

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии  
лечебного факультета

**ТЕМА:**  
**«Аборт и его осложнения»**

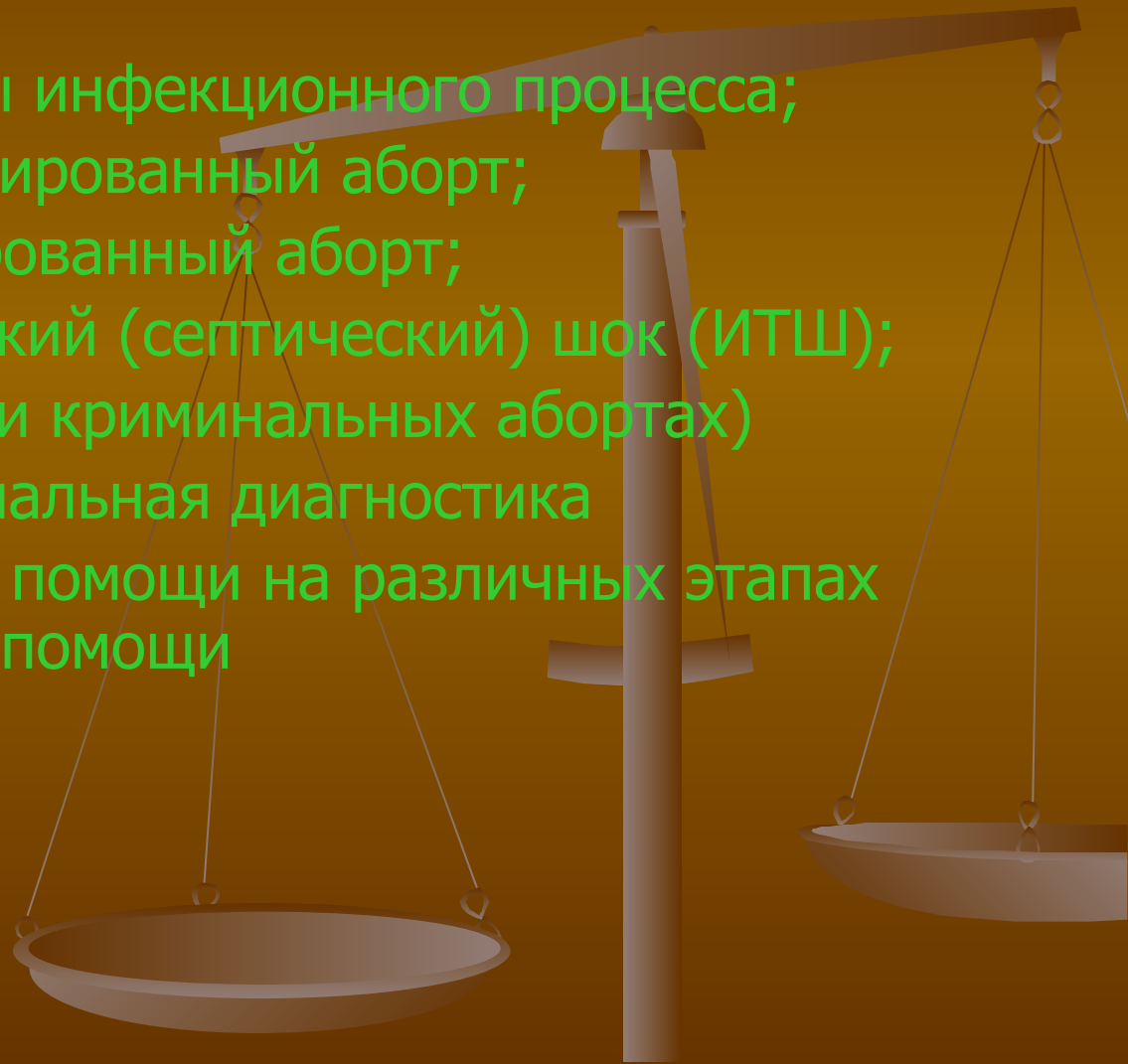
**Лекция № 9 для студентов 5 курса, обучающихся по  
специальности 060101 – Лечебное дело (очная форма  
обучения)**

**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

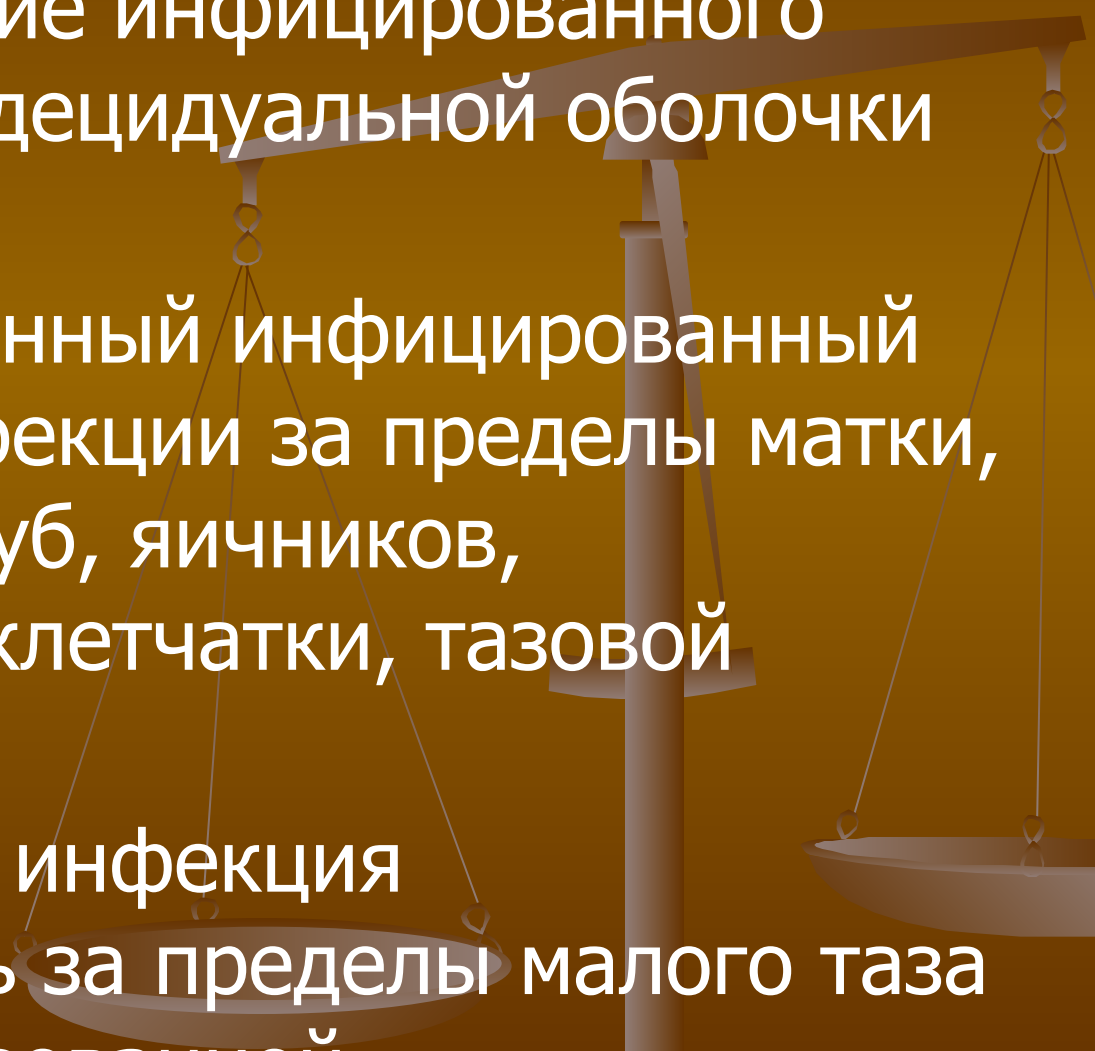


# КЛАССИФИКАЦИЯ:



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

# Этапы инфекционного процесса:

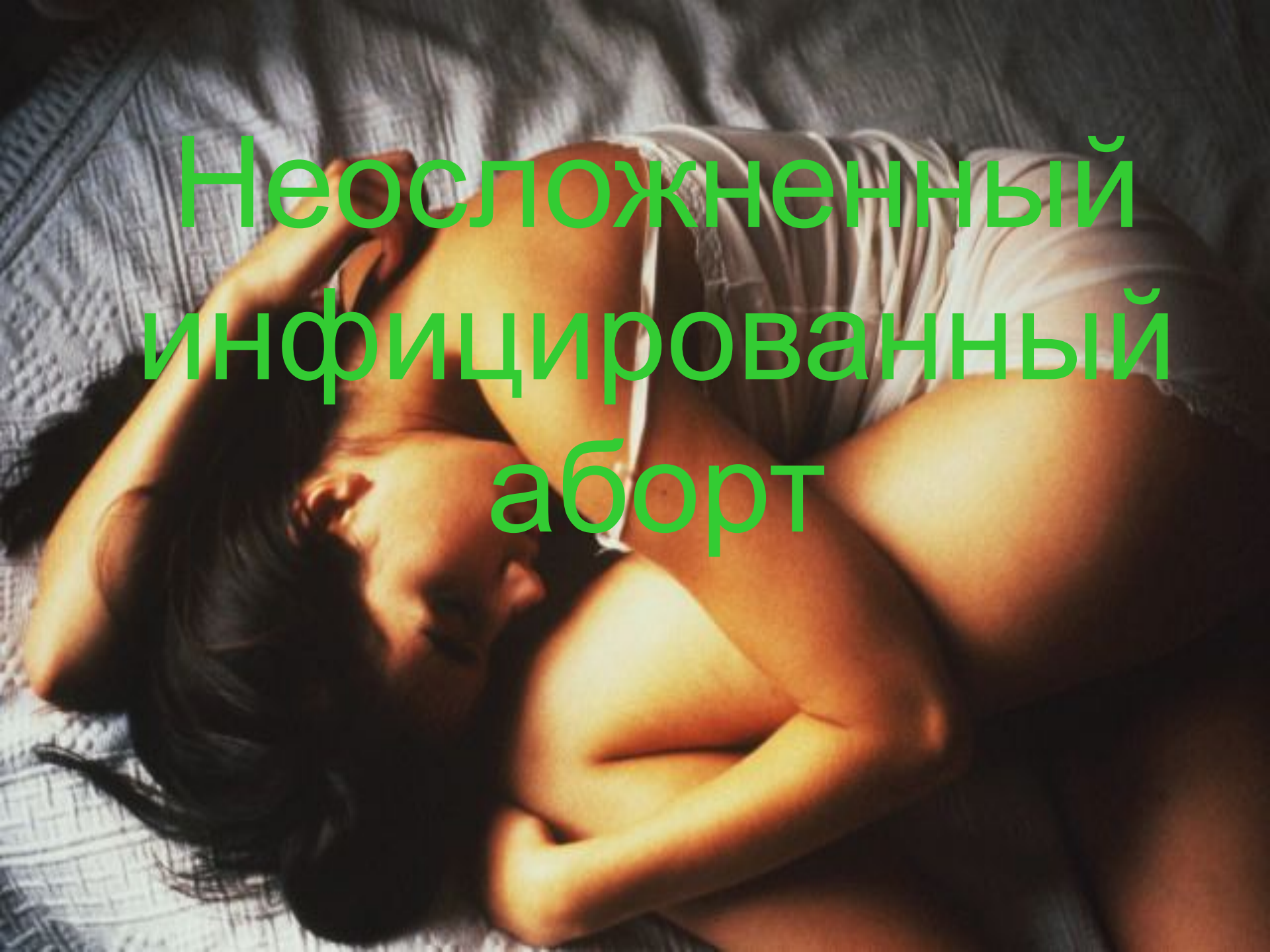
- **I этап** – неосложненный инфицированный аборт: ограничение инфицированного плодного яйца и децидуальной оболочки полостью матки;
  - **II этап** – осложненный инфицированный аборт: выход инфекции за пределы матки, маточных вен, труб, яичников, параметральной клетчатки, тазовой брюшины;
  - **III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



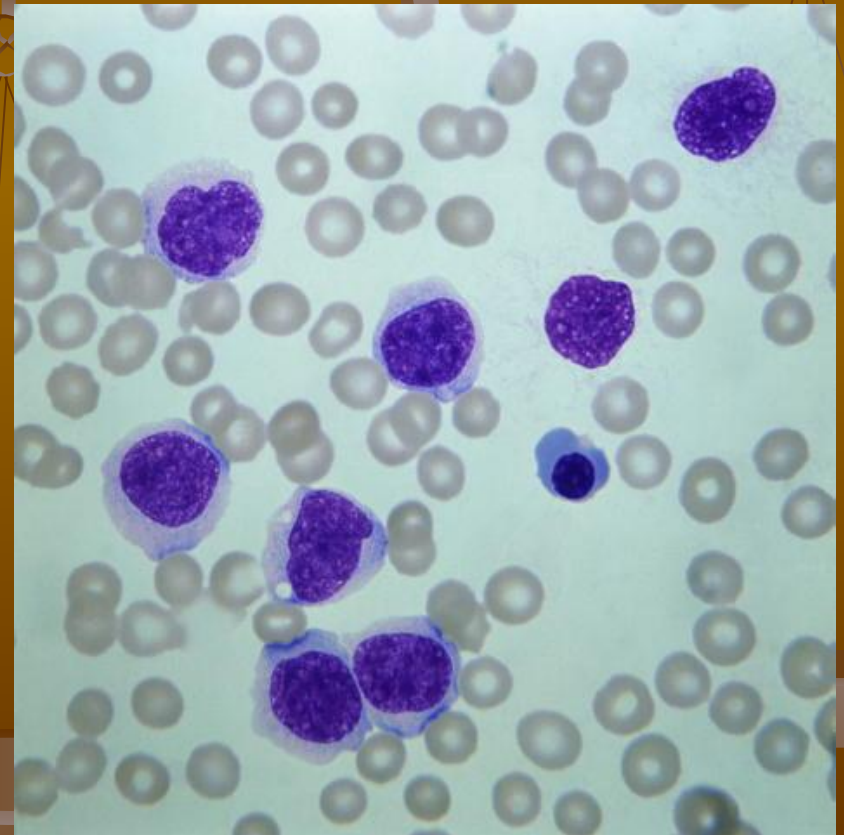
- тщательный сбор анамнеза (возможны указания на вмешательство с целью прерывания беременности, свершившийся в домашних условиях выкидыш);
- контроль пульса, АД и ЧДД;
- термометрия;
- оценка состояния периферического кровообращения;

