.
- 

акушерско- гинекологического сепсиса:



- наличие множественных или единичных очагов инфекции (главный матка);
- быстрое развитие инфекционно-токсического шока;
- смешанный характер инфекции (грамположительные, грамотрицательные и анаэробные возбудители);
- быстрое включение механизмов эндогенной транслокации токсинов и микроорганизмов.



Клиническое течение ИТШ

Фазы ИТШ

Клинические проявления

I фаза теплой нормотонии

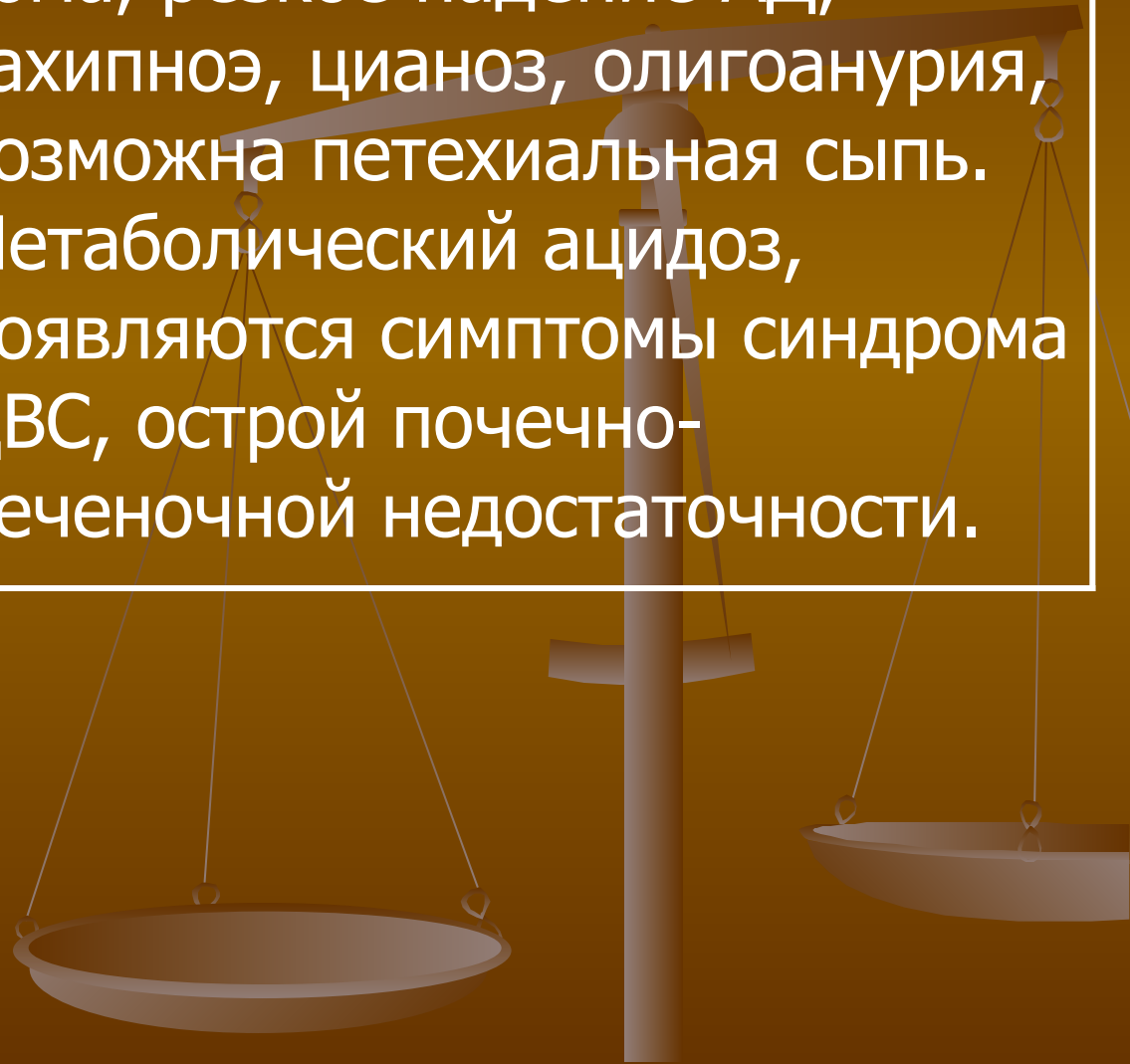
Клинически не выявляется.

II фаза теплой гипотонии
(продолжительность от 30 мин. до 16 часов)

Температура выше 38°C (до 40°C-41°C), ознобы. АД систолическое менее 90 мм рт. ст., изменения со стороны желудочно-кишечного тракта (около 50% больных), лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево, тромбоцитопения, снижение протромбинового индекса, гипергликемия, дыхательный алкалоз, увеличение ЧСС, МОС, БДЖ

III фаза холодной гипотонии

Бледность кожных покровов, холодный пот, мраморный рисунок кожи, гиперосмолярная кома, резкое падение АД, тахипноэ, цианоз, олигоанурия, возможна петехиальная сыпь. Метаболический ацидоз, появляются симптомы синдрома ДВС, острой почечно-печеночной недостаточности.

