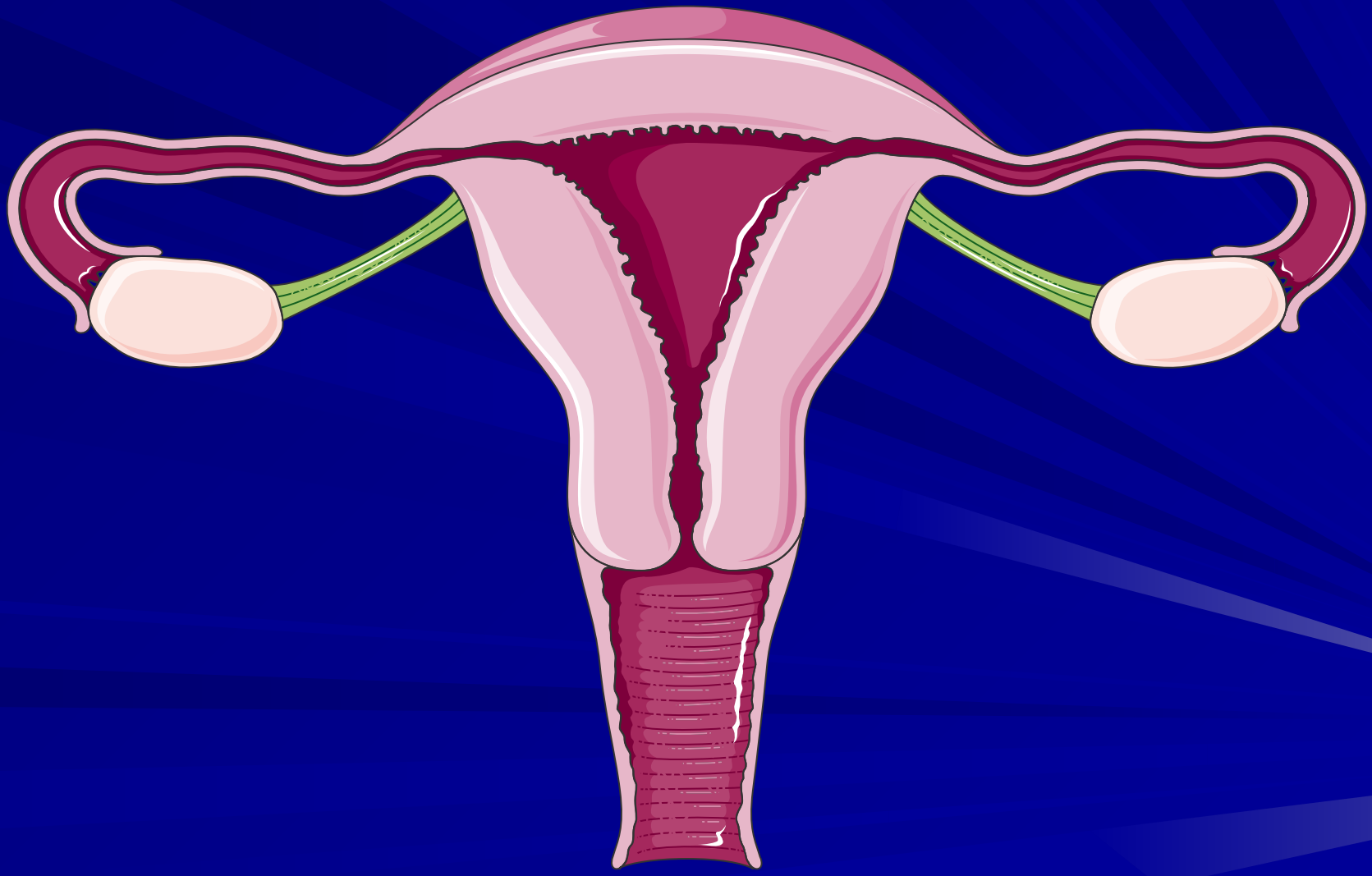
Послеродовые гнойно-септические заболевания (перитонит ,сепсис ,токсико-инфекционный шок)

Лекция

К послеродовым инфекционным осложнениям относятся болезни, наступившие в результате инфицирования родовых путей, а так же септические процессы возникшие во время беременности, родов и продолжающиеся развиваться в послеродовом периоде.