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



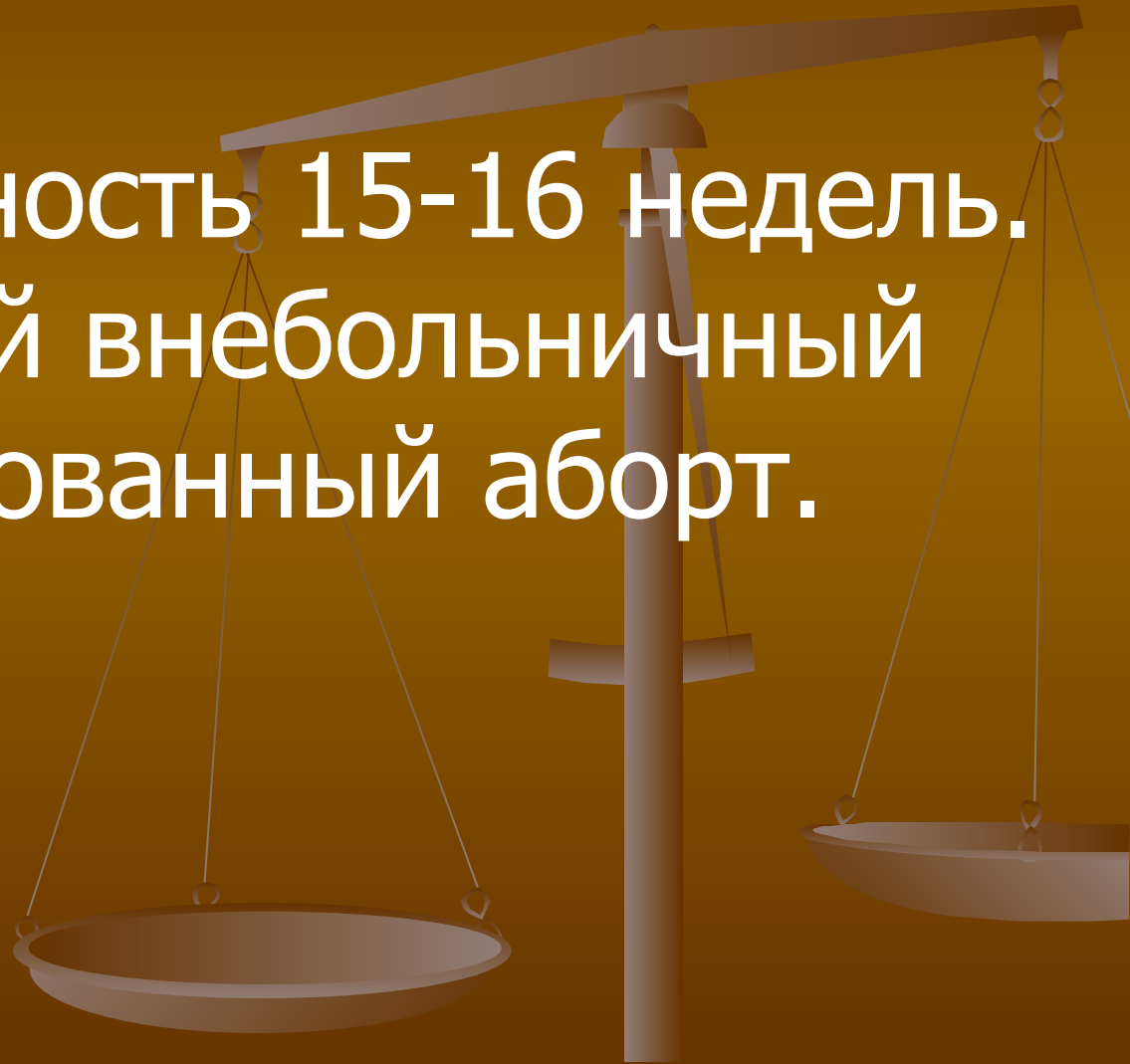
# В. Лабораторные данные:

- 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.



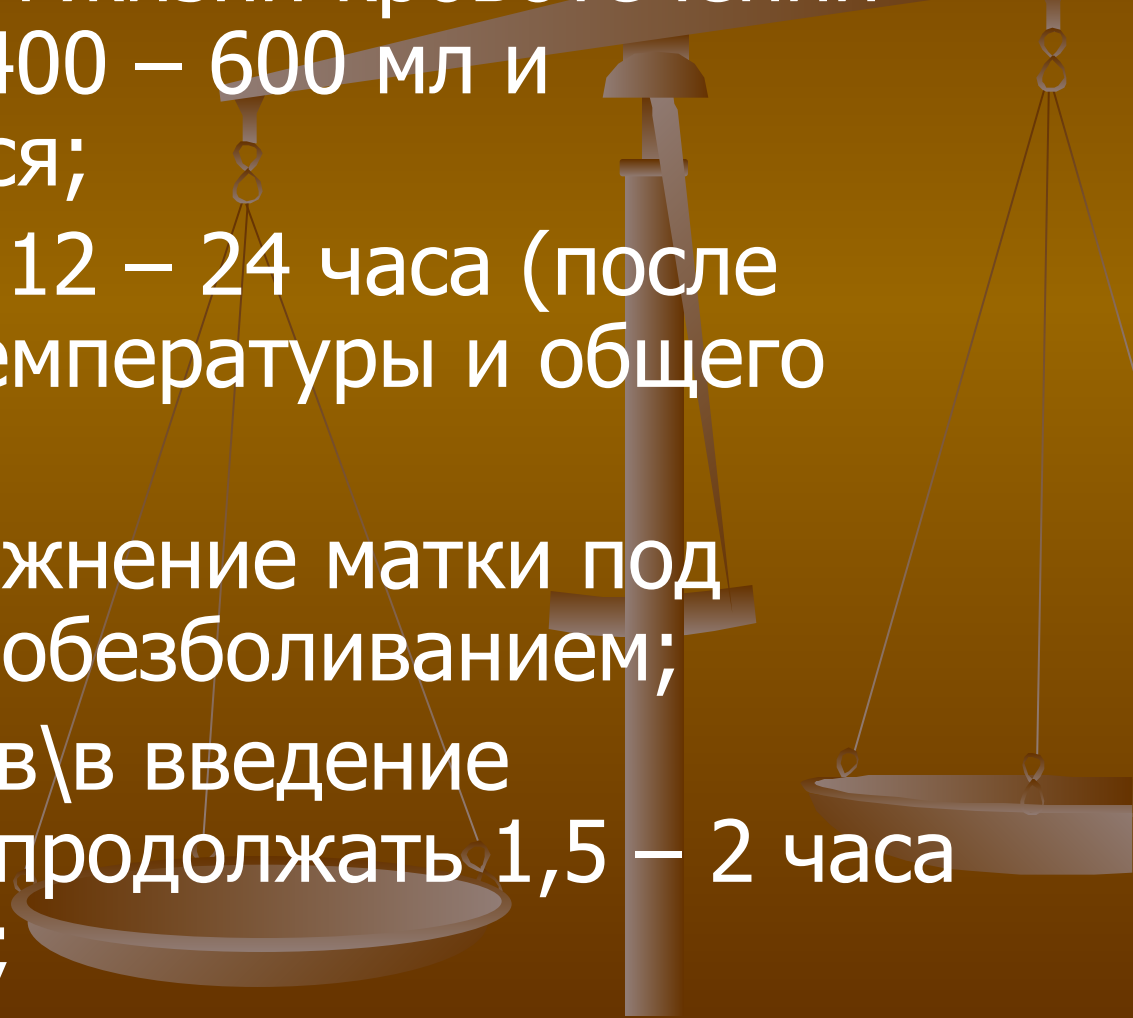
## Г. Тактические мероприятия: На этапе ФАП, УБ

- 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  $38^{\circ}\text{C}$ ;
- ознобы с повышением температуры до  $40^{\circ}\text{C}$ , 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;



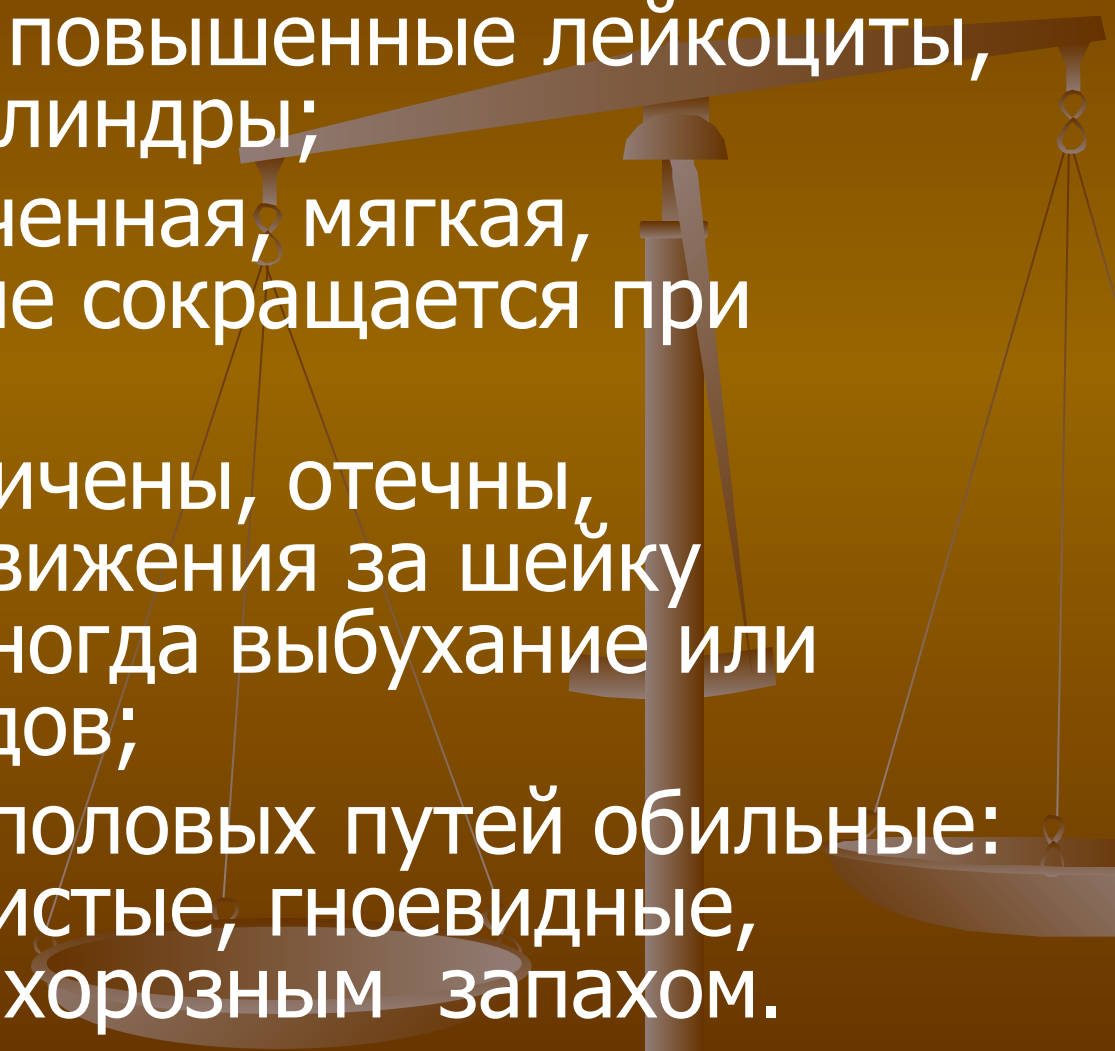
- оценка состояния периферического кровообращения (бледность, цианоз, мраморность кожных покровов);
- термометрия;
- контроль диуреза (определение количества, цвета мочи, качественное определение белка методом кипячения);
- влагалищное исследование и осмотр в зеркалах;
- определение срока беременности;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



# данные:

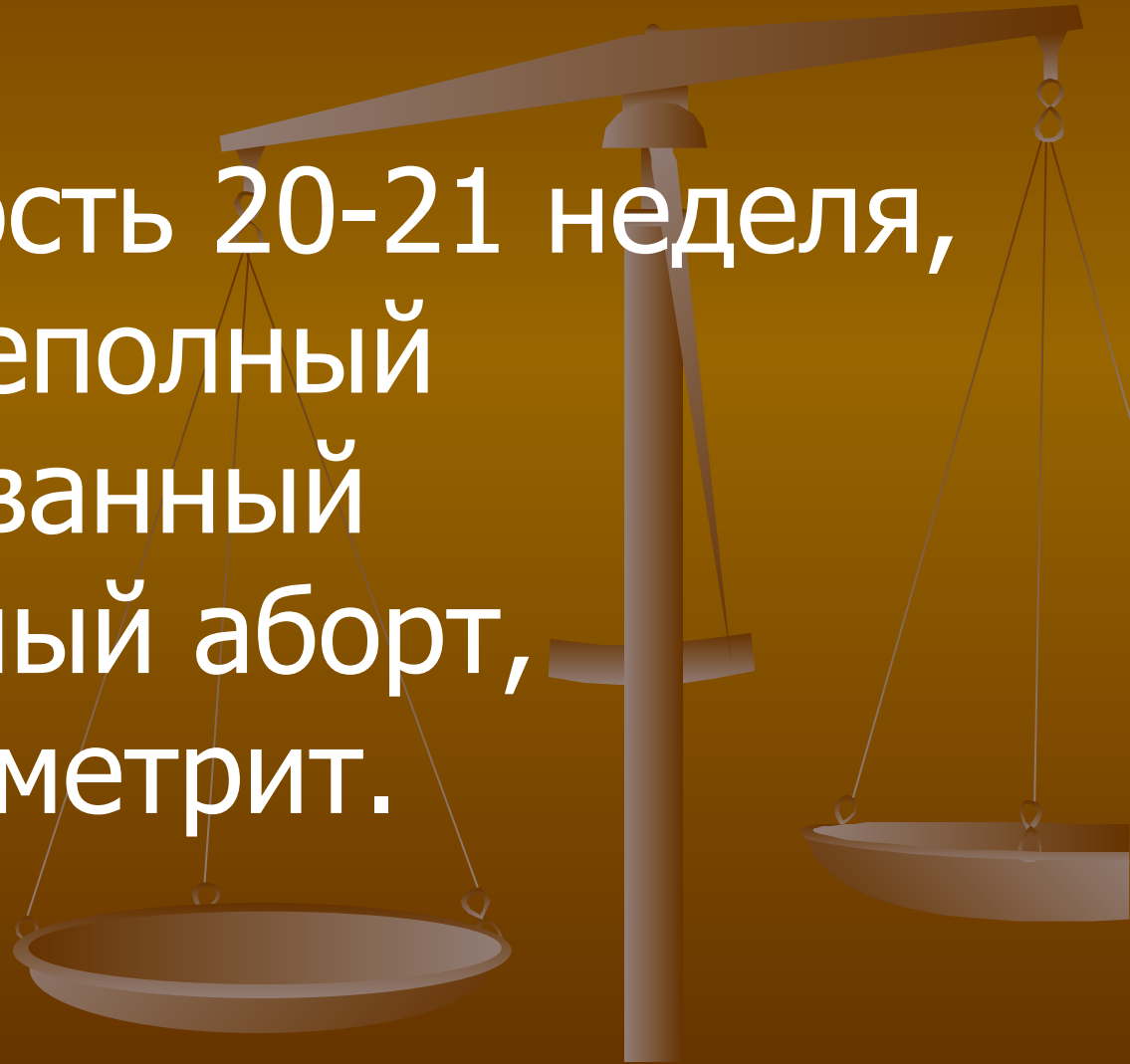
- В крови – снижение Hb;
- $L - 12 - 18 \times 10^9$ ;
- ЛИИ – достигает 6;
- повышение СОЭ;
- токсические изменения в крови;
- сдвиг формулы влево;
- умеренная лимфопения;
- выраженная гипопропротеинемия;
- АД - в пределах нормы или несколько повышенное;



