

Внебольничный аборт

Ассистент кафедры акушерства,
гинекологии и перинатологии ФПК и ППС

Пенжоян М.А

- ▶ Инфицированный внебольничный аборт встречается у 18-20% гинекологических больных, нередко сопровождается тяжелыми осложнениями, оперативными вмешательствами, а иногда приводит к летальному исходу. Возникает в результате непосредственного попадания микробов-возбудителей в матку (чаще при криминальных вмешательствах), заноса лимфогенным или гематогенным путем, а также во время выполнения легального аборта при наличии противопоказаний к нему (воспалительные заболевания гениталий - кольпит, аднексит, эндометрит; инфекционные заболевания экстрагенитального происхождения - ОРВИ, грипп, ангина, пневмония, пиелонефрит и др.), вследствие субинволюции матки или остатков плодного яйца после аборта.

Распространению инфекции способствуют такие факторы, как:

- ▶ - наличие раневой поверхности матки, разрывы и травмы шейки матки, являющиеся входными воротами для инфекции;
- ▶ - хорион и его остатки, обладают всасывающей способностью, что облегчает дальнейшее распространение в кровяное русло как самих микробов, их токсинов, продуктов распада, так и агрессивных химических веществ, введенных в матку с целью прерывания беременности;
- ▶ - ожог, травма, некробиотические изменения в матке, возникшие от использованных с целью прерывания беременности химических веществ (растворы водки, спирта, мыла и др.);
- ▶ - кровопотеря и анемизация, снижающие сопротивляемость организма инфекции.

Для определения клинических форм гнойно-септических заболеваний после аборта целесообразнее использовать классификацию послеродовых гнойно-септических осложнений СВ. Сазонова и А.В. Бартельса , адаптированную и дополненную. При этом следует различать переходящие один в другой 3 этапа распространения инфекции

- ▶ 1-й этап - неосложненный инфицированный (лихорадящий) аборт, при котором инфекция ограничена плодным яйцом и децидуальной оболочкой матки;
- ▶ 2-й этап - осложненный инфицированный аборт, при котором инфекция вышла за пределы матки, но осталась локализованной в малом тазу (поражены мышцы матки, маточные вены, трубы, яичники, параметральная клетчатка и тазовая брюшина);
- ▶ 3-й этап - септический аборт, при котором инфекция распространилась за пределы малого таза и стала генерализованной (септицемия - сепсис без видимых метастазов, септикопиемия - сепсис с метастазами, септический шок, анаэробный сепсис, перитонеальный сепсис).
- ▶ 4-й этап распространения инфекции - осложненный инфицированный аборт следует выделить в особую пограничную форму - гнойно-резорбтивную лихорадку (ГРЛ), нередко трактуемую как септическое состояние, сепсис (?), септический аборт. Эта клиническая форма инфекции является пограничной между локализованным и генерализованным процессом. При ГРЛ всегда имеются фактор нагноения с еще несовершенным ограничительным грануляционным процессом и фактор резорбции. Любое активное хирургическое вмешательство в матку без предварительного лечения будет способствовать «факту прорыва» инфекционного агента в кровь и генерализации инфекции с возможным летальным исходом вследствие быстро развивающегося септического шока.

Неосложненный инфицированный (лихорадящий) аборт

- ▶ Больные с этой патологией жалуются на температуру тела выше $37,5^{\circ}\text{C}$, однократный озноб, незначительную головную боль, наличие кровянистых или кровянисто-гнояных выделений из матки.
- ▶ Способ криминального вмешательства (на ранних сроках беременности - до 14 нед): чаще внутриматочное введение катетера и растворов, реже - медикаментов общего действия. Больные поступают в стационар через 5-7 дней после вмешательства, иногда со значительным кровотечением. Общее состояние больных при поступлении удовлетворительное или средней тяжести; кровотечение не сильное, но длительное, приводящее к анемизации (бледность, слабость, тахикардия, содержание гемоглобина менее 100 г/л). Высокая температура тела сохраняется 5-7 дней, затем переходит в субфебрильную, особенно при неадекватном самолечении.