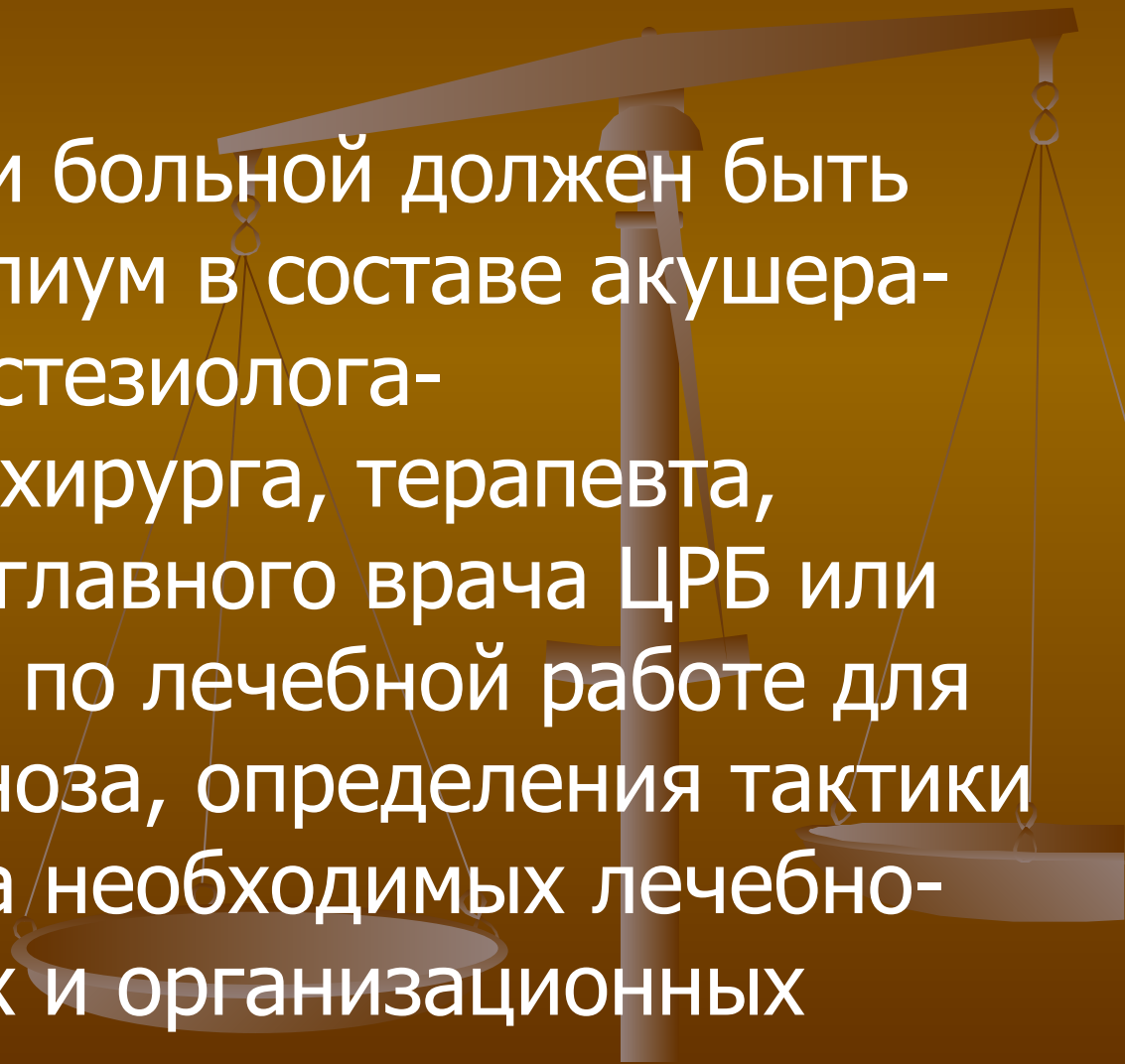


Б. Тактические мероприятия:

- оценка общего состояния, фазы ИТШ;
- полное клинико-лабораторное, функциональное и лабораторное обследование больной в экстренном порядке;
- в течение 1-2 часов информация специалистов РКЦ (в течение 12-24 часов главных специалистов ГУЗа администрации края) для согласования тактики ведения больного;



- при необходимости вызов специалистов РКЦ и ККБ №1 на себя для оказания консультативной или оперативной помощи;
- при поступлении больной должен быть проведен консилиум в составе акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, хирурга, терапевта, невропатолога, главного врача ЦРБ или его заместителя по лечебной работе для уточнения диагноза, определения тактики ведения, объема необходимых лечебно-диагностических и организационных





- обязательный ежедневный мониторинг состояния больной специалистами РКЦ в до- и послеоперационном периоде до момента полной стабилизации состояния либо перевода больной для лечения в РКЦ или ККБ №1.

В. Диагностические мероприятия:

- сбор полного анамнеза;
- выявление всех возможных очагов инфекции;
- бактериологическое исследование крови, выделений из влагалища и др.;
- клиническое исследование крови и мочи;
- биохимическое исследование крови;
- проведение пробы по Ли-Уайту;



- оценка состояния сердечно-сосудистой системы, легких, почек;
- ЭКГ, рентгенография, УЗИ;
- консультативная помощь смежных специалистов: терапевт, хирург, уролог, нефролог, кардиолог, невропатолог, окулист, отоларинголог и др.