- 
- 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:

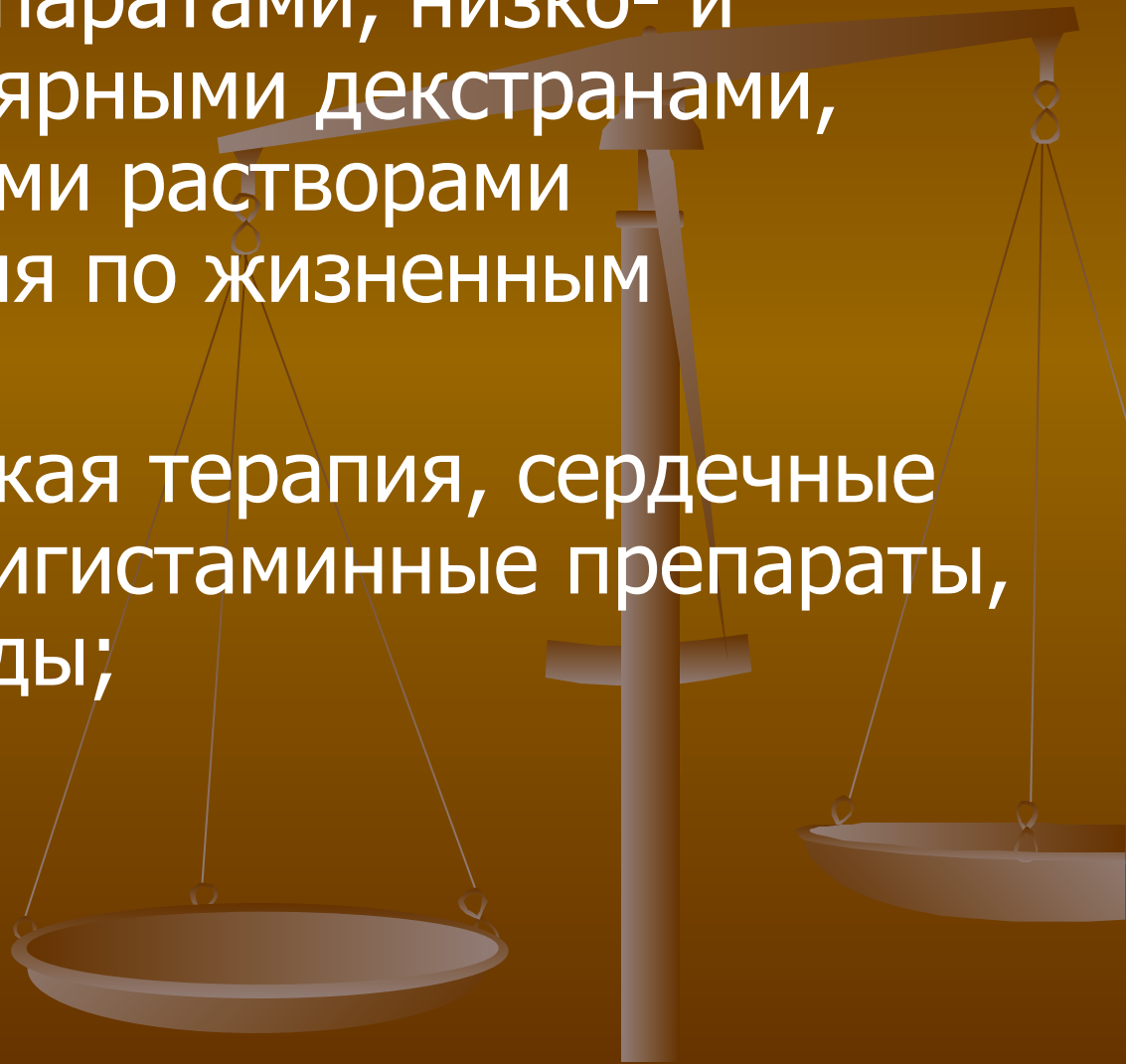
- Хирургический метод - удаление инфицированного плодного яйца или его остатков в ранние сроки и щадящем объеме:
- при наличии условий одномоментного опорожнения матки через 6–8 (макс. ч\з 10 часов);
- не дожидаясь нормализации температуры и состояния, только под адекватным в\в обезболиванием;



- 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.,<br>Streptococcus spp.,<br>Enterobacteriaceae,<br>Enterococcus spp.,<br>Ch. Trochomatis,<br>Micjhlfsma hominis | АМО \<br>КК +<br>доксициклин | 1.Клиндамицин + АГ;<br>2.ЦС II или ЦС III + метронидазол;<br>3. Меропенем или имипенем;<br>4. При хламидийной или микоплазменной инфекции макролид или доксициклин |

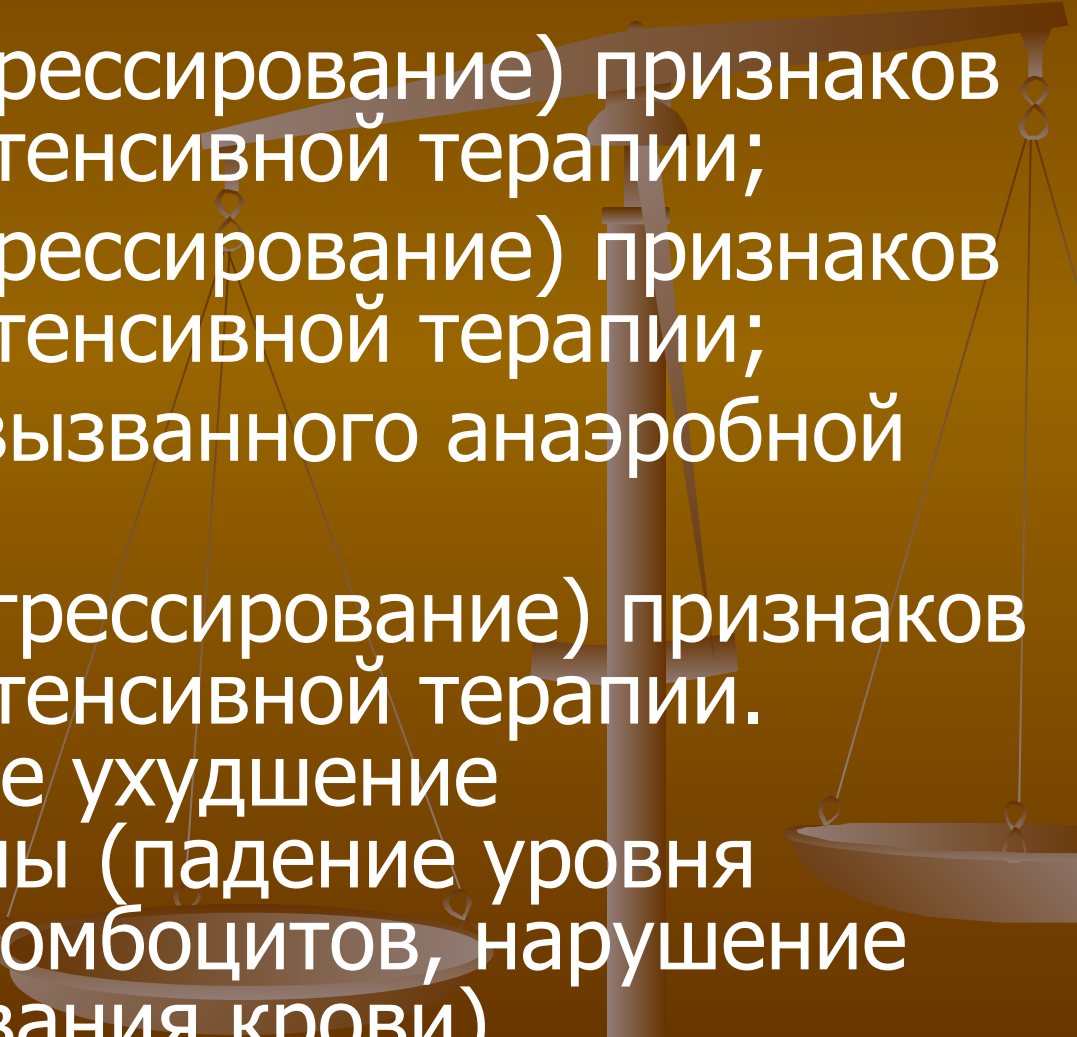
# Показания к экстренной гистерэктомии с трубами





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

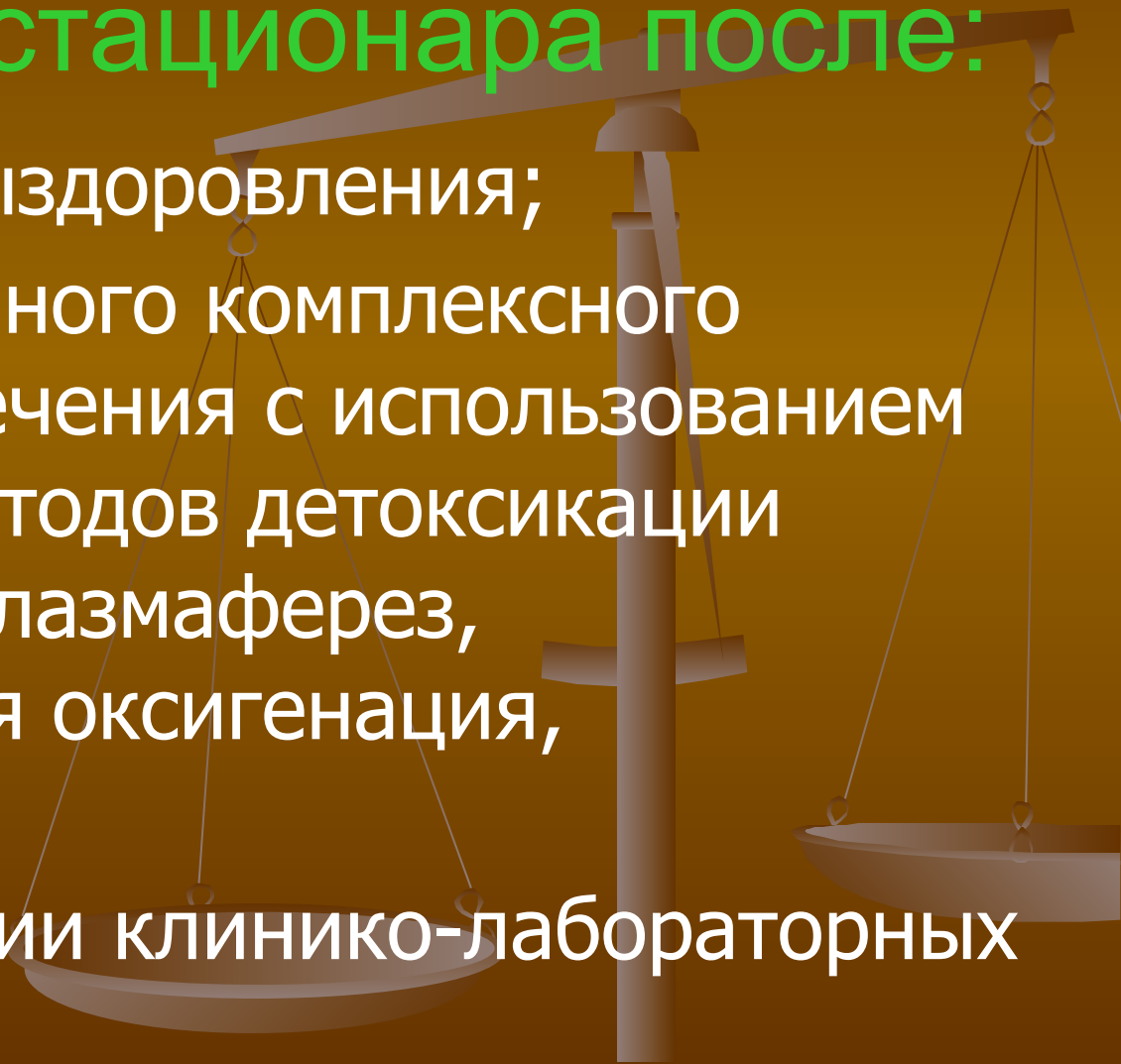


- 
- внутриматочные криминальные вмешательства (мыльные, спиртовые и прочие р-ры, приводящие к некрозу матки);
  - появление (прогрессирование) признаков ОПН на фоне интенсивной терапии;
  - появление (прогрессирование) признаков ОПН на фоне интенсивной терапии;
  - развитию ИТШ, вызванного анаэробной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