- ▶ Выкидыш (чаще неполный) может произойти дома или в стационаре. При специальном гинекологическом обследовании выявляются структурные изменения шейки матки (размягчение, укорочение, раскрытие цервикального канала), наличие травм на слизистой оболочке шейки матки, размягчение и болезненность матки при исследовании, наличие кровянистых, гнойно-кровянистых или гнилостных выделений. Почасовой диурез достаточный, анализ мочи без изменений. Артериальное давление в норме, тахикардия соответствует температуре тела, одышки нет.
- ▶ При исследовании крови больной выявляются анемия при значительной и длительной кровопотере, умеренный лейкоцитоз; отсутствие токсических изменений; умеренное снижение содержания общего белка за счет уменьшения альбуминовой фракции; высокий титр С-реактивного белка .
- ▶ Морфологические изменения носят местный характер: эндомиометрит с некрозом децидуальной ткани, мелкоклеточной лейкоцитарной инфильтрацией в прилежащем мышечном слое, расширенными кровеносными и лимфатическими сосудами

Осложненный инфицированный аборт

- ▶ При осложненном инфицированном аборте (вариант течения - гнойно-резорбтивная лихорадка) больные предъявляют следующие жалобы: повышение температуры тела до 38 °С и более, озноб, общая слабость, головные боли, снижение аппетита, плохой сон, тошнота, иногда рвота, боли в низу живота, кровянисто-гнойные выделения.
- ▶ Беременность прерывается чаще всего в сроки более 14 нед внутриматочным введением катетера и различных химических веществ (водка, спирт, растворы мыла с водкой, калия перманганата и др.). Больные госпитализируются в стационар поздно - обычно на 7-14-й день после вмешательства, нередко после неадекватного лечения дома другими специалистами или после непрофильной госпитализации.
- ▶ Общее состояние больных при поступлении средней тяжести или тяжелое за счет выраженного интоксикационного синдрома: заторможенность или эйфория, бледность кожных покровов, гиперемия лица, пульс более 100 уд/мин, частота дыхания до 22-26 в минуту, анемия токсического характера, температура тела 39--40 °С с ознобом, потами и резкой слабостью.
- ▶ Инфицированный плод или его части нередко находятся в матке, являясь благоприятной средой для увеличения обсемененности, резорбции микробов, токсинов, продуктов распада, агрессивных веществ и способствуя процессам некробиоза в матке.

- ▶ При гинекологическом исследовании нередко можно обнаружить следы травмы шейки матки с некротическими налетами, следы ожога слизистой оболочки влагалища, размягчение шейки матки; цервикальный канал может пропускать 1-2 пальца за внутренний зев; иногда пальпируются части плода в матке; воды нередко изливаются раньше; матка увеличена, мягкая, болезненная локально или по всей поверхности, не сокращается при пальпации. Придатки матки отечны, болезненны, имеются положительные симптомы раздражения тазовой брюшины, иногда определяются сглаженность или нависание заднего свода из-за скопления жидкости в отлогих местах малого таза, движения матки за шейку болезненны, выделения из цервикального канала гнойно-кровянистые, гнилостные, с ихорозным запахом, явления цервицита и нередко кольпита.
- ▶ Суточный диурез несколько снижен до поступления, почасовой диурез на фоне проводимого лечения нормальный, однако при исследовании мочи обнаруживают белок, единичные эритроциты, лейкоцитурия, гиалиновые цилиндры. Артериальное давление нормальное или немного повышено, выраженная тахикардия (пульс 100-120 уд/мин), тахипноэ - до 22-30 дыханий в минуту. Тоны сердца ясные, иногда выслушивается легкий систолический шум на верхушке, на ЭКГ - синусовая тахикардия, нередко - мышечные изменения. В легких при аускультации могут отмечаться сухие хрипы, на рентгенограмме - усиление легочного рисунка. Печень и селезенка не увеличены, отмечаются умеренное вздутие кишечника, плохое отхождение газов, иногда жидкий стул.