Критерии
диагностики сепсиса
и
септического шока
(Rone R.)

PAMELA ANDERSON
POTTS SCANS

Патология, определение

Клинико-лабораторные показатели

Синдром системного воспалительного от-вета (ССВО) – реак-ция на воздействие сильных раздражите-лей (травма, опера-ция, инфект)

Характеризуется двумя или более из следующих признаков:

- темпер. тела $> 38^{\circ}\text{C}$ или $< 36^{\circ}\text{C}$
- ЧСС > 90 в мин.
- ЧД > 20 в мин.
- Ра $\text{CO}_2 < 32$ мм. рт. ст.
- лейкоциты крови $> 12 \cdot 10^9$ или $< 4 \cdot 10^9$ или незрелых форм $> 10\%$

Сепсис – системное воспаление. Ответ на инвазию микро-

организма. Наличие очага инфекции, 2 и более признаков СВО (системного воспалительного

Тяжелый сепсис

Сепсис, ассоциирующийся с органной дисфункцией, нарушением тканевой перфузии, артериальной гипотонией

Сепсис-
индуцируемая
гипотония

Снижение систолического АД менее 90 мм. рт. ст. у «нормотоников» или на 40 мм. рт.ст. и более от «рабочего» у лиц с АД - гипертензией при условии отсутствия других причин. Гипотония устраняется в короткий срок с помощью инфузии.

Септический шок

Тяжелый сепсис с тканевой и органной гипоперфузией, артериальной гипотензией. Не устраняется несмотря на адекватную инфузионную терапию

Сепсис с полиорган-ной недостаточно-стью

Тяжелый сепсис с дисфункцией двух и более систем

Рефрактерный септический шок

Сохраняющаяся артериальная гипотония несмотря на адекватную инфузию и применение инотропной и сосудистой поддержки

Г. Лечебные мероприятия:

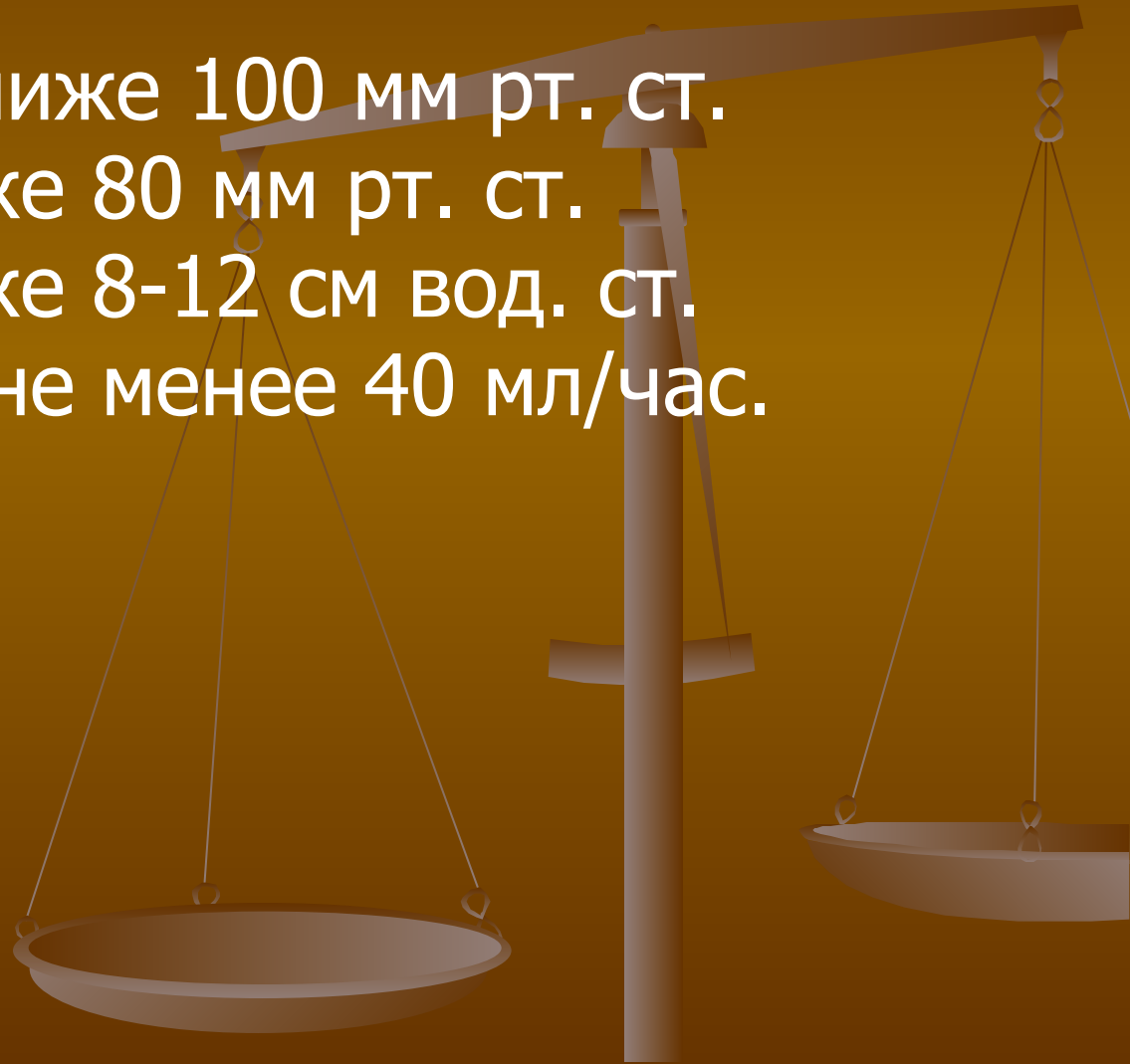
- Последовательность проведения реанимационных мероприятий определяется по формуле **VIP-PhS**, где:
 - **V** – вентиляция (ИВЛ смесью 50% кислорода и воздуха с положительным давлением в конце выхода 5 см вод. ст.);
 - **I** - инфузионная терапия (соотношение коллоидов и кристаллоидов 2,5:1 в темпе 5-20 мл/мин. в режиме управляемой гемодилюции (H_t - не ниже 0,25 л/л, H_v - не ниже 70 г/л, КОС - не ниже 15 мм рт. ст.);