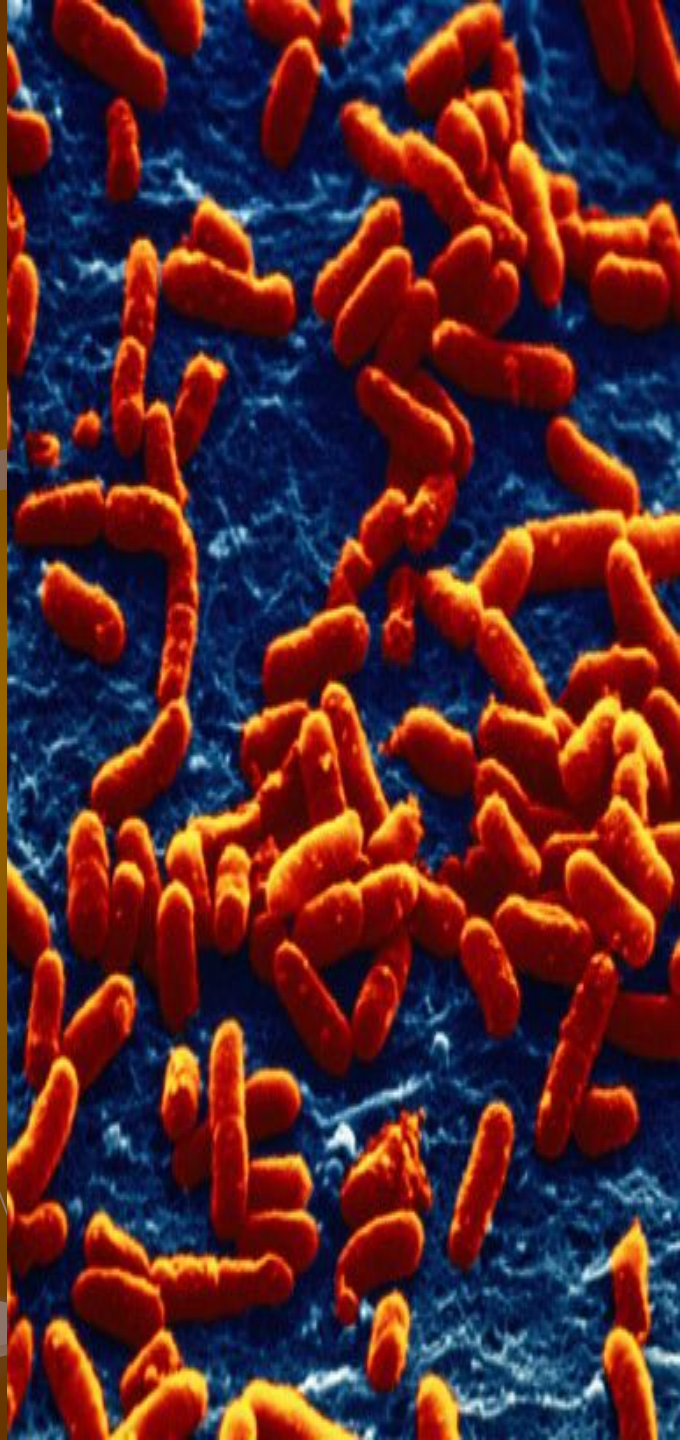
## Выписка из стационара после:


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




# Анаэробный сепсис -

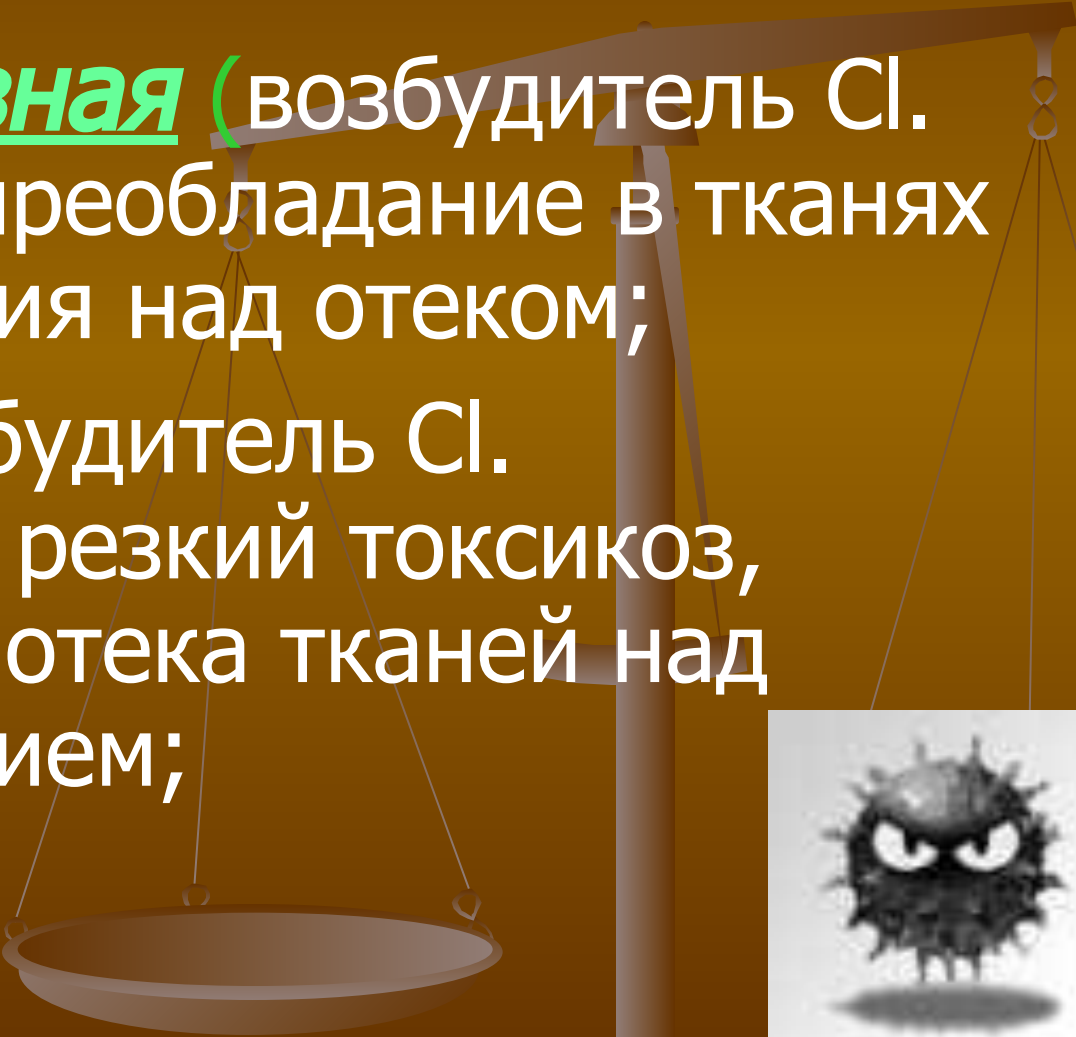
- Патологический процесс вызывается анаэробными клостридиями;
- Характеризуется:
  - отсутствием воспалительной реакции;
  - прогрессирующим развитием отека;
  - газообразованием;
  - некрозом тканей;
  - тяжелой интоксикацией.



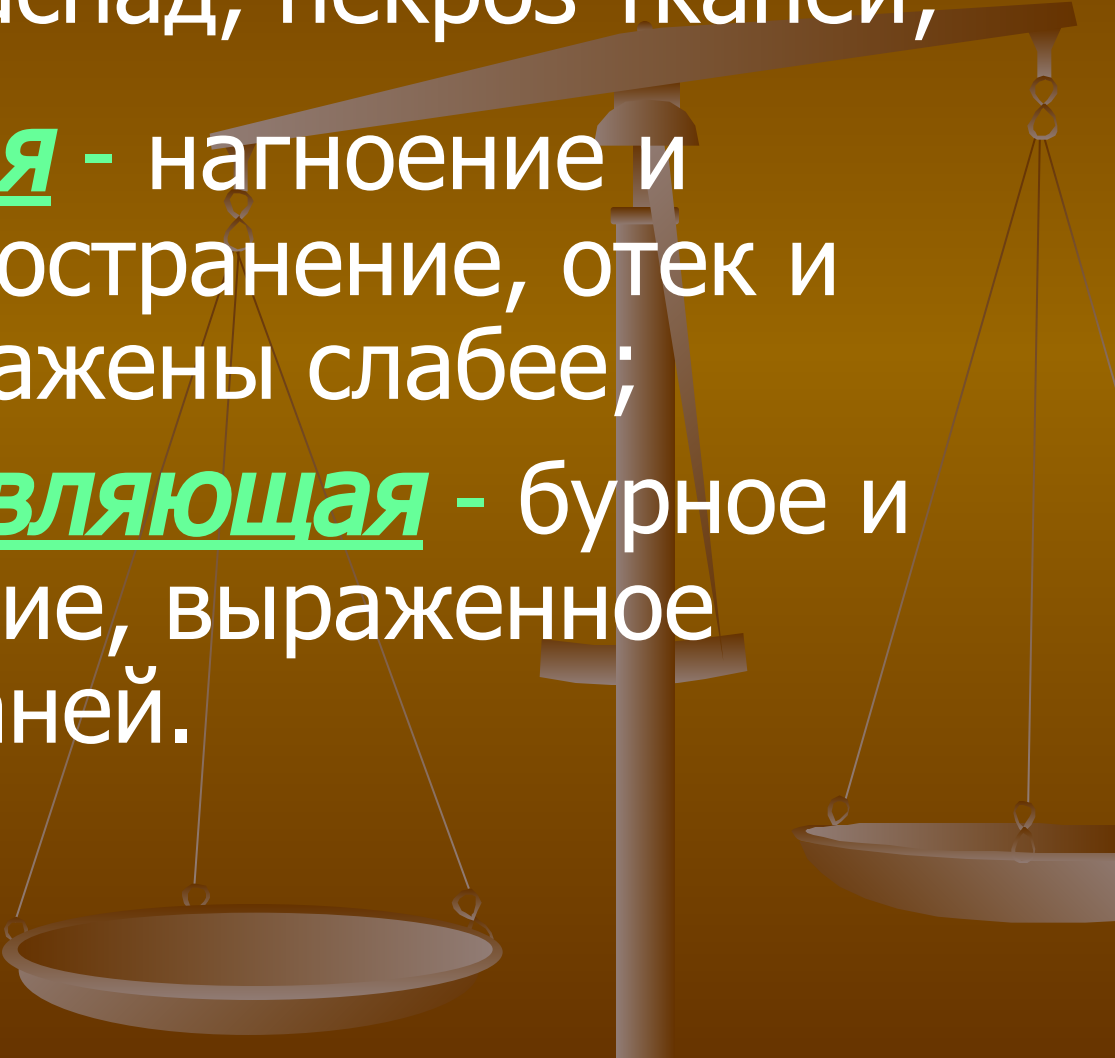


# Формы анаэробного сепсиса:



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



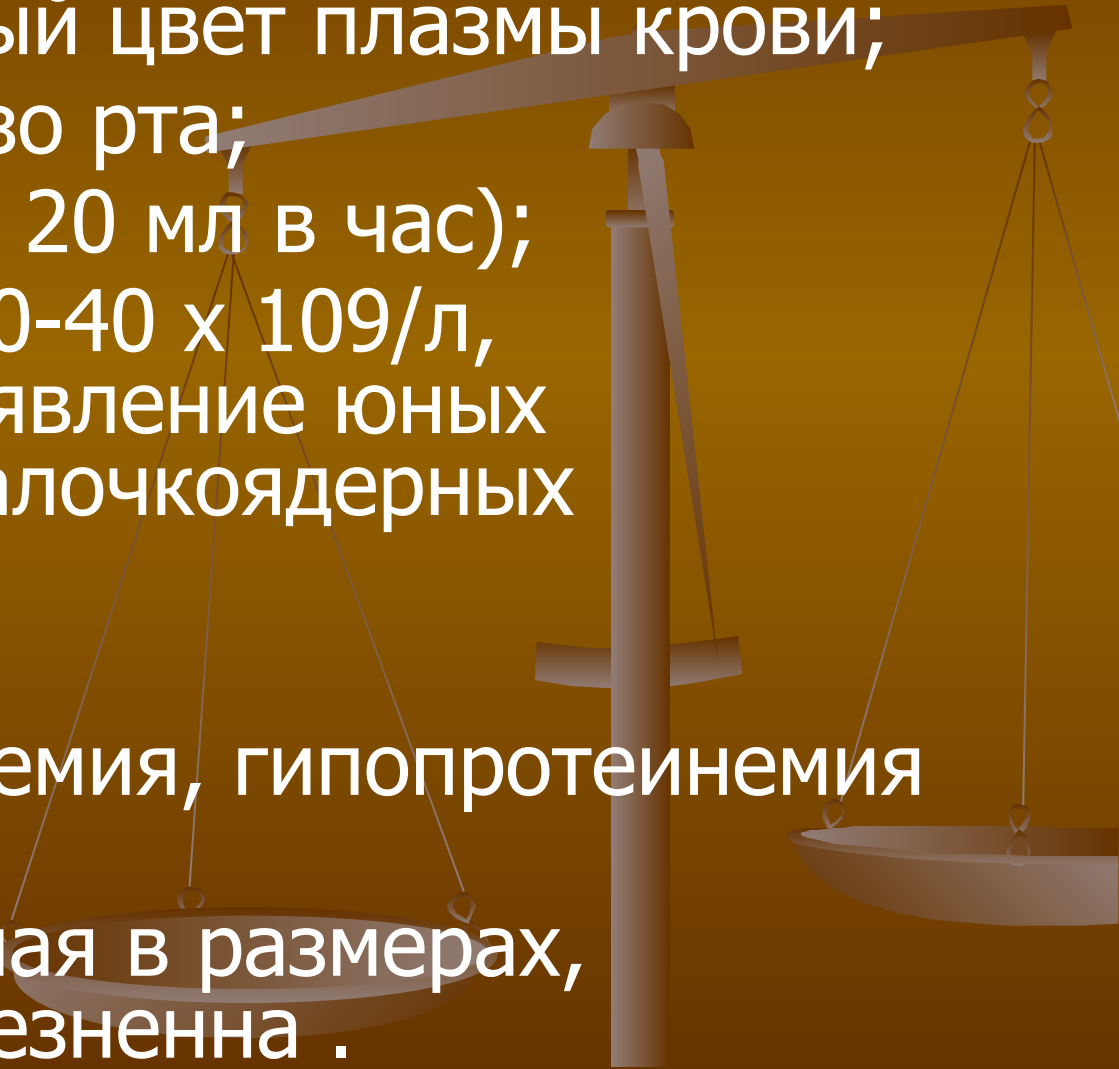
- **Некротическая** (возбудитель *St. sporogens*) - распад, некроз тканей;
  - **Флегмонозная** - нагноение и быстрое распространение, отек и эмфизема выражены слабее;
  - **Тканерасплавляющая** - бурное и тяжелое течение, выраженное поражение тканей.
- 