- ▶ При исследовании крови выявляются: умеренная анемия токсического характера (без указания на значительную кровопотерю), гипохромия, лейкоцитоз, умеренная лимфопения, сдвиг формулы влево, выраженная диспротеинемия со снижением содержания общего белка, особенно его альбуминовой фракции, повышение уровня α - и β -глобулинов с отсутствием существенных изменений в γ -глобулиновой фракции, высокий титр С-реактивного белка (+++ или ++++), признаки метаболического ацидоза, значительное снижение количества Т- и В-лимфоцитов.
- ▶ Морфологическая картина. Эндомиометрит и метротромбофлебит при осложненном инфицированном аборте, протекающем по типу гнойно-разорбтивной лихорадки, характеризуются распространением инфекции по лимфатическим щелям и сосудам в глубь миометрия. Воспалительные изменения и некроз захватывают внутренний слой мышц матки, мелкоклеточная инфильтрация наблюдается в глубоких слоях миометрия и на отдельных его участках достигает серозного покрова матки. Инфекционный процесс может распространяться на придатки матки, приводя к отеку и инфильтрации маточных труб, отеку и инфильтрации тазовой брюшины

Септический аборт

- ▶ Септический аборт является общим генерализованным процессом, обусловленным реакцией организма на инфекционную агрессию. Он может протекать в виде септицемии (сепсиса без метастазов), септикопиемии (сепсиса с метастазами), анаэробного сепсиса, септического шока с осложнениями (острая почечная, печеночная, легочная и надпочечниковая недостаточность, ДВС-синдром), послеабортного перитонита.
- ▶ В течении септического аборта можно выделить 3 фазы:
- ▶ - фазу напряжения (компенсаторно-защитная реакция макроорганизма в ответ на агрессию возбудителей);
- ▶ - катаболическую фазу (прогрессирующий распад ферментных и структурных систем с последующей их декомпенсацией);
- ▶ - анаболическую фазу (постепенное восстановление утраченных резервных ресурсов организма).

Септицемия (сепсис без метастазов) - тяжелое острое заболевание, протекающее с бактериемией и выраженной интоксикацией организма. Может иметь быстрое и бурное или молниеносное течение, нередко развивается в более поздние сроки после криминального вмешательства. При длительном течении нередко переходит в следующую стадию распространения инфекции - септикопиемию. Может развиваться осложнение - септический шок, что раньше трактовалось как молниеносная форма септицемии.

- ▶ 1. Жалобы больных: высокая температура тела (до 40-41 °С), неоднократный озноб, сопровождающийся резкой слабостью, проливными потами, упорная головная боль, плохой сон, отсутствие аппетита, иногда боли в суставах, затруднение при ходьбе, гноевидные выделения из половых путей.
- ▶ 2. Срок прерываемой беременности: чаще от 14 до 27 нед.
- ▶ 3. Способ криминального вмешательства нередко больными отрицается, но при тщательном их опросе выявляется внутриматочное введение химических растворов.
- ▶ 4. Госпитализация больных поздняя, нередко после 4-5-дневного печения в домашних условиях, у врачей других специальностей, амбулаторно или в непрофильных отделениях.

- ▶ 5. Общее состояние больных тяжелое или крайне тяжелое, характеризуется ранним началом заболевания после вмешательства, повышением температуры тела до 40-41 °С с неоднократным ознобом и быстро нарастающей интоксикацией. У больных наблюдаются галлюцинации, бред, эйфория или адинамия, сонливость или бессонница, нарастающая слабость. Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком или серо-землистого цвета, синюшный оттенок ногтевых фаланг и слизистой оболочки губ, иногда бывают мелкоточечные петехиальные кровоизлияния на конъюнктивах, на лице в форме бабочки, мочках ушей, груди, конечностях вследствие поражения капилляров. Подобные сосудистые поражения возникают во внутренних органах, головном мозге, на слизистых оболочках мочевого пузыря, желудка, кишечника. Нередко отмечаются пастозность лица, ног, отечность наружных поверхностей бедер.
- ▶ 6. Повышение температуры тела до 40-41 °С наблюдается у 18-20% больных, у остальных - до 38-39 °С (с колебаниями до 3 °С). Озноб повторяется 1-2 раза, если чаще (до 3-5 раз в сутки), то прогноз заболевания становится сомнительным.
- ▶ 7. Инфицированный плод или его части могут находиться в матке больной.