- **P** - поддержание сердечного выброса и артериального давления;
- **Ph** - фармакотерапия (стероидная терапия и антибиотики);
- **S** - специфическая терапия (удаление очага инфекции).

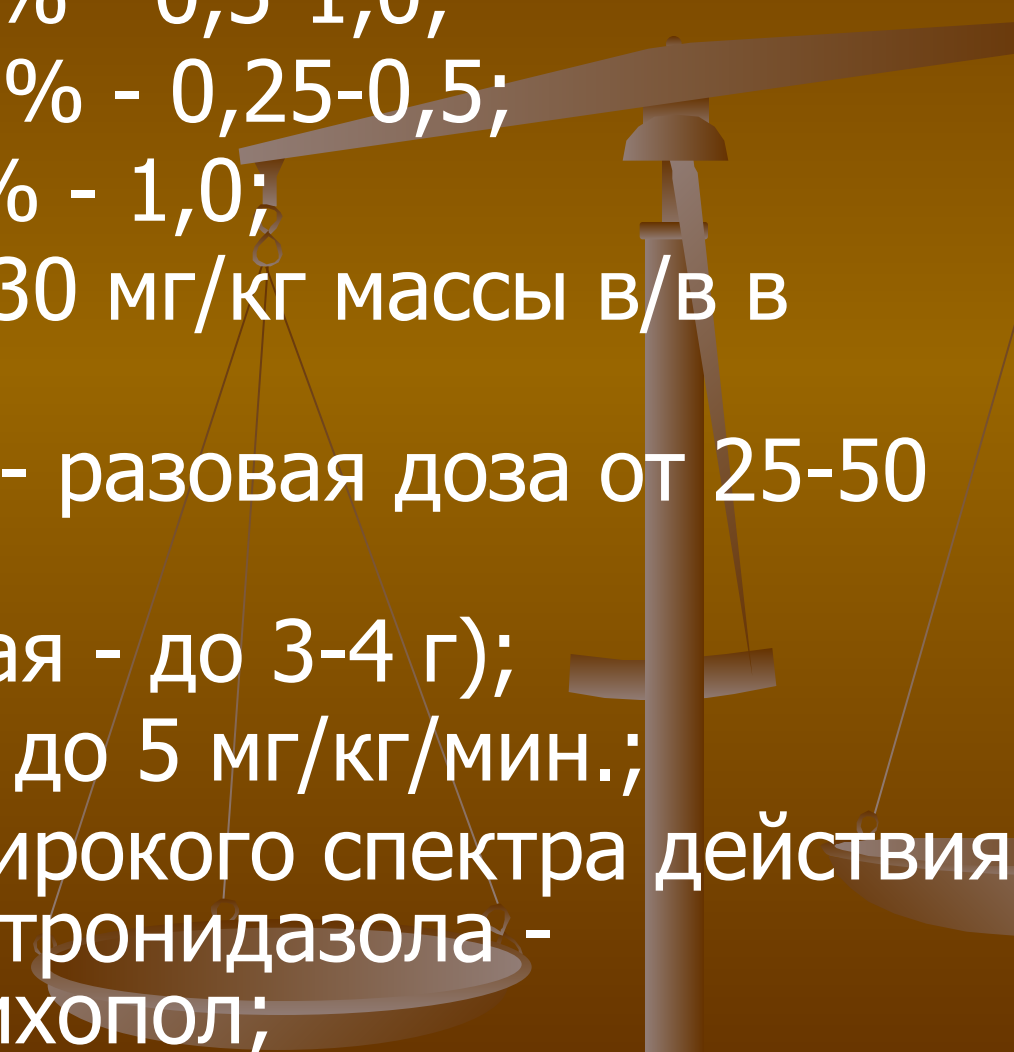


Критерии оптимальности инфузионной терапии:

- АД сист. - не ниже 100 мм рт. ст.
- САД - не ниже 80 мм рт. ст.
- ЦВД - не ниже 8-12 см вод. ст.
- Диурез - не менее 40 мл/час.