# 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:



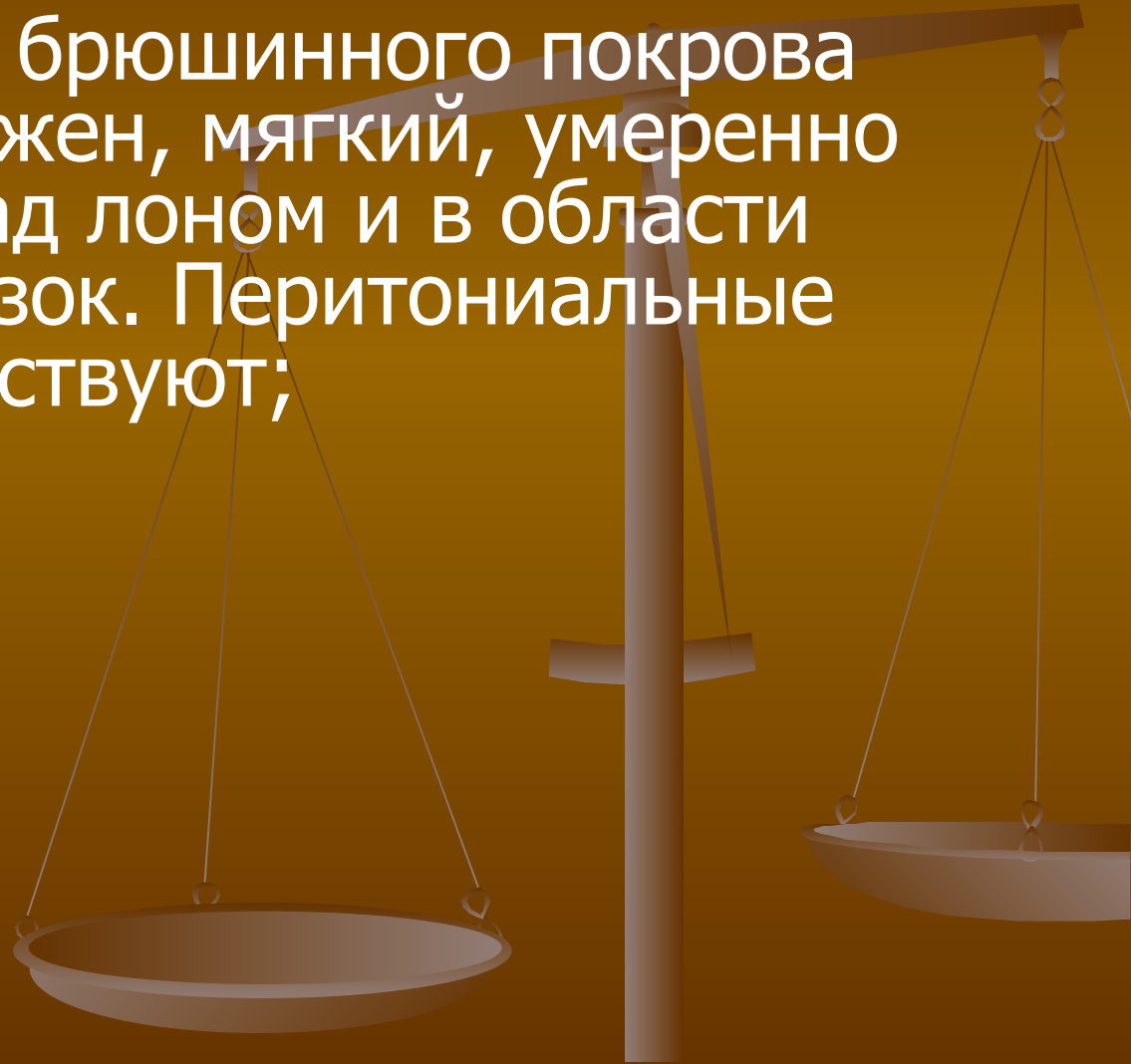
Сначала:

- 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;
- эктеричность 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 развиваться 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):

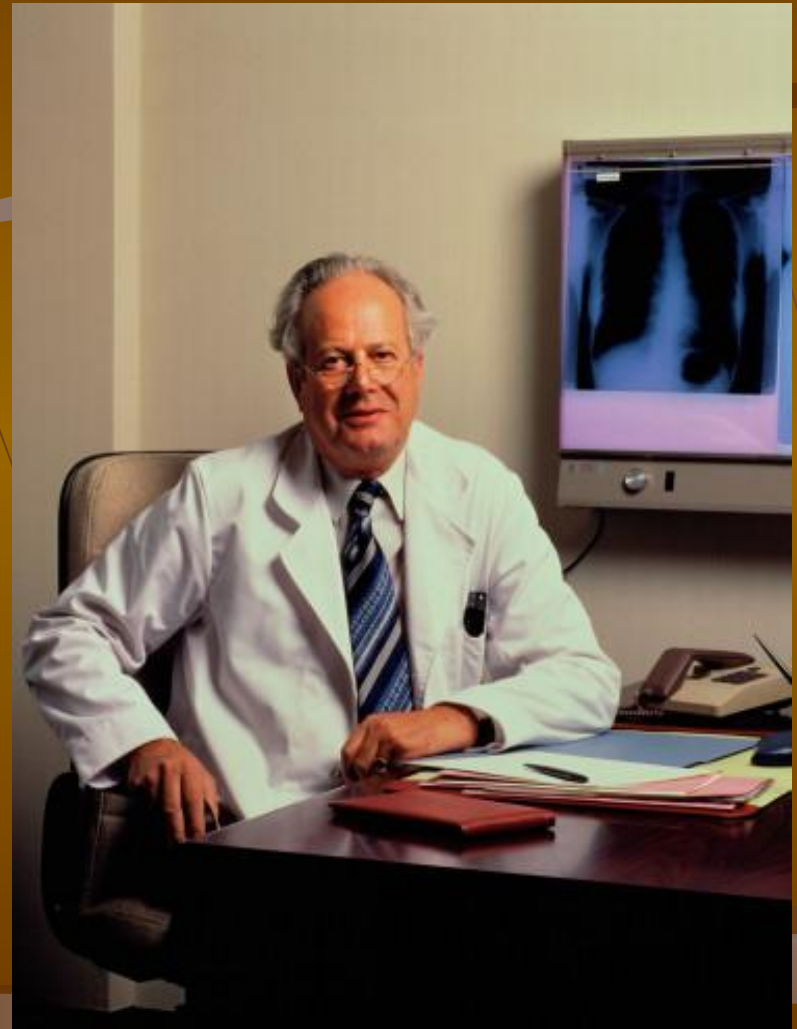


- информирование администрации больницы (ЦРБ) о больной для оказания организационной, консультативной, медикаментозной помощи;
- обеспечение адекватной интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения и немедленного развертывания операционной;
- оказание неотложной помощи.



# Лечебные мероприятия:

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



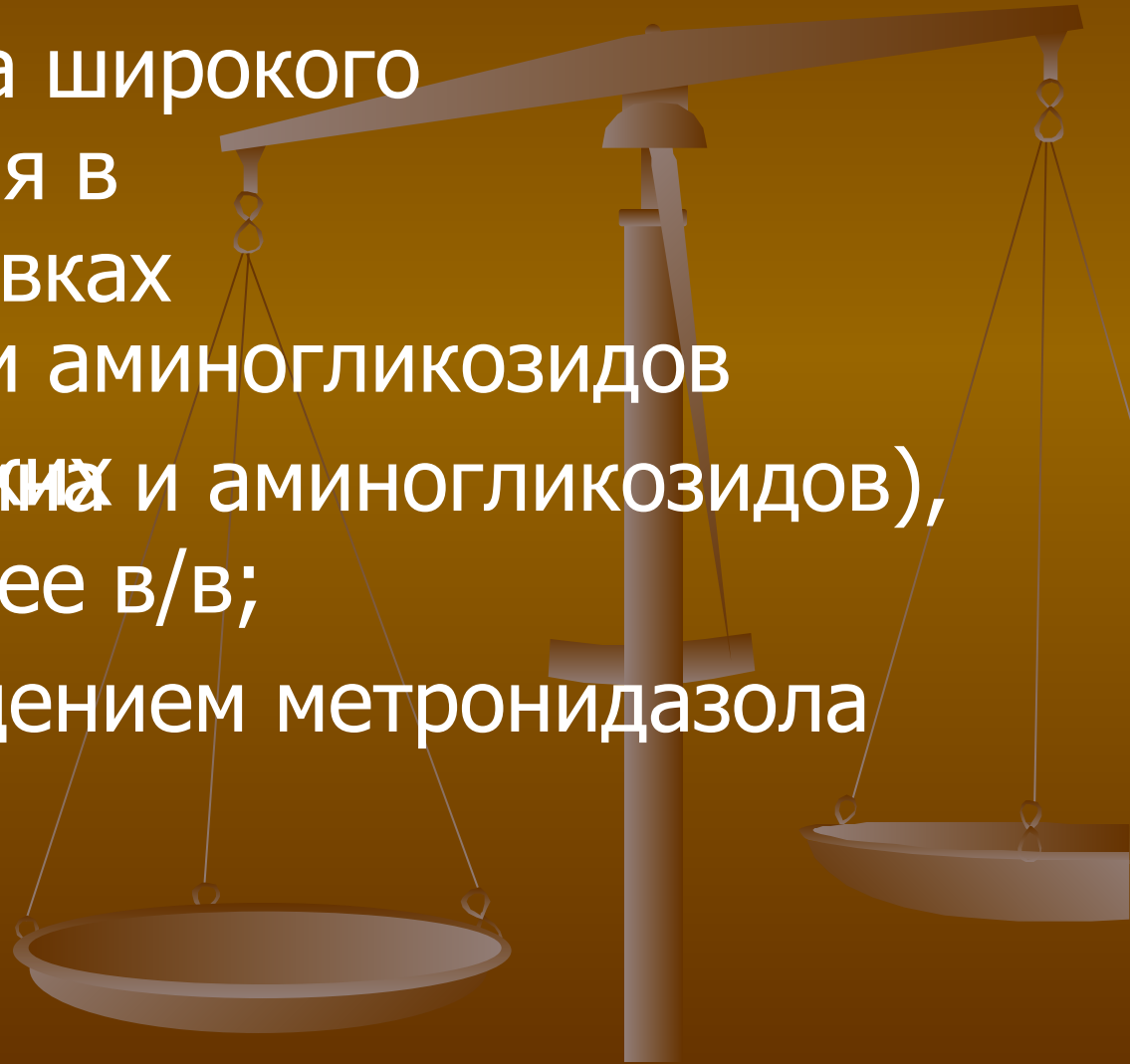


- **Хирургический метод** – гистероэктомия с трубами и инфицированным плодным яйцом или его остатками; не дожидаясь нормализации температуры и общего состояния;
- Обязательно **адекватное дренирование** через кольпотомическое отверстие, введение через контрапертурные отверстия дополнительных дренажей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