Решающее значение при возникновении послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний принадлежит сопротивляемости и реактивности макроорганизма и наличию входных ворот для инфекции. Раневые поверхности влагалища ,матки инфицируются в результате непосредственного заселения раны микроорганизмами или метастатическим путем. Основные пути проникновения послеродовой инфекции – кровянистый ,лимфатический и интраканаликулярный.

Анатомия внутренних половых органов



Заболевания вызывают патогенные возбудители :

- Стафилококк
- В- гемолитический стрептококк группы А и Д
- Кишечная палочка
- Анаэробы
- Протей
- Полимикробная инфекция.

Раневая инфекция

- Разрывы шейки матки и влагалища
- Разрывы прямой кишки и мочевого пузыря
- Эпизиотомия
- Кесарево сечение

Инфекция мочевого тракта

- Цистит
- Уретрит
- Пиелонефрит
- Бессимптомная бактериурия беременных

Другие экстрагенитальные инфекции и заболевания

- Пневмония
- Гайморит
- Тромбофлебит
- Анемия (тяжелая)
- Сахарный диабет
- Транслокация бак.возбудителей из ЖКТ (хр. колит ,энтероколит).
- Инфекция ротовой полости (стоматит ,пульпит и др.)
- Гнойничковые поражения кожи(фурункулез , страптодермия и др.)
- Алиментарные истощения

Случайные инфекции в послеродовом периоде

- ОРВИ
- Ангины
- Пищевые токсикоинфекции
- Малярия
- Тиф
- Сифилис
- ВИЧ\СПИД

Классификация гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний (С.В. Сазонов, А.В. Бартельс)

I ЭТАП -местное проявление инфекционного процесса в существующей после родов ране

- послеродовая язва;
- послеродовой эндометрит

II ЭТАП –процесс распространен за пределы раны, но остается локализованным

- метрит;
- параметрит;
- сальпингоофорит;
- томбофлебит;
- тромбофлебит бедренных вен

III ЭТАП – инфекция по своей тяжести близка к генерализованной

- диффузный перитонит;
- септический шок;
- анаэробная газовая инфекция;
- прогрессирующий тромбофлебит

IV ЭТАП - генерализованная инфекция

- сепсис без гнойных метастазов (септицемия)
- сепсис с гнойными метастазами (септикопиемия)

Инфекции I этапа

ПОСЛЕРОДОВАЯ ЯЗВА появляется вследствии инфицирования трещин, ссадин и разрывов слизистой влагалища, шейки матки, промежности.

НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЙ: на 3-4 сутки после родов.

Жалобы :

- боли и жжение в области наружных половых органов (особенно при попадании на рану мочи);
- повышение температуры тела до 37,4 – 38,0 С;
- слабость.

ДИАГНОСТИКА :

- местно: поверхность раны тусклая, покрытая грязным, серым или серовато-желтым налетом, трудно отделяемым от раневой поверхности;
- отек и гиперемия близлежащих тканей;
- повышение температуры тела до 38 С и выше ;
- тахикардия (соответствует температуре тела);
- в клиническом анализе крови: лейкоцитоз, ускоренная СОЭ

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА:

- ежедневная обработка раны антисептическими растворами (3% р-р Н202, 0,05% р-р фурациллина, р-р бетадина 1:100, р-р цитеала 1:10);
- дренирование раны до полного очищения ее от гноя (резиновый выпускник, турунда с 10% р-ром NaCI);
- перевязка 3-4 раза в день;
- антибиотики – строго по показаниям, трихопол – по 1т. 3 раза в день;
- После очищения раны и появления грануляции – мазевые повязки 1 раз в 2 дня (хорошо зарекомендовал себя КОЛПОТРОФИН (ПРОМЕСТРИН) – улучшает заживление эпизиотомной раны, ран мягких тканей влагалища и шейки ускоряя тканевую репарацию тканей).
- При необходимости – наложение вторичных швов на промежность.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И ЭФФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ :

- АУФОК № 5
- Лазеротерапия № 3
- Магнитотерапия № 5

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ – воспаление внутренней поверхности матки, самая частая форма послеродовой инфекции. Может быть самостоятельным заболеванием или одним из симптомов генерализованных послеродовых инфекционных осложнений.

НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЙ :

НА 3-5 СУТКИ ПОСЛЕ РОДОВ ИНОГДА И ПОЗДНЕЕ.

ЖАЛОБЫ

- боль внизу живота , пояснице;
- головная боль;
- повышение температуры тела вначале до субфебрильных цифр, затем до 38-39 С и выше;
- ухудшение сна;
- понижения аппетита;
- общая слабость;
- обильные лохии с неприятным запахом;
- в тяжелых случаях- лихорадка, озноб, обильное потоотделение.