■ Ph:

- дигоксин 0,025% - 1,0;
 - коргликон 0,06% - 0,5-1,0;
 - строфантин 0,5% - 0,25-0,5;
 - цефонид 0,02% - 1,0;
 - преднизолон - 30 мг/кг массы в/в в растворе
 - гидрокортизон - разовая доза от 25-50 до 300 мг (суточная - до 3-4 г);
 - дофамин - от 1 до 5 мг/кг/мин.;
 - антибиотики широкого спектра действия : препараты метронидазола - метраджил, трихопол;
- 

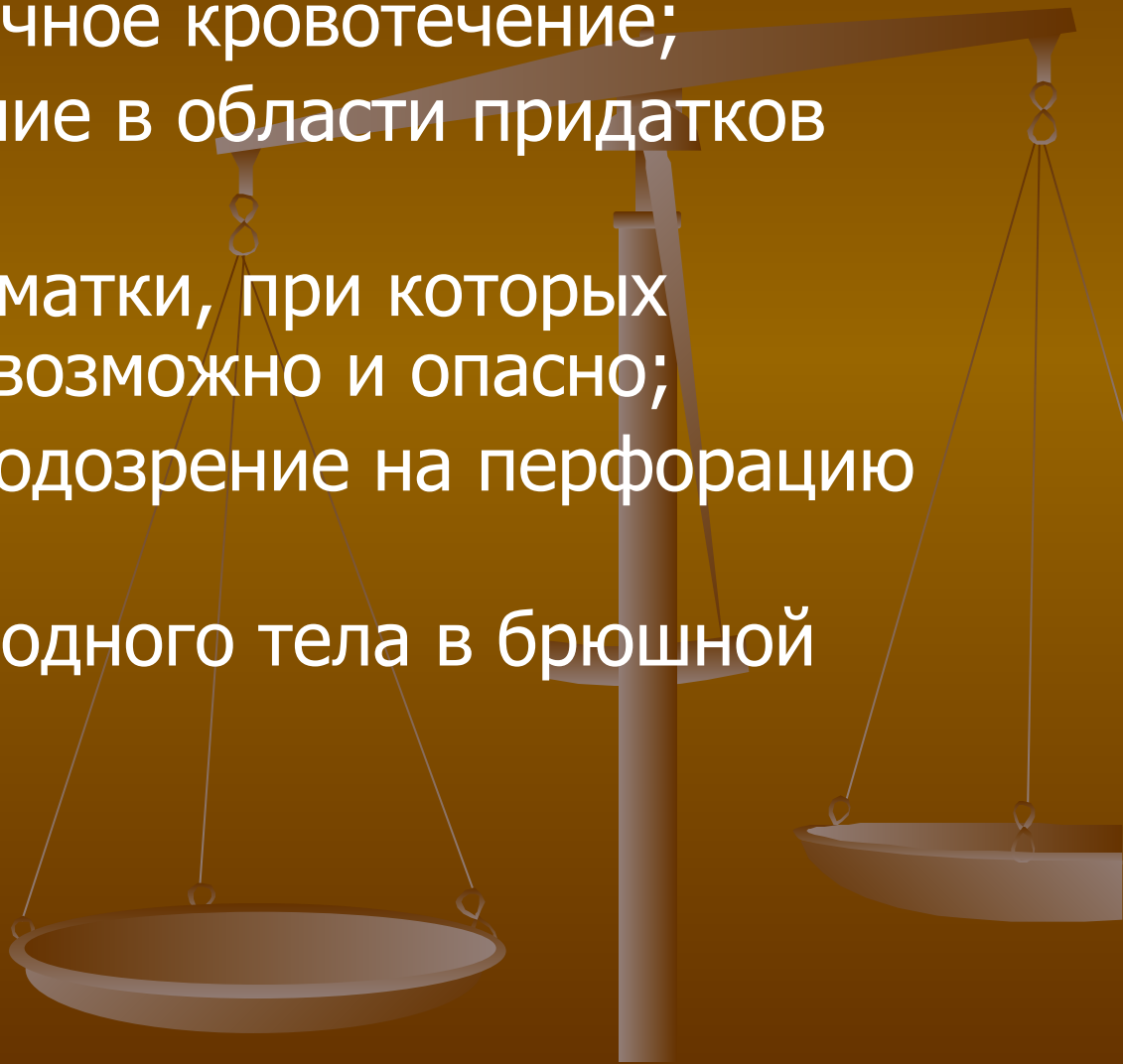
- **S** - ранее полное удаление септического очага и дренирование его.
Инструментальное опорожнение полости матки с помощью кюретки или вакуум-аспиратора сразу же при поступлении больной в стационар только в случаях, если заболевание обусловлено инфицированным абортom



Показания к экстирпации матки с трубами



- отсутствие эффекта от кюретажа и проведения интенсивной терапии в течение 4-6 часов;
- скудный соскоб, наличие гноя в матке;
- интенсивное маточное кровотечение;
- гнойное образование в области придатков матки;
- большие размеры матки, при которых выскабливание невозможно и опасно;
- перфорация или подозрение на перфорацию матки;
- обнаружение инородного тела в брюшной полости.