# ■ Интенсивная антибактериальная терапия:

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

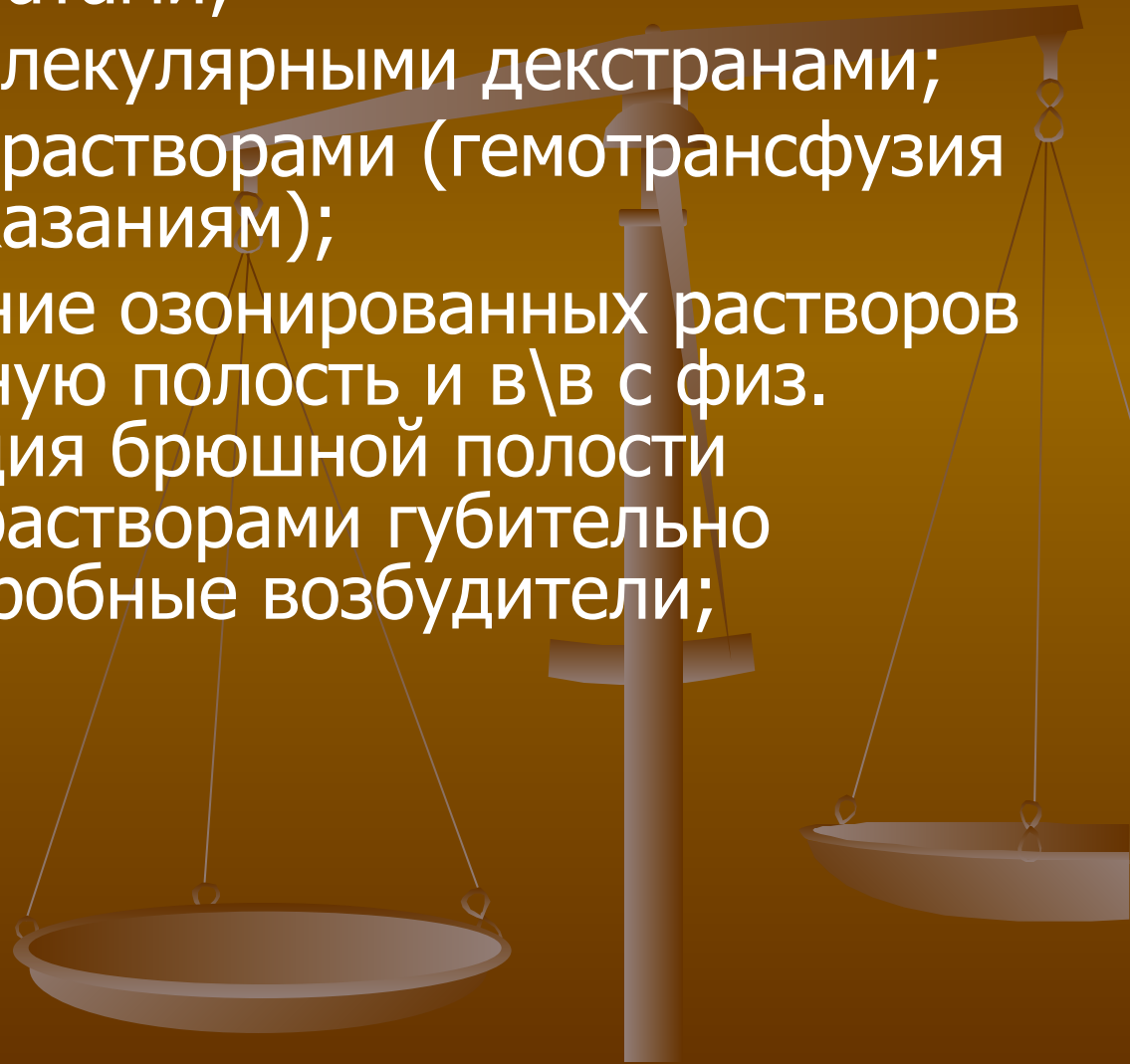


# ■ Эффективные антибиотики для лечения анаэробных инфекций:

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

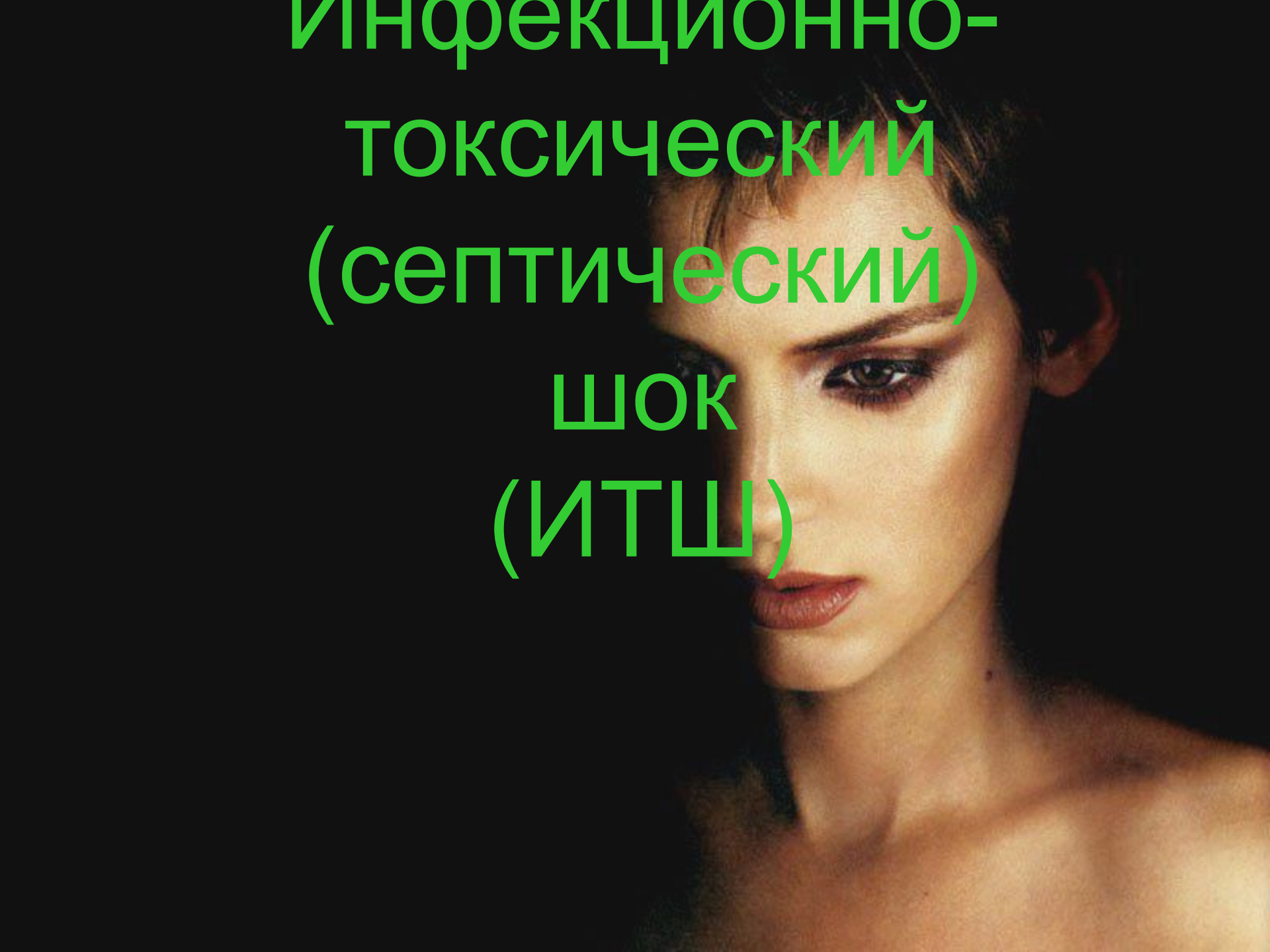


- **Инфузионная терапия в условиях гиперволимической гемодилюции:**
  - белковыми препаратами;
  - низко- и высокомолекулярными декстранами;
  - кристаллоидными растворами (гемотрансфузия по жизненным показаниям);
  - широкое применение озонированных растворов (местно – в брюшную полость и в\в с физ.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



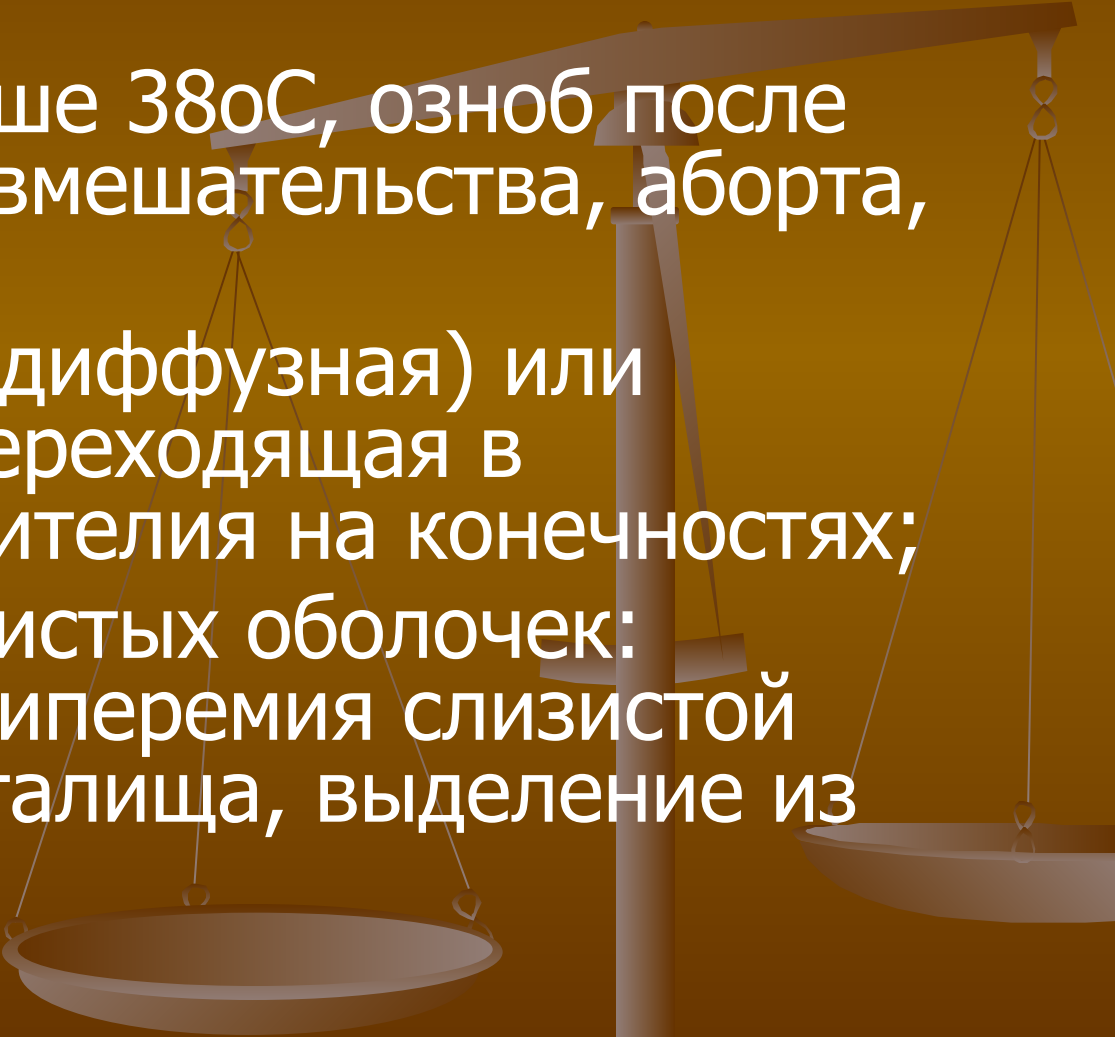
- **Симптоматическая терапия, сердечные гликозиды, антигистаминные препараты, глюкокортикоиды.**





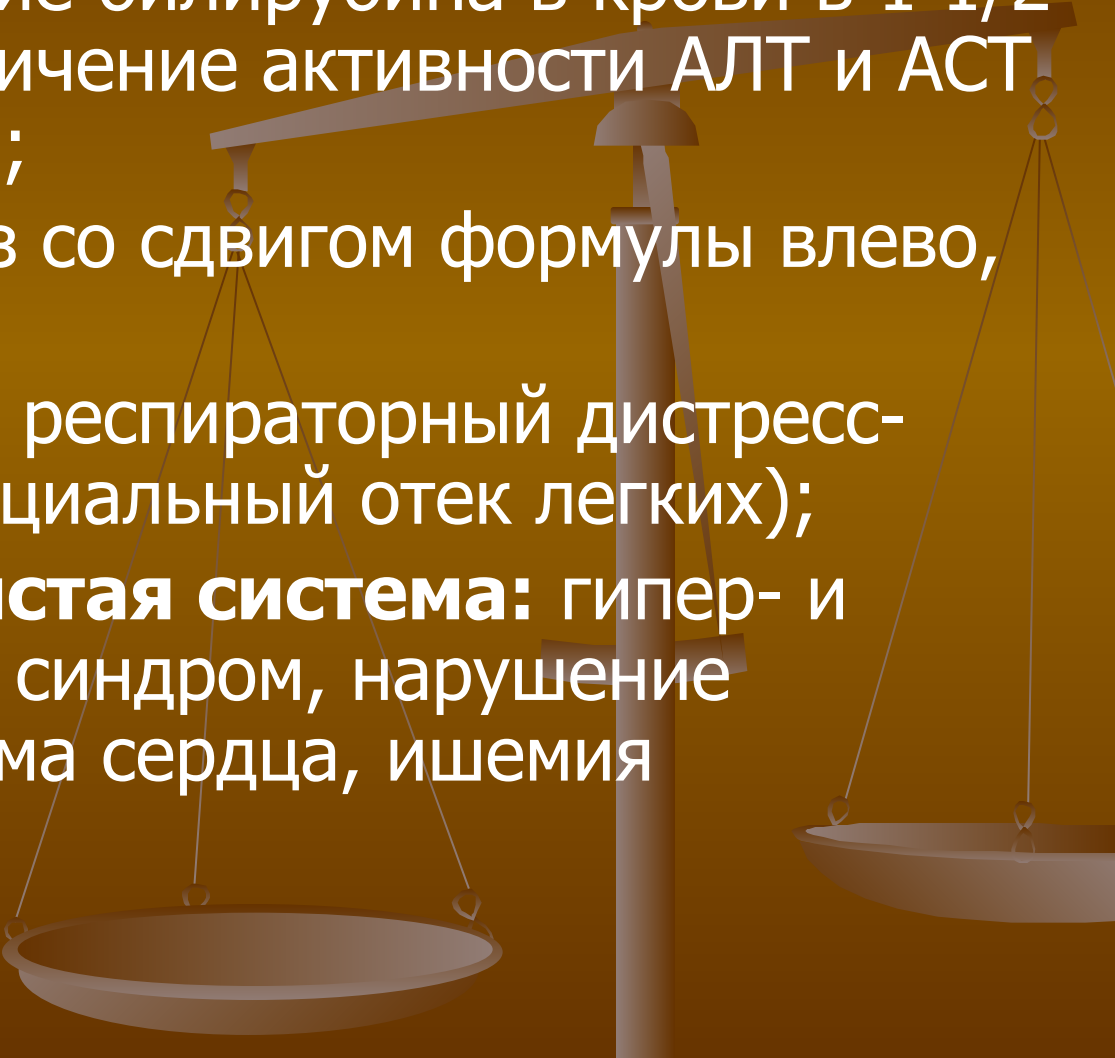
ИНФЕКЦИОННО-  
ТОКСИЧЕСКИЙ  
(септический)  
ШОК  
(ИТШ)

# А. Основные клинические СИМПТОМЫ:

- Гипертермия выше  $38^{\circ}\text{C}$ , 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;
- 

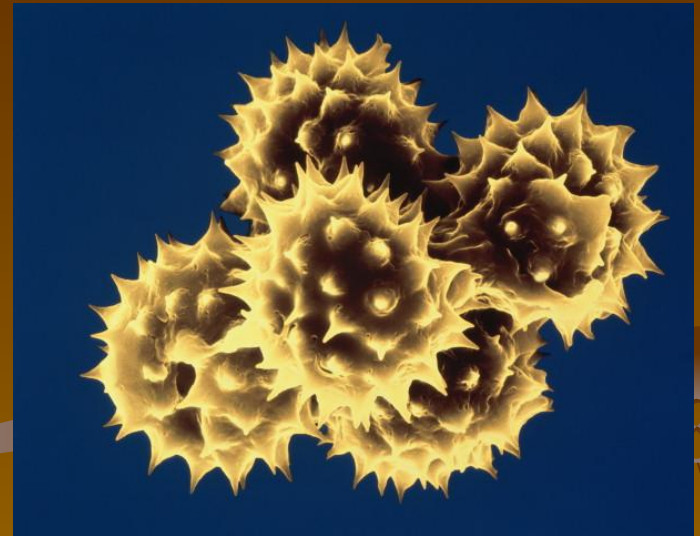
- Артериальная гипотония:  
систолическое АД  
ниже 90 мм.рт.ст.  
ортостатический  
коллапс и нарушение  
сознания;
- Синдром  
полиорганной  
недостаточности:
  - ▣ **желудочно-  
кишечный тракт:**  
тошнота, рвота,  
диарея;
  - ▣ **ЦНС:** нарушение  
сознания без  
очаговой  
неврологической