ДИАГНОСТИКА

- бледность кожных покровов;
- язык сухой, обложен налетом;
- тахикардия;
- некоторое снижение АД;
- при перкуссии и пальпации передней брюшной стенки – болезненность в области проекции матки;
- *ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:* субинволюция матки, болезненность при проведении исследования, гнойные выделения из полости матки;
- *ЛАБОРАТОРНО:* в клиническом анализе крови- лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, ускоренная СОЭ, моноцитопения, лимфоцитопения, анемия; в анализе выделений:1/2 или все поле зрения – лейкоциты, пласты эпителия, бактериальная флора.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ

лечебная тактика

- Холод на низ живота в первые 1-2 суток
- Антибактериальная терапия
- Антипиретики (АСПИРИН, ПАРАЦЕТОМОЛ) – при температуре тела 38С по 0,5 х 3 р/день.
- Пассивная иммунизация человеческим иммуноглобулином по 3 дозы № 3 (1,5 мл – 1 доза) в/м 1 раз в день, вводить ежедневно 3 дня
- Поливитамины
- Эфферентные методы:
  - Плазмаферез (по показаниям в 1-2-е сутки)
  - АУФОК – с 3-4-х суток №5
  - Переливание рентгеноблученной вне организма аутокрови (РОВО-АК)

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ

Антибактериальная терапия

- Если известен возбудитель и его чувствительность к антибактериальным препаратам – назначение соответствующего антибиотика;
- Если возбудитель неизвестен:
  - Защищенные пенициллины (***Аугментин, Амоксиклав)***
  - При неэффективности в течение 3-х дней или наличии противопоказаний ***– Цефалоспорины II*** генерации (*Зинацеф, Зиннат, Цефаклор);*
  - При неэффективности в течение 3-х дней или наличии противопоказаний – *Цефалоспорины III* генерации (*Цефтриаксон, Фортум*), либо *Фторхинолоны III* генерации (*Таваник)*, либо сочетание *Цефалоспоринов II-III* генерации с *Макролидами*

NB! Рациональной схемой следует считать ступенчатую терапию одним антибиотиком (например, Зинацеф – 3 дня + Зиннат – 5 дней)

ИНФЕКЦИИ II ЭТАПА

Параметрит – воспаление околоматочной клетчатки, которое развивается в результате распространения инфекции лимфатическим путем или реже – через плацентарную площадку (при низком прикреплении или предлежании плаценты).

ПАРАМЕТРИТ может быть :

- *Первичным* – как самостоятельное заболевание
- *Вторичным* – как реакция соединительной ткани на воспаление клетчатки верхней части широких связок, мезосальпинкса, тромбофлебит тазовых вен и т.п.

Начало заболевания : на 10-12 сутки послеродового периода, часто – как следствие эндометрита.

Жалобы:

- Повышение температуры тела до 39-40 С, озноб;
- Резкая общая слабость;
- Повышение потливости;
- Одышка;
- Сердцебиение;
- Тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку;
- Боли в нижних конечностях;
- Частое мочеиспускание (при образовании инфильтрата вокруг мочевого пузыря);
- Боли при мочеиспускании (вследствии реактивного раздражения маточно-пузырной складки).

Диагностика :

- Бледность кожных покровов, в тяжелых случаях- с серо-землистым оттенком;
- Язык сухой, обложен налетом;
- Одышка: ЧДД > 20 раз в 1 мин.;
- Тахикардия > 120 уд. В мин.;
- АД нормальное или несколько снижено.

- *При пальпации передней брюшной стенки* – болезненность в нижних отделах живота, в тяжелых случаях- положительные симптомы раздражения брюшины, матка тестоватой консинстенции, неподвижна или ограничена в подвижности, в зависимости от локализации инфильтрата- уплотнение и болезненность околоматочной клетчатки спереди, сзади или по боковым стенкам матки, уплотнение или выпячивание сводов влагалища

- *Лабораторные данные:* в клиническом анализе крови- анемия, лейкоцитоз, нейрофилез, палочкоядерный сдвиг влево, лимфоцитопения и моноцитопения, ускоренная СОЭ, в анализе мочи – лейкоцитурия, может быть бактериурия (при развитии вторичного цистита или пиелонефрита); в анализе выделений : лейкоциты-1/2 или все поле зрения, эпителий- пласты, бактериальная флора, УЗИ –определение инфильтрата в околоматочном пространстве, его неоднородность и повышенная эхогенность