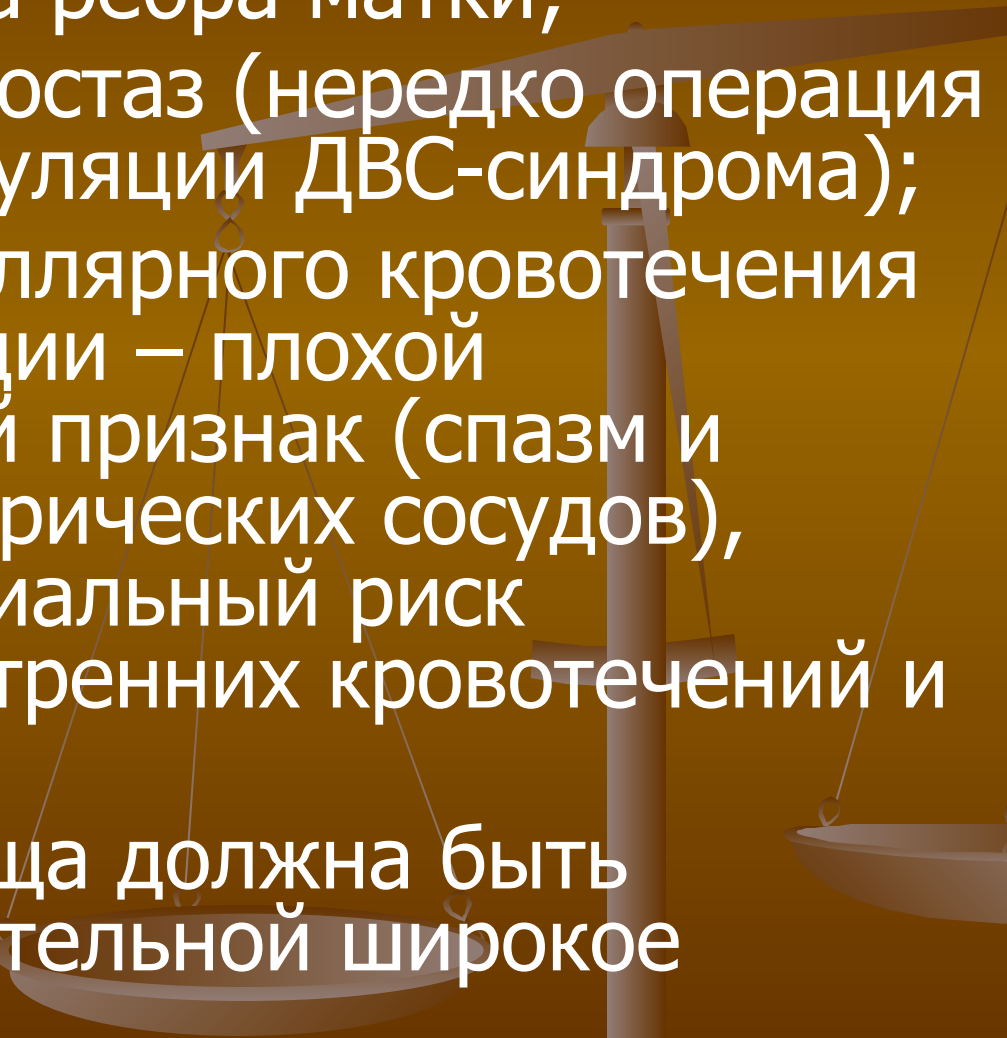


A photograph of an operating room with several surgeons in blue scrubs and masks performing a procedure on a patient lying on a table. The room is dimly lit, with bright surgical lights focused on the patient. The text is overlaid in large green letters.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У СЕПТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

- только нижнесрединная лапоротомия;
- тщательная ревизия органов малого таза, забрюшинного пространства и верхних этажей брюшной полости (м.б. межпетельные абсцессы, панкреанекроз и т.д.);
- грубая ошибка разрез матки и удаление плода, фиксация матки острыми инструментами последа, остатков последа и плодных элементов; а также (штопором, зажимами типа Мюзо и т.п.), так как в кровь дополнительно поступает большое количество тромбопластинов и гнойных эмболов:



- 
- оптимальна техника удаление матки «блоком»;
 - фиксация матки двумя зажимами Кохера, наложенными на ребра матки;
 - тщательный гемостаз (нередко операция в фазу гипокоагуляции ДВС-синдрома);
 - отсутствие капиллярного кровотечения во время операции – плохой прогностический признак (спазм и тромбоз периферических сосудов), высокий потенциальный риск отдаленных внутренних кровотечений и релапоротомии.
 - культя влагалища должна быть открытой, обязательной широкое дренирование.