- ▶ 8. При специальном гинекологическом исследовании можно обнаружить на шейке матки, слизистой оболочке влагалища следы криминального вмешательства. Цервикальный канал раскрыт на 1-2 см, матка увеличена и болезненна, имеются гнойные выделения, иногда локальная бледность по ребрам матки, свидетельствующая о тромбофлебите маточных вен. Локальные изменения менее значимы, чем общее тяжелое состояние больной.
- ▶ 9. Придатки матки могут быть изменены вследствие попадания токсинов из матки в кровеносное русло и нарастания признаков интоксикации. Но при длительном течении септицемии могут быть воспалительные изменения в придатках и клетчатке параметриев в виде бокового, переднего или заднего параметрита, сопровождающегося инфильтратом, тромбозом, нагноением, появлением серозного или гнойного выпота в малом тазу. При криминальном вмешательстве распространение воспалительного процесса на клетчатку параметриев следует рассматривать как проявление септикопиемии, то есть как вторичный инфекционный процесс, разрешение которого лишь в исключительных случаях возможно при консервативном и длительном лечении. Основным и главным первичным источником нагноения является матка с инфицированными остатками плодного яйца или без них. В сосудах матки - васкулиты и инфицированные тромбы. Прорыв гнойника в полые органы, брюшную полость или длительный нагноительный процесс с расплавлением клетчатки малого таза нередко приводят к смертельным исходам, если своевременно не предпринято адекватное хирургическое лечение.
- ▶ 10. Наблюдается выраженная олигурия, появляется белок, выявляются лейкоцитурия, эритроцитурия, цилиндры, слизь, бактерии.

- ▶ 11. АД снижено у трети больных, у большинства больных отмечаются тахикардия до 120-140 уд/мин и тахипноэ - до 30 дыханий в минуту, признаки перегрузки правых отделов сердца. Язык чаще сухой, обложен коричневым налетом, губы сухие, часто с герпетическими высыпаниями. Печень увеличена, край ее болезнен при пальпации, селезенка увеличена не всегда. Живот умеренно вздут, может наблюдаться зловонный понос токсического происхождения, непроизвольные мочеиспускание и стул вследствие паретического состояния сфинктеров.
- ▶ 12. При исследовании крови выявляются анемия токсического характера, значительный лейкоцитоз (до $20,0-30,0 \cdot 10^9/\text{л}$) лишь у четверти больных, у остальных количество лейкоцитов чуть выше нормы либо наблюдается лейкопения, что прогностически неблагоприятно и свидетельствует об угнетении функции костного мозга. Отмечаются появление юных форм нейтрофилов, отсутствие эозинофилов, значительно увеличивается число нейтрофилов за счет палочкоядерных форм, наблюдаются лимфопения, моноцитопения, высокая СОЭ, выраженная токсическая зрелость нейтрофилов, плазматические клетки, анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия.
- ▶ 13. Морфологическая картина. В матке явления эндометрита и метротромбофлебита, некротические изменения эндометрия, нередко некротические остатки плодного яйца, глубокая лимфо- и лейкоцитарная инфильтрация миометрия, васкулиты с инфицированными тромбами. Маточные трубы отечные, с признаками эндосальпингита. Ткань яичников отечная, с кровоизлияниями, нередко инфицированные тромбы в связочном аппарате.

Септикопиемия (сепсис с метастазами).