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА :

- Строгий постельный режим.
- Холод на низ живота в первые 2-3 суток.
- Антибактериальная терапия: ступенчатая терапия защищенными пенициллинами (АУГМЕНТИН) или Цефалоспорины II поколения (ЗИНАЦЕФ +ЗИННАТ).
- Нестероидные противовоспалительные препараты (ДИКЛОФЕНАК, ИНДОМЕТАЦИН и др.) в виде свечей per rectum 2-3 аза в сутки
- Антипиретики (АСПИРИН, ПАРАЦЕТАМОЛ и др.) – при температуры тела выше 38 С

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА :

- Инфузионная терапия : 5% р-р глюкозы + 5,0 мл витамины С; гемодез или нео-гемодез, полисол и др.
- Пассивная иммунизация человеческим иммуноглобулином по 3 дозы № 3 или антистафилоккоковым иммуноглобулином по 4 мл в/м через 8 часов № 3; или обогащенную поливалентную или с высоким титром синегнойных антител плазму (1 доза150мг) растворить в физ.растворе и вводить медленно в/в.
- Поливитамины

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА :

- Десенсибилизирующие препараты (ДИМЕДРОЛ, ДИАЗОЛИН, СУПРАСТИН и др.)
- Эфферентные методы лечения: ПА (по показаниям в 1-2 сутки); АУФОК – 3-4 суток №5; РОВОАК
- Физиотерапевтические методы(В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ)
- На стадии реабилитации: магнитотерапия; УЗ с гидрокортизоном; электрофорез с 10 %р-ром димексида, ИВТ

СЕПТИЧЕСКИЙ ТРОМБОФЛЕБИТ

- МЕТРОТРОМБОФЛЕБИТ
- ТРОМБОФЛЕБИТ ТАЗОВЫХ ВЕН
- ТРОМБОФЛЕБИТ БЕДРЕННЫХ ВЕН

МЕТРОТРОМБОФЛЕБИТ, ТРОМБОФЛЕБИТ ТАЗОВЫХ ВЕН

чаще всего является осложнением эндометрита.

- НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ : через 2-3 недели от начала эндометрита.
- ЖАЛОБЫ :
- Сохранение гипертермии в течении 2-3-х недель, ознобы;
- Головная боль;
- Общая слабость;
- Одышка;
- Боль внизу живота, часто без определенной локализации.

ДИАГНОСТИКА:

- ЧДД >20 раз в 1*;
- Частый пульс, не соответствующий температуре тела;
- При пальпации и перкурссии передней брюшной стенки: болезненность в нижних отделах живота;
- *При влагалищном исследовании:* матка увеличена в размерах, мягкой консинстенции, болезненная при пальпации, по боковым поверхностям матки можно определить плотные, четкообразные, резко болезненные «шнуры» (тромбированные вены таза);
- *Лабораторно:* в клиническом анализе крови – анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом влево, лимфоцито- и моноцитопения, ускоренная СОЭ; в коагулограмме: признаки гиперкоагуляции (увеличение протромбинового индекса, ускорение АЧТВ, появление продуктов деградации фибрина-фибриногена В, положительный этаноловый тест); при допплер-исследовании сосудов малого таза – тромбозы глубоких вен таза и маточных сосудов.

ТРОМБОФЛЕБИТ БЕДРЕННЫХ ВЕН развивается вслед за тромбозом тазовых вен.

НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ: через 2-3 недели от начала эндометрита.

ЖАЛОБЫ:

- боль по ходу бедренных сосудов (в нисходящем направлении – от паховой связки к бедренному треугольнику);
- кожа пораженной нижней конечности бледная, гладкая, блестящая;
- отек и увеличение объема пораженной ноги;
- температура тела > 38 С, озноб;
- общая слабость;
- головная боль

ДИАГНОСТИКА:

- Изменение цвета кожных покровов пораженной ноги;
- Увеличение объема пораженной конечности;
- *При пальпации*: в области поражения резко болезненные «шнуры» (бедренные вены);
- *Лабораторно:* в клиническом анализе крови – лейкоцитоз, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом влево, лимфоцито- и моноцитопения, ускоренная СОЭ; в коагулограмме: признаки гиперкоагуляции (увеличение протромбинового индекса, ускорение АЧТВ, появление фибриногена В, положительный этаноловый тест);при допплер-исследовании бедренных сосудов- тромбоз бедренных вен.