Эмпирическая

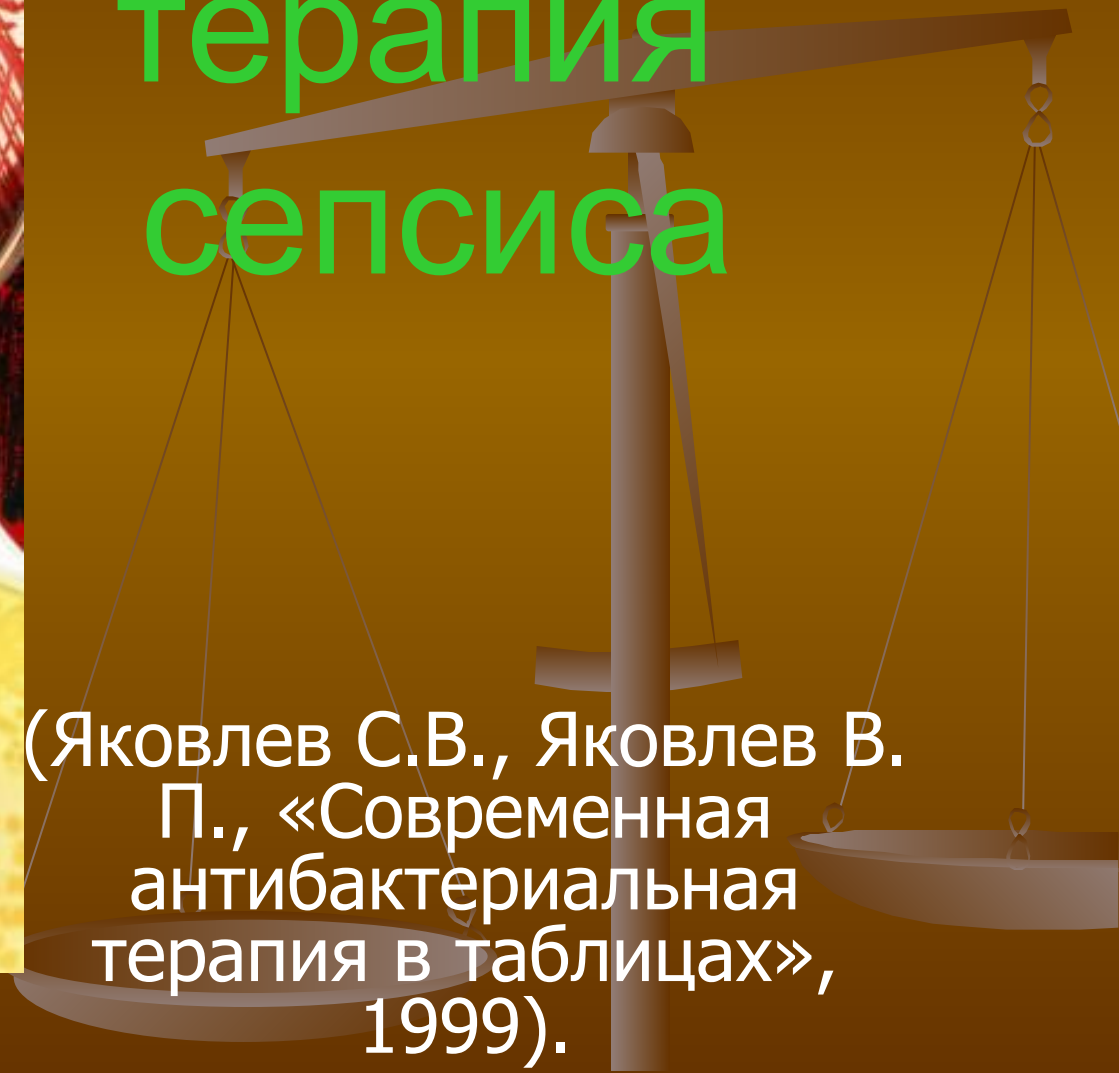
противомикробная

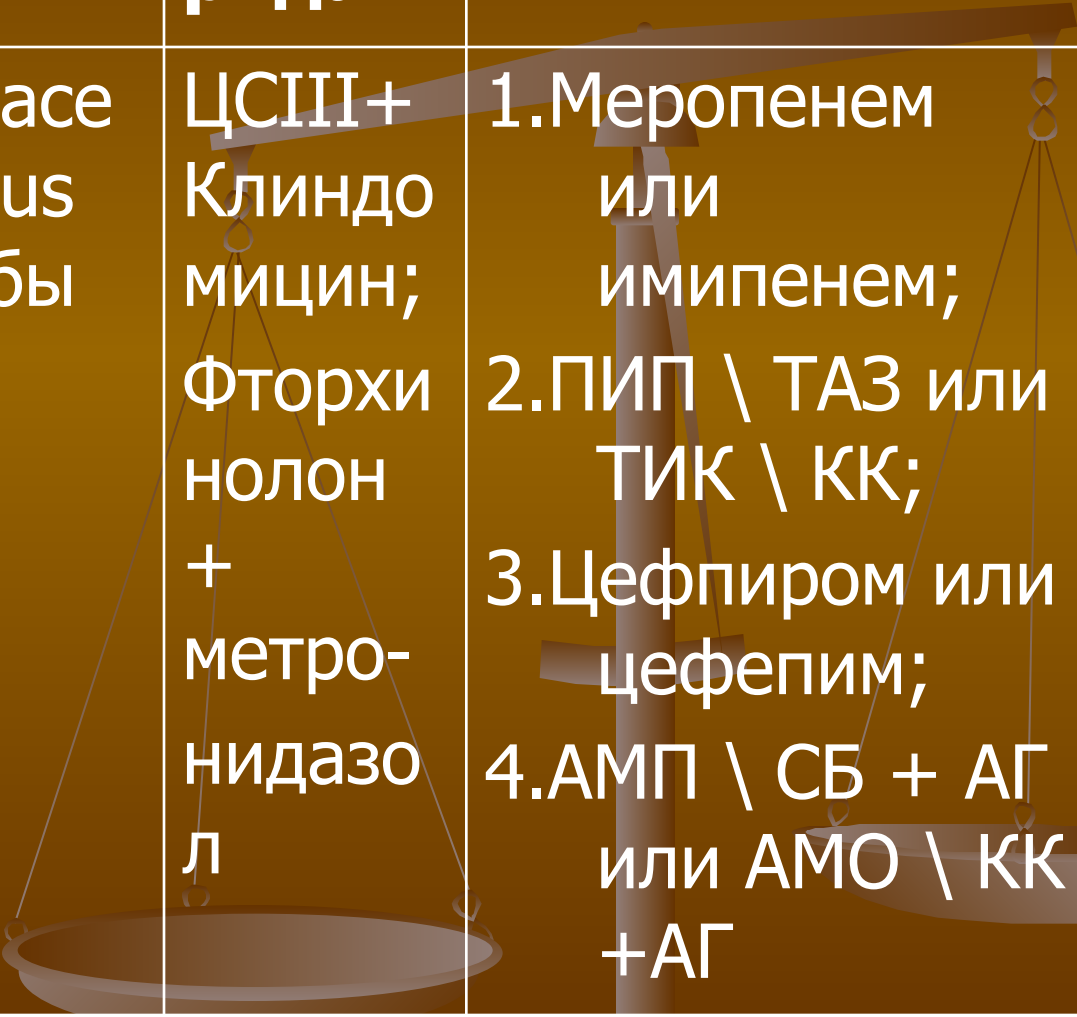
терапия

сепсиса



(Яковлев С.В., Яковлев В. П., «Современная антибактериальная терапия в таблицах», 1999).





Вид сепсиса	Патогенные микроорганизмы	Средства 1-го ряда	Альтернативные средства
Интра-абдоминальный сепсис	Enterobacteriaceae, Enterococcus spp., анаэробы	ЦСIII+ Клиндомицин; Фторхинолон + метронидазол	1. Меропенем или имипенем; 2. ПИП \ ТАЗ или ТИК \ КК; 3. Цефпиром или цефепим; 4. АМП \ СБ + АГ или АМО \ КК + АГ

<p>Послеродовый (после-абортный) сепсис</p>	<p>Enterobacteriaceae Бета-гемолитич. стрептококк, анаэробы</p>	<p>ЦСИИ+ Клинд омици н;</p>	<p>1. Цефокситин+АГ 2. Меропенем или имипенем; 3. ПИП \ТАЗ; 4. Фторхинолон + метронидазол; 5. Цефпиром + \- метронидазол;</p>
<p>Реанимационное отделение</p>	<p>Различные гр(+) и гр(-) аэробные микроорганизмы + синегнойная палочка</p>	<p>Цефтазидим + амикацин; ТИК \</p>	<p>6. АМП \ СБ + АГ 1. Циiproфлорксаци 2. Цефипим 3. ЦСИИ 4. Цефпиром +АГ 5. Меропенем</p>

ЛИТЕРАТУРА

ОСНОВНАЯ

1. ГИНЕКОЛОГИЯ: УЧЕБНИК / РЕД. Г.М. САВЕЛЬЕВА, В.Г. БРЕУСЕНКО. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2008
2. АЙЛАМАЗЯН Э.К. ГИНЕКОЛОГИЯ: УЧЕБНИК СПБ.: СПЕЦЛИТ, 2008