Септикопиемия при септическом аборте является следующим этапом септицемии, или сепсисом с метастазами. Характеризуется образованием гнойных очагов в различных органах и тканях - легких (пневмония, инфаркт легких, абсцесс легких, гнойный плеврит), почках (пиелонефрит, субкапсулярные абсцессы, карбункул почек), эндокарде (септический эндокардит с образованием некротических изъязвлений клапанов сердца), головном мозге (гнойный менингоэнцефалит и энцефалит).

Септикопиемия может развиваться после выведения больных из септического шока

- ▶ 1. Жалобы больных такие же, как при септицемии, с присоединением жалоб в зависимости от места поражения: одышка, затрудненное дыхание, кашель, удушье - при поражении легких и сердца; дизурические расстройства, ознобы, высокая лихорадка, пиурия - при поражении почек; боли, желтуха - при поражении печени, селезенки; упорные головные боли, заторможенность или возбуждение, явления менингизма - при поражении головного мозга; отечность суставов, затруднения при ходьбе, боли - при поражении суставов (инфильтрация, гиперемия); флюктуация абсцессов мягких тканей и др.
- ▶ 2. Госпитализация больных поздняя, обусловлена стертым течением сепсиса или неадекватным лечением пиемических очагов.
- ▶ 3. Септикопиемия начинается через 10-15 дней после криминального вмешательства, характеризуется волнообразным течением с периодами тяжелой интоксикации и бактериемии, сменяющихся короткими ремиссиями. Нередко септикопиемия возникает после эвакуации плодного яйца при генерализованном процессе.

- ▶ 4. Общее состояние больных тяжелое или крайне тяжелое. На фоне незначительной ремиссии имеют место повышение температуры тела до 40-41 °С с повторяющимся ознобом, заторможенность или возбуждение; выраженная адинамия, бред сменяются бессонницей, апатия - возбуждением; появляются боли в икроножных мышцах и суставах; при поражении головного мозга - нестерпимые головные боли, ригидность в области затылка. Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком, цианоз ногтевых фаланг и слизистой оболочки губ, выраженные явления сердечной недостаточности (тахикардия - до 120-140 уд/мин), тахипноэ - до 25-40 дыханий в минуту. Сердечные тоны приглушены, гипотония, систолический или диастолический шум на верхушке сердца или аорте, аритмия, расширение границ сердца, иногда шум трения перикарда. Печень и селезенка увеличены. Нередко отмечается понос, масса тела уменьшается. Выражение лица становится безразличным. Появляются поражения на коже в виде трещин, корок, петехиальной сыпи, присоединяются клинические симптомы со стороны пораженных гнойными метастазами органов.
- ▶ 5. При гинекологическом исследовании можно наблюдать явления эндоцервицита, небольшие гнойевидные выделения, слегка увеличенную матку без изменений придатков при отсутствии остатков плодного яйца в матке или такие же изменения, как при септицемии

- ▶ 6. Выявляются олигурия со значительной потерей белка, цилиндрурия, лейкоцитурия, эритроцитурия, значительное содержание бактерий. При соответствующей терапии диурез и концентрационная способность почек нормализуются.
- ▶ 7. Картина крови зависит от того, когда была взята кровь для исследования. В период обострения выявляются выраженная анемия с уменьшением количества эритроцитов, появлением нормобластов и фибробластов, пойкилоцитоз и анизоцитоз. Нередко наблюдаются лейкопения (до $5,0 \cdot 10^9/\text{л}$), лимфопения и моноцитопения, отсутствие эозинофилов, сохраняется токсическая зернистость нейтрофилов. В период ремиссии показатели белой крови улучшаются, однако токсическая анемия продолжает сохраняться до следующей волны обострения, так же как и высокая СОЭ (до 60-70 мм/ч).