- **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*

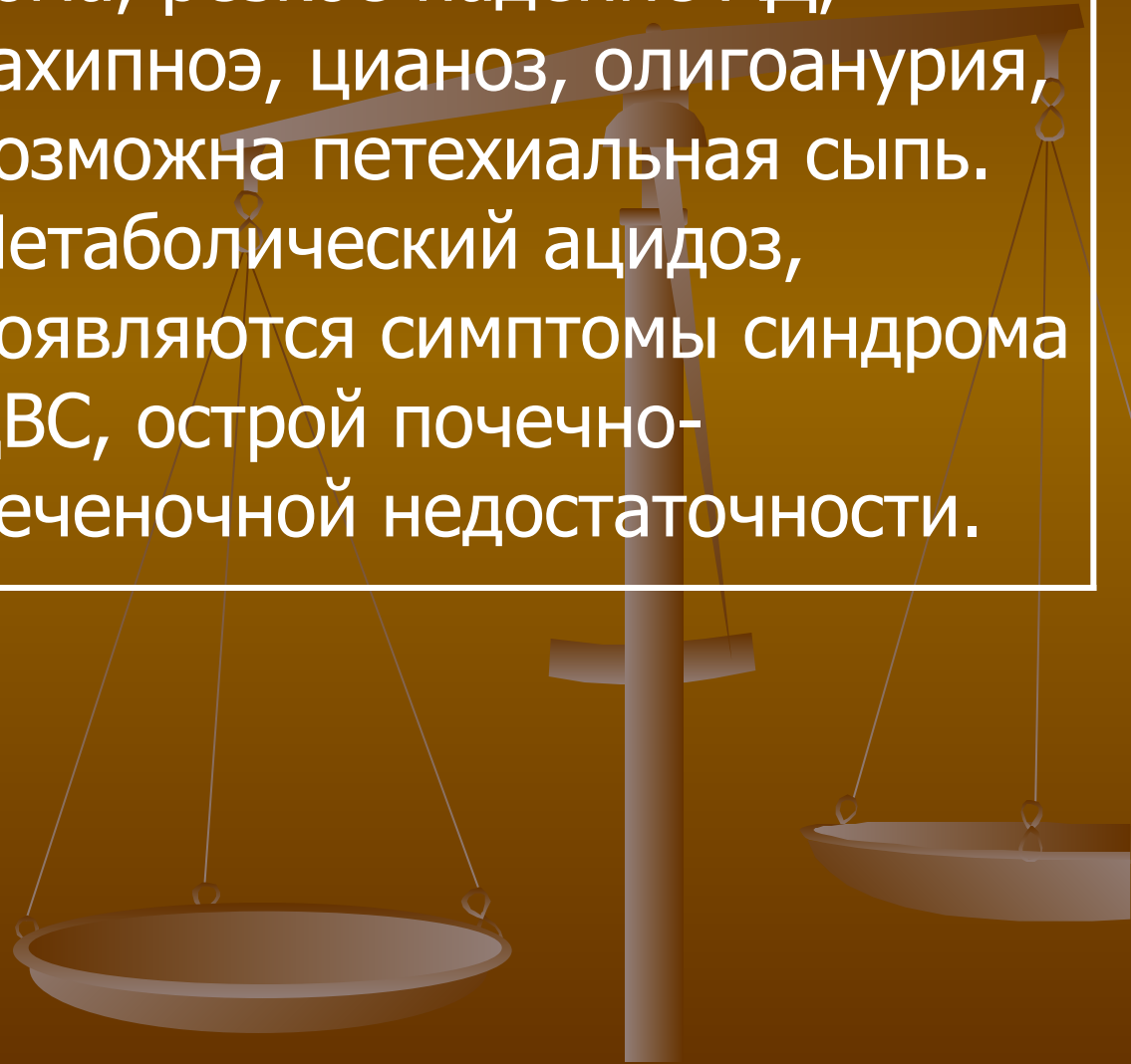
Клинически не выявляется.

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

Температура выше 38<sup>о</sup>С (до 40<sup>о</sup>-41<sup>о</sup>С), 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, БДС

### ***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.

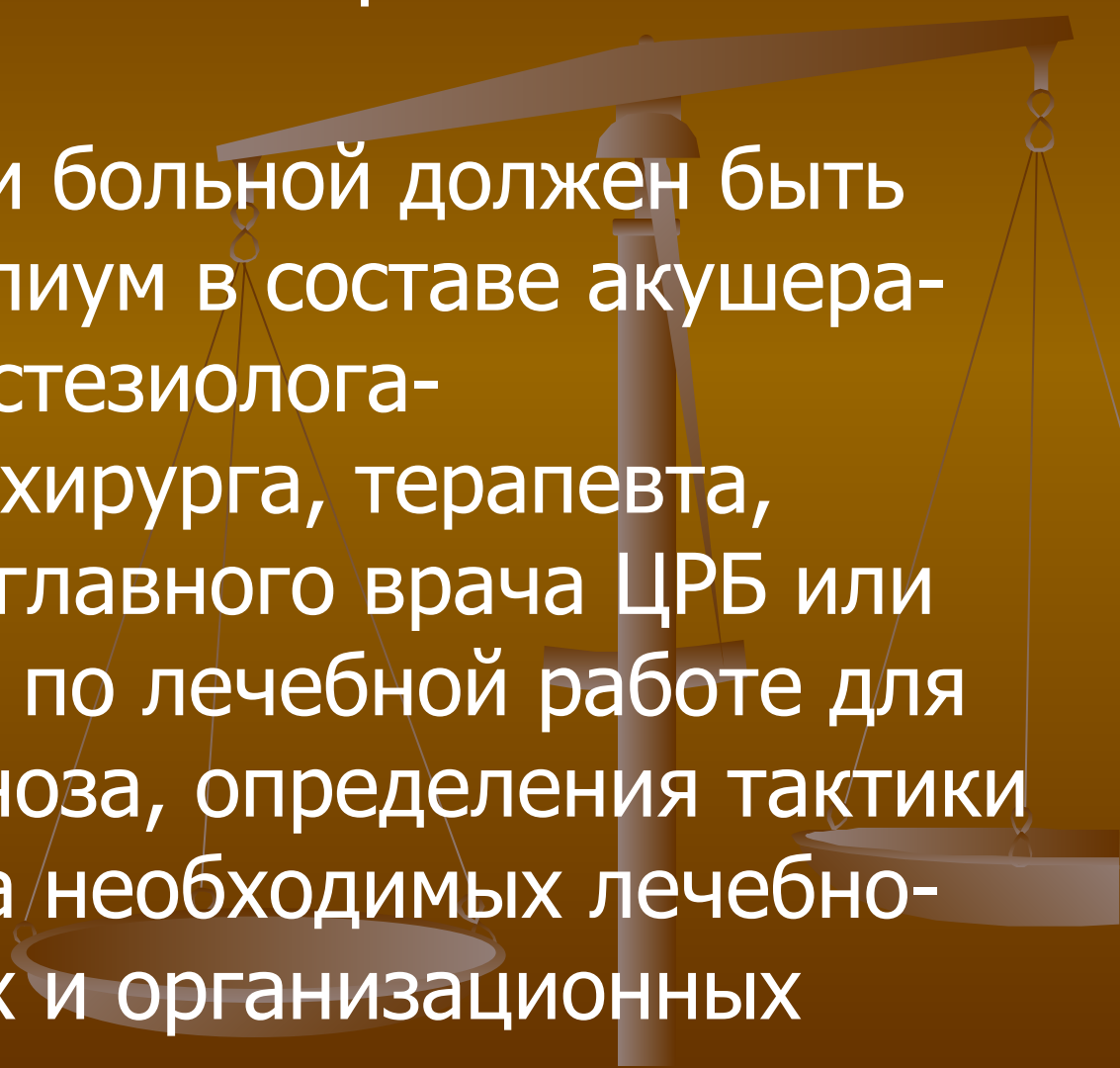


## Б. Тактические мероприятия:

- 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 ответа (ССВО) – реакция на воздействие сильных раздражителей (травма, операция, 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:

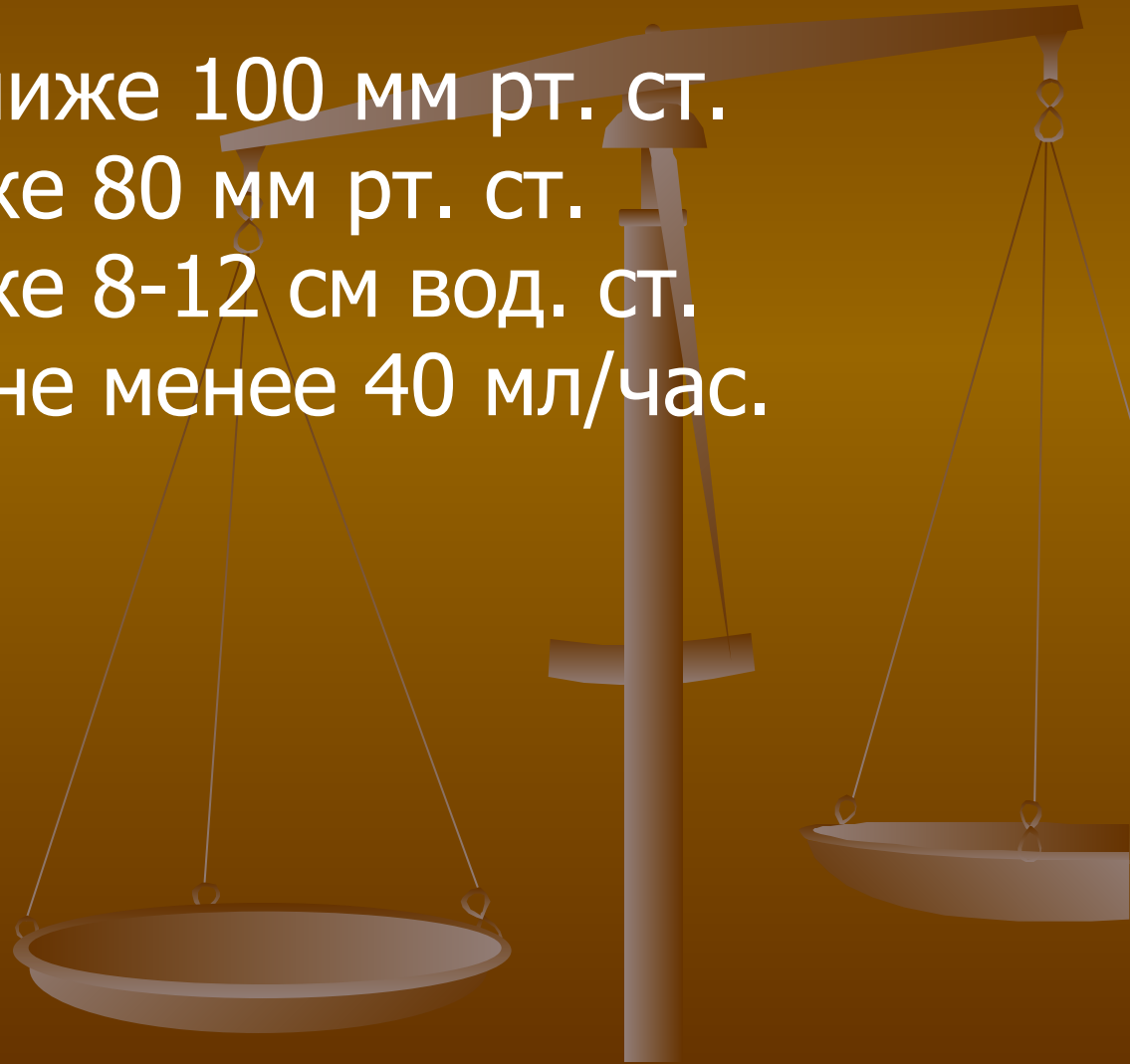
- Последовательность проведения реанимационных мероприятий определяется по формуле **VIP-PhS**, где:
  - **V** – вентиляция (ИВЛ смесью 50% кислорода и воздуха с положительным давлением в конце выхода 5 см вод. ст.);
  - **I** - инфузионная терапия (соотношение коллоидов и кристаллоидов 2,5:1 в темпе 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).