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. ГИНЕКОЛОГИЯ: НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО / ПОД РЕД. В.И. КУЛАКОВА, И.Б. МАНУХИНА, Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
2. ХИРШ Х. ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ. АТЛАС: ПЕР. С АНГ./ПОД РЕД. В.И. КУЛАКОВА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
3. РУКОВОДСТВО К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ГИНЕКОЛОГИИ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД. РЕД. В.Е. РАДЗИНСКОГО М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
4. БАГГИШ М., КАРАМ М.М. АТЛАС АНАТОМИИ ТАЗА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ/ ПОД РЕД. Л.В. АДАМЯНА. - М.: ЛОГОСФЕРА, 2009
5. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ И ВРАЧЕЙ / ПОД РЕД. Л.А. ПУТЫРСКОГО, Ю.Л. ПУТЫРСКОГО. - М.: МЕД. ИНФОРМ. АГЕНТСТВО, 2008
6. КАУФМАН Р., ФАРО С., БРАУН Д. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА . - М.: БИНОМ, 2009
7. ЕГОРОВА А.Т., КОРЖОВА И.Н., ШЕВНИНА И.В. ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ. - КРАСНОЯРСК: ИПЦ «ВЕРСО», 2009
8. ПРАКТИЧЕСКАЯ МАММОЛОГИЯ / ПОД РЕД. М.И. ДАВЫДОВА, В.П. ЛЕТЯГИНА. - М.: ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, 2007

ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. ИБС КРАСГМУ
2. БД МЕДАРТ
3. БД МЕДИЦИНА
4. БД EBSCO

Благодарю

за внимание