- ▶ Гипопротеинемия с дальнейшим уменьшением количества альбуминов обусловлена продолжающейся циркуляцией в крови токсических продуктов. Содержание калия снижено, содержание натрия не изменено, появляется гипербилирубинемия, повышается количество креатинина, остаточного азота, мочевины, глюкокортикоидов, снижается содержание общих липидов и холестерина, значительно уменьшаются количество Т- и В-лимфоцитов и их функциональная активность, повышается уровень ЦИК.
- ▶ В аскорбатной окислительно-восстановительной системе значительное повышение окисленных форм наблюдается в период образования новых метастатических очагов, однако и в период ремиссии антиоксидантная система значительно угнетена, восстановления равновесия АК и ОФ не наступает, наблюдается значительный дефицит восстановленных форм.
- ▶ 8. Морфологическая картина. При отсутствии остатков плодного яйца в матке имеются васкулиты и инфицированные тромбы в сосудах.

Анаэробный сепсис.

- ▶ Возникает исключительно при криминальных абортах вследствие инфицирования анаэробными бактериями. Возбудитель выделяет токсин, обладающий летальными, некротическими и гемолитическими свойствами. Под его действием происходит разрушение химической структуры гемоглобина, который превращается в метгемоглобин, наблюдаются гемолиз эритроцитов, частичное изменение тромбоцитов, протеинов плазмы, обуславливающие развитие капилляротоксикоза, что способствует транссудации и отеку тканей. Под воздействием коллагеназы, продуцируемой возбудителем, разрушаются тканевые белки и коллагеновые структуры, мышечная ткань при этом может расплавляться с образованием пузырьков газа, который выделяется из матки вместе с отхождением тканей.

- ▶ Заболевание начинается остро, с повышения температуры тела до 39-40 °С, озноба, рвоты, болей в мышцах, появления желтухи, в течение нескольких часов кожа приобретает бронзовый оттенок. Возникает триада симптомов, известная как триада Нюренберга: бронзовая окраска кожи, моча цвета мясных помоев, темно-коричневый цвет плазмы крови (гемолизированная кровь). Быстро развиваются тяжелая интоксикация, острая почечная недостаточность. Состояние больных становится критическим вследствие увеличивающейся гипоксии, уремии (вялость, сонливость, запах ацетона изо рта, рвота, паретический живот, жидкость в отлогих местах, дыхание Куссмауля, азотемия), нарастающей тахикардии до 140-160 уд/мин. Больные в 90% случаев погибают, особенно когда развиваются гангрена матки и перитонит. Если больные не погибают от уремии, то на 10-11-е сутки повышается диурез, появляется полиурия, повышается уровень гемоглобина, прекращается рвота, исчезают отеки.

Септический шок

- ▶ Септический шок может осложнить течение как локализованных форм ГСИ после аборта, так и любой генерализованной формы этой инфекции. Спровоцировать развитие СШ могут любые хирургические вмешательства (выскабливание полости матки, хирургическая обработка абсцессов, ран, активная антибактериальная терапия, приводящая к бурному лизису бактерий, родовая деятельность и др.). При этом микробная инвазия в сочетании с повреждением у больных иммунной системы и гуморальной регуляции быстро приводит к нарушению адекватности перфузии тканей оксигенированной кровью вследствие развития тяжелых системных расстройств. Возникают поражения паренхиматозных органов с нарушением их функции: острая почечная недостаточность (ОПН) («шоковая почка»), острая печеночная недостаточность (ОПечН) («шоковая печень»), острая легочная недостаточность («шоковое легкое»), развивается ДВС-синдром. Нередко больные поступают в стационар уже с этими осложнениями СШ.

Клиническая картина СШ характеризуется сочетанием симптомов острого гнойного процесса и нарушения функций органов и систем организма. Условно следует различать 6 симптомов СШ

- ▶ - симптомы инфекции (лихорадка, озноб, бактериемия, анемия, лейкоцитоз);
- изменения со стороны ЦНС (неадекватность поведения, возбуждение, сопорозно-коматозное состояние);
- нарушения гемодинамики (гипер- и гиподинамический синдром, нарушение автоматизма и ритма сердца с тахикардией до 110-120 уд/мин, ишемия миокарда, нарушение микроциркуляции, коагулопатия);
- ▶ - нарушения дыхания (тахипноэ более 30 дыханий в минуту), гипоксия, рентгенологические признаки «шокового легкого»;
- ▶ - нарушения функций почек и печени (признаки ОПН с олигурией 20-30 мл/ч и ОПечН);
- ▶ - нарушения метаболизма (диспротеинемия, гипергликемия, метаболический ацидоз, гиперлактатемия, гиперосмоляльность, снижение онкотического давления крови).