ЛЕЧЕНИЕ СЕПТИЧЕКИХ ТРОМБОФЛЕБИТОВ :

- Строгий постельный режим.
- Возвышенное положение и бинтование эластическими бинтами пораженной нижней конечности.
- Антикоагулянтная терапия: ГЕПАРИН по 450-500 ЕД/кг массы тела больной п/к через каждые 4 часа; в/в капельно с реополиглюкином 400 мл в течении 5-7 дней; ТРЕНТАЛ 5 мг/кг; ФРАКСИПАРИН 0,6 п/к 2 раза в день или КЛЕКСАН 1 мг/кг 2 раза в сутки в течении 10-14 дней, ТРОКСЕВАЗИН под контролем гемостазиограммы и допплер-исследования.
- Антибактериальная терапия.
- Антипиретики (АСПИРИН, ПАРАЦЕТАМОЛ и др.)
- При метротромбофлебите и тромбофлебите тазовых вен – влагалищные тампоны с гепарином, троксевазиновой или бутадионовой мазью; при тромбофлебите бедренных вен- повязка с вышеуказанными мазями на область поражения.
- Поливитамины.

ИНФЕКЦИИ III ЭТАПА.

АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ – чаще всего является осложнением после операции кесарево сечение.

ФАКТОРЫ РИСКА:

- Длительность родов более 10-12 часов.
- Безводный период более 6 часов.
- Кровопотеря более 1000 мл.
- Анемия.
- Ожирение.
- Частые влагалищные исследования.
- Продолжительность операции более 1 часа.
- Наличие УГИ.

«РАННИЙ» ПЕРИТОНИТ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

ПАТОГЕНЕЗ: инфицирование брюшины во время операции кесарева сечения.

НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ : 1-2 сутки после операции.

АНАМНЕЗ: хориоамнионит в родах, длительный безводный период, затяжные роды.

ДИАГНОСТИКА:

- Выражены симптомы интоксикации - лихорадка, тахикардия, сухость слизистых оболочек, тахипноэ;
- Симптомы раздражения брюшины, боль, «мышечная защита», симптом Щеткина - Блюмберга не выражен;
- Парез кишечника;
- Гематологическая картина: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, ускоренная СОЭ.

Лечебная тактика:

- Восполнение ОЦК, управляемая гемодилюция и регуляция микроциркуляции – РЕОПОЛИГЛЮКИН,НЕОГЕМОДЕЗ, р-р ГЛЮКОЗЫ, форсированный диурез.
- Антибактериальная терапия. Рациональной стартовой терапией следует считать защищенные пенициллины (АУГМЕНТИН1,2 х 3-4 раза в сутки) либо карбапенемы (ТИЕНАМ),ЦИФРАН, ТАВАНИК.
- Ликвидация дисфункции белка- трансфузия плазмы, белковых препаратов.
- Восстановление функции кишечника- применение назогастрального зонда, прозерина, электростимуляции кишечника, очистительные клизмы.
- Деконтаминация кишечника(ЦЕФУРОКСОЗИД, ПОЛИМИКСИН).
- Введение калия, регуляция КЩС..
- Антигистаминные препараты (Супрастин, Димедрол).
- Ингибиторы протеаз (ТРАСИЛОЛ, КОНТРИКАЛ).
- С целью иммуностимуляции – в 1-2 сутки переливание РОВОАК.
- ПА, ПС.

ПОСТОЯННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 12-24 часа.

ПЕРИТОНИТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

- вследствии нарушения барьерной функции кишечника.

ПАТОГЕНЕЗ: инфицирование брюшины вследствии нарушения барьерной функции кишечника при упорном его парезе и динамической непроходимости.

НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ: 3-4 сутки после операции.

ДИАГНОСТИКА :

- Симптомы раздражения брюшины не выражены;
- Парез кишечника, паралитическая динамическая непроходимость, редко- острое расширение желудка, в желудке – застойное содержимое, экссудат в брюшной полости;
- Гематологическая картина: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, токсическая зернистость нейтрофилов, лимфоцито- и моноцитопения, ускоренная СОЭ.

К ВЫШЕ ОПИСАННОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА- гепарин, в тяжелых случаях глюкокортикоиды.

СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК

КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, КОТОРЫЙ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ УСЛОВИИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА НА ИНФЕКЦИЮ И ПРОЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА ПОДДЕРЖИВАТЬ ГЕМОДИНАМИКУ И ГОМЕОСТАЗ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕАДЕКВАТНОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ТКАНЕЙ И ЦИРКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ

Следует различать понятия: СЕПСИС, СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК И СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ (Systemic Inflammatory Response Syndsom –SIRS)

Синдром системного воспалительного ответа (SIRS)

Это системный воспалительный ответ на различные клинические повреждения, которые проявляются двумя или более симптомами

- Температура тела больше 38 С или ниже 36 С;
- ЧСС более 90 уд. в мин.;
- Частота дыхания свыше 20 в мин. или $PaCO_2$ ниже 32 мм рт.ст.;
- Количество лейкоцитов более 12000 /мм3, менее 400/мм3 или более 10% юных форм.

СЕПСИС

- Системный воспалительный ответ на достоверно выявленную инфекцию при отсутствии других возможных причин, характерных для SIRS.
- Температура тела более 38 С или ниже 36 С;
- ЧСС более 90 уд в мин.
- Частота дыхания свыше 20 за 1 мин. или $PaCO_2$ ниже 32 мм рт. ст.
- Количество лейкоцитов свыше 12000/мм3, менее 400/мм3 или больше 10% юных форм.

ТЯЖЕЛЫЙ СЕПСИС/SIRS

- Сепсис , который сопровождается дисфункцией органов, гипоперфузией или гипотензией.
- Гипоперфузия и перфузионные нарушения могут включать ацидоз в результате накопления молочной кислоты, олигоурию или острые нарушения психического статуса.
- Сепсис – индуцированная гипотензия:
- Систолическое давление крови ниже 90 мм рт ст. или снижение АД на 40 мм рт ст. от исходного уровня.

СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК (SIRS – ШОК)

- Это осложнение тяжелого сепсиса и определяется , как сепсис – индуцированная гипотензия, которая не поддается коррекции адекватным насыщением жидкости; перфузионные нарушения которые могут включать ацидоз, олигоурию или острое нарушение психического статуса.

Возникновению шока способствуют:

- Наличие очага инфекции (септический аборт, эндомиометрит, хорионамнионит, лохиометра, остатки плодного яица и др.);
- Снижение общей резистенции организма;
- Возможность проникновения возбудителей или их токсинов в кровеносное русло.

Различают две стадии шока :

- Гипердинамическая – снижается периферическое сопротивление, рефлекторно повышается работа сердца т.е сердечный выброс;
- Гиподинамическая – нарушение перфузии и оксигенации вторичны по отношению к региональной вазоконстрикции и дисфункции миокарда.

ДИАГНОСТИКА

- Для тяжелого сепсиса характерно:
- Тромбоцитопения <100 10/л
- Повышение уровня С-реактивного белка (В)
- Повышение уровня прокальцитонина > 6,0 нг/мл (А)
- Положительный посев крови с выявлением циркулирующих микроорганизмов
- Положительный тест на эндотоксин (LPS-тест)(В)

Диагноз **септического шока** устанавливается, если к выше перечисленным клинико-лабораторным признакам присоединяются :

- Артериальная гипотензия (систолическое давление меньше 90 мм рт ст. или снижается более 40 мм рт ст. от исходного уровня);
- Тахикардия более 100 уд в мин.;
- Тахипное более 25 в мин.;
- Нарушение сознания (менее 13 баллов по шкале Глазго);
- Олигоурия (диурез менее 30 мл в час);
- Гипоксемия (PAO2 менее 75 мм рт ст. при дыхании атмосферным воздухом);
- SpO2 < 90 %;
- Повышение уровня лактата более 1,6 ммоль/л;
- Петехиальная сыпь, некроз участков кожи.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ

отображают наличие тяжелого воспаления и степень полиорганной недостаточности.

- Степень интоксикации характеризуют **<u>лейкоцитарный индекс интоксикации</u>** (ЛИИ), которые рассчитывают по формуле :

$$ЛИИ=\frac{(С+2П+3Ю+4Ми)(Пл-1)}{(Мо+Ли)(Э+1)}$$

в норме Ли =1. Повышение индекса до 2-3 свидетельствуют об ограниченном воспалительном процессе, повышение до 4-7 – про значительный бактериальный компонент эндогенной интоксикации. Лейкопения с высоким Ли – плохой прогностический показатель для больных с септическим шоком.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА :

- Немедленная госпитализация в отделение интенсивной терапии.
- Коррекция гемодинамических нарушений путем проведения