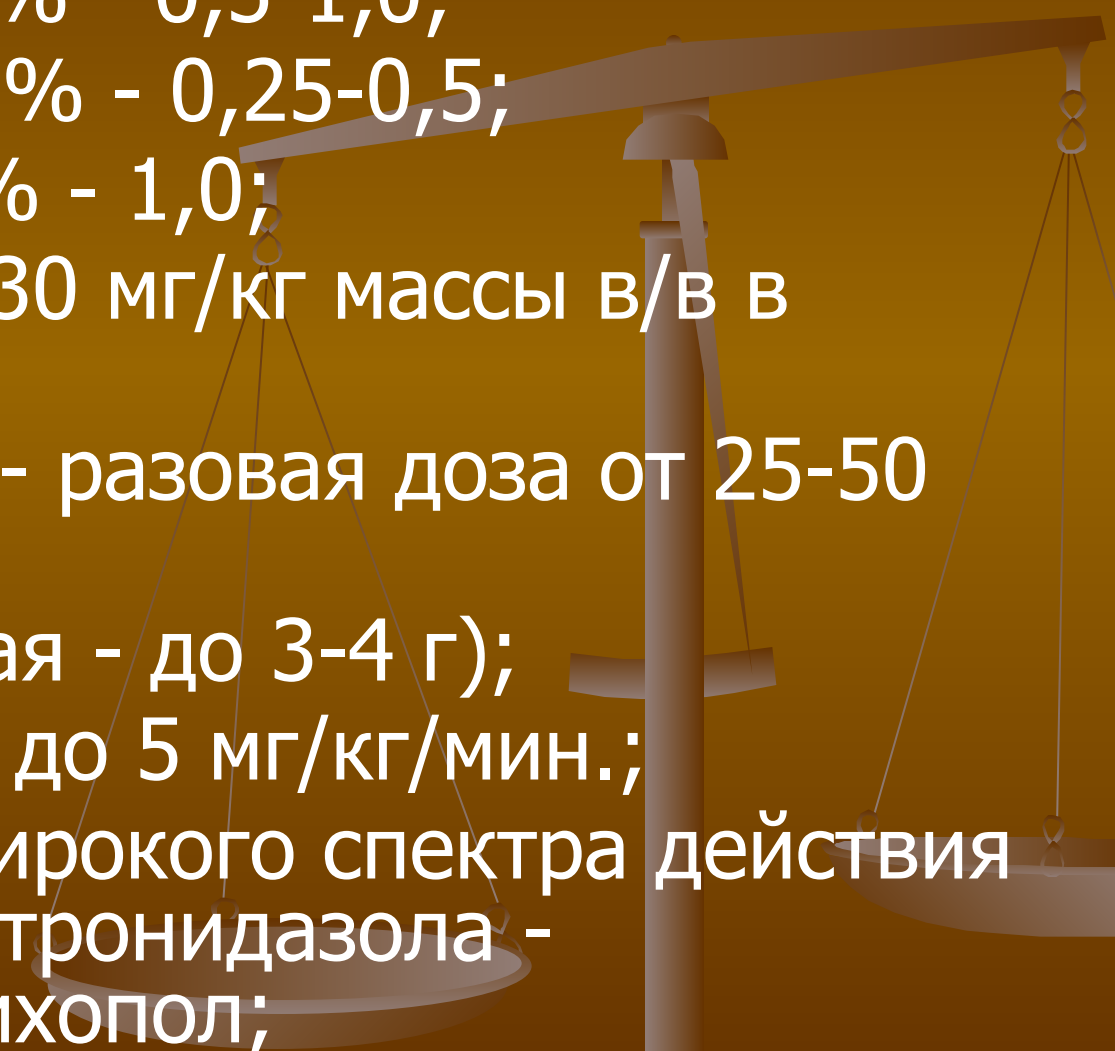
# Критерии оптимальности инфузионной терапии:

- 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;
- 

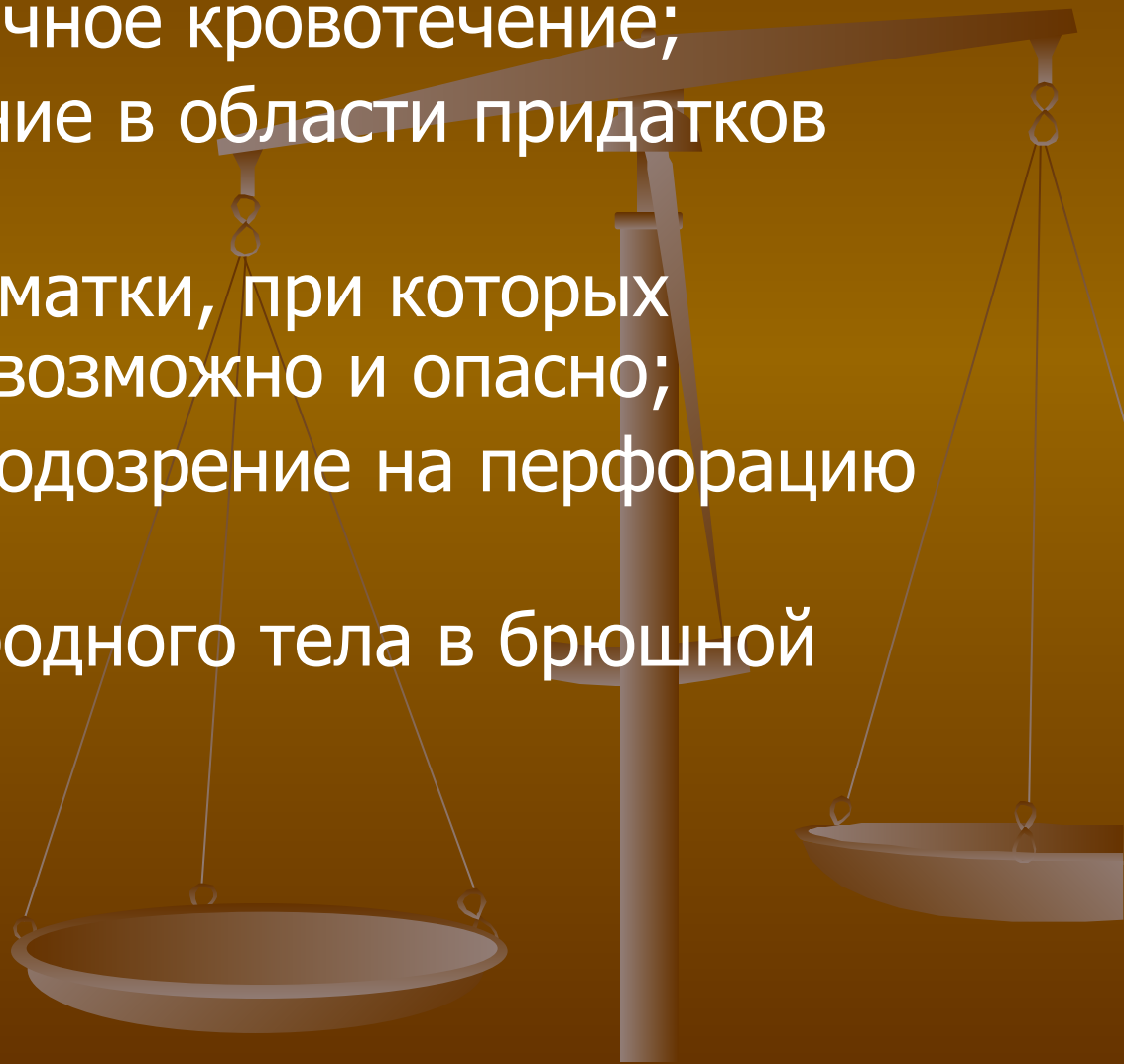
- **S** - ранее полное удаление септического очага и дренирование его.  
Инструментальное опорожнение полости матки с помощью кюретки или вакуум-аспиратора сразу же при поступлении больной в стационар только в случаях, если заболевание обусловлено инфицированным абортом



# 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.



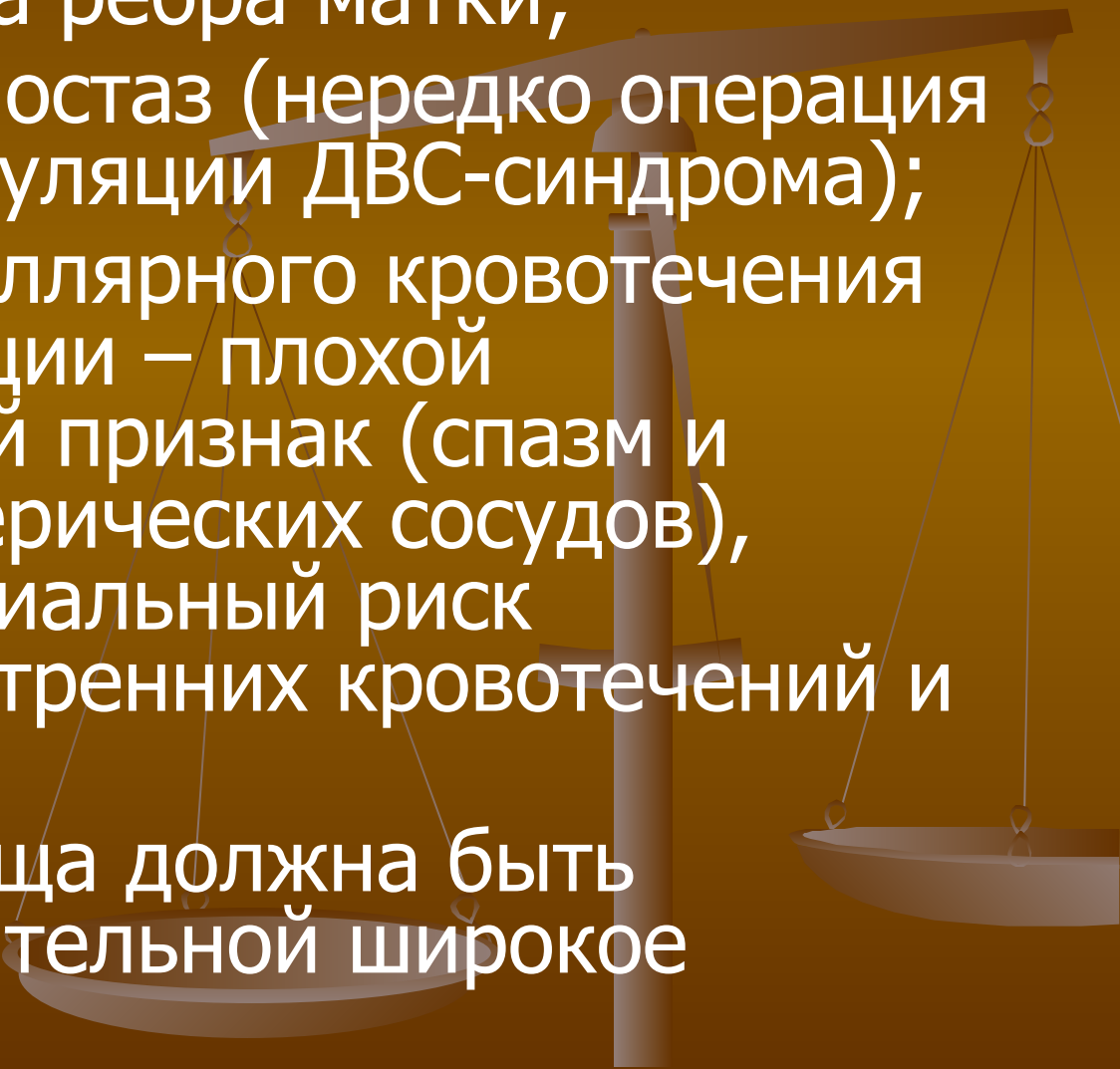
A photograph of an operating room with several surgeons in blue scrubs and masks performing a procedure on a patient lying on a table. The room is dimly lit, with bright surgical lights focused on the patient. The text is overlaid in large green letters.

# 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 релапаротомии.
- культя влагалища должна быть открытой, обязательной широкое дренирование.



# Эмпирическая

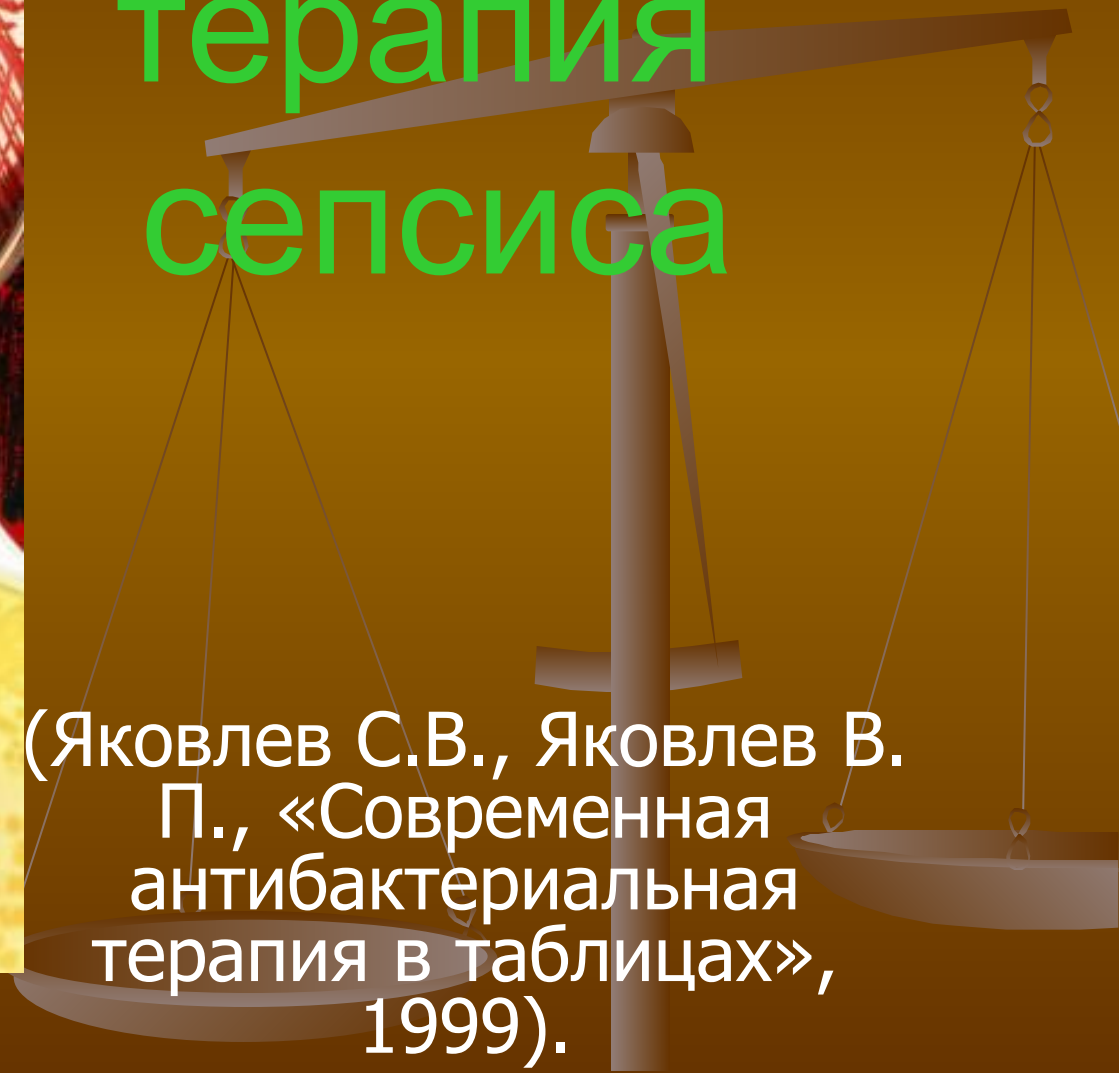
# противомикробная

# терапия

# сепсиса



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





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

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