Послеабортный перитонит

- ▶ Возникает при повреждениях матки и органов брюшной полости или при распространении микробов из матки на брюшину лимфогенным, гематогенным путем или через маточные трубы, чаще всего при криминальных вмешательствах с целью прерывания беременности. Течение послеабортного перитонита имеет ряд особенностей в связи с тем, что это динамически развивающийся процесс, переходящий из отграниченного (местного), чаще серозного, в разлитой (общий) фибринозно-гнойный или гнойный. Местный перитонит является следствием распространения инфекционного процесса из инфицированной матки в первые 2-3 сут, в то время как разлитой перитонит развивается в течение нескольких часов при перфорации матки с травмой (или без нее) органов брюшной полости (мочевого пузыря, кишечника, брыжейки, сальника), пиосальпинкса, пиовариума, абсцессов малого таза, при задержке инфицированных частей плода в течение длительного времени (1-2 нед).

Лечебная тактика при септическом аборте

Лечение больных с септическими абортами должно быть интенсивным и многокомпонентным. Оно должно включать:

- ▶ - проведение предоперационной подготовки или комплекса реанимационных мероприятий;
- ▶ - хирургическое удаление основного источника инфекции;
- ▶ - интенсивную послеоперационную терапию основного заболевания и его осложнений;
- ▶ - реабилитационные мероприятия на госпитальном этапе;
- ▶ - постгоспитальную реабилитацию и диспансерное наблюдение больных.

Патогенетическая предоперационная (или реанимационная) подготовка больных включает:

- ▶ - ликвидацию гиповолемии и гиповолемического шока введением коллоидных и кристаллоидных растворов;
- ▶ - стабилизацию гемодинамических показателей введением больших доз глюкокортикоидов, вазопрессоров, кардиотонических средств, витаминов;
- ▶ - антибактериальную терапию двумя-тремя антибиотиками широкого спектра действия, применение ингибиторов протеаз с целью предупреждения повреждения тканей и потенцирования действия антибиотиков;
- ▶ - при необходимости форсирование диуреза применением осмодиуретиков и спазмолитиков;
- ▶ - введение поливалентной противогангренозной сыворотки при подозрении на анаэробный сепсис;
- ▶ - постоянное насыщение организма кислородом, при нарастающей дыхательной недостаточности — раннюю и длительную искусственную вентиляцию легких

Хирургическое лечение

- ▶ Хирургическое удаление основного источника инфекции при септическом аборте предусматривает экстирпацию матки с удалением маточных труб, ревизию и дренирование брюшной полости в наиболее ранние сроки после постановки диагноза «сепсис», независимо от варианта его течения. Необходимым условием является стабилизация центральной гемодинамики для успешного проведения анестезиологического пособия и самой операции. В течение 2-3 ч при перитоните и 6-8 ч при других вариантах сепсиса должен быть решен вопрос о возможности выполнения операции или об отказе от нее.

Интенсивная терапия в послеоперационном периоде предусматривает

- ▶ - продолжение антибактериальной терапии антибиотиками широкого спектра действия с соблюдением основных правил их применения (сочетание тиенама, меронема, аугментина с метрагилом, нитрофуранами, антигрибковыми и другими антипротозойными препаратами);
- ▶ - интенсивную инфузионную терапию, которая проводится как во время операции, так и после нее в палате реанимации с учетом регуляции всех видов обмена (введение аминокислот, кровезаменителей, коллоидных и кристаллоидных растворов, белков, иногда гемотрансфузии);
- ▶ - детоксикационную терапию: гемосорбцию со второго дня после операции (3-6 сеансов через день), ГБО (5-6 сеансов), УФО крови со второго дня после операции ежедневно (8-10 сеансов), внутривенное введение 5% раствора унитиола с аскорбиновой кислотой 2-3 раза в сутки с целью улучшения окислительно-восстановительных процессов, увеличения бактерицидной активности сыворотки крови, улучшения процессов тканевого дыхания, устранения гипоксии, улучшения микроциркуляции, функции паренхиматозных органов и моторики кишечника;
- ▶ - применение антигистаминных препаратов (супрастин, димедрол и др.) для обеспечения седативного, противоотечного и антигистаминного эффектов;
- ▶ - повышение резистентности организма к инфекции путем введения антистафилококкового γ -глобулина, антистафилококковой плазмы, полиглобулина, тималина, Т-активина, проведения УФО крови;
- ▶ - продолжение гормональной терапии в убывающих дозах (гидрокортизон, преднизолон) в период реконвалесценции, особенно при септикопиемии;

- ▶ применение гепарина по 5000 ЕД с интервалом 6 ч для улучшения реологических свойств крови и предупреждения процессов тромбообразования, а также с противовоспалительной целью;
- ▶ - применение кардиотонических и кардиостимулирующих средств (кокарбоксилаза, сердечные гликозиды, курантил, АТФ, дигоксин, цитохром С, комплекс витаминов) для стабилизации сердечной деятельности и показателей ЭКГ;
- ▶ - улучшение моторики кишечника с первых суток после операции путем применения стимулирующих перистальтику кишечника средств, ГБО, перидуральной блокады, липолитических ферментов, лечебной гимнастики, полноценного питания и др.;
- ▶ - продолжение сбалансированной по объему и составу инфузионной терапии, ежедневные сеансы гемосорбции, ГБО, УФО крови при формирующейся почечной недостаточности, отсутствии эффекта от мероприятий по форсированию диуреза; при нарастающих и критических показателях азотемии - сеансы гемодиализа;
- ▶ - введение гепатотропных средств (глутаминовая кислота, эссенциале, рибоксин, корсил), желчегонных средств и спазмолитиков, препаратов калия, ферментов при явлениях ОПечН с целью улучшения функции печени;
- ▶ - раннее применение общего и локального ультрафиолетового облучения, лекарственного электрофореза, фонофореза, лечебной гимнастики, фитотерапии.

Реабилитационные мероприятия на госпитальном этапе после периода клинического выздоровления включают

- ▶ - лечение остаточных явлений ОПН, ОПечН, пневмонии, посттромбофлебитического синдрома, миокардиодистрофии, локальных инфильтратов и астеновегетативных нарушений в специализированных отделениях и центрах реабилитации в течение 1-1,5 мес.;
- ▶ - назначение гепатотропных и сердечно-сосудистых средств, витаминов, фитотерапии, физиотерапии, полноценной диеты, ЛФК, которые способствуют предупреждению развития хронического сепсиса.

- ▶ Больные с генерализованными формами инфекции нуждаются в течение 3 мес. в лечебных мероприятиях, направленных на предупреждение рецидивов заболевания и лечение остаточных проявлений сепсиса (лечение у гинеколога и других специалистов - эндокринолога, хирурга, терапевта, отоларинголога, психиатра, невропатолога). Появление у больной озноба, высокой температуры тела, слабости, головных болей и болей в суставах свидетельствует о рецидиве сепсиса, требует срочной госпитализации и проведения интенсивной терапии. Лечебные мероприятия при остаточных проявлениях сепсиса включают противовоспалительную противорецидивную терапию, физиотерапию, фито-, игло- и рефлексотерапию, общеукрепляющее лечение, регуляцию режима труда и отдыха, санаторно-курортное и бальнеолечение (родоновые и сероводородные ванны не ранее чем через год).

Спасибо за внимание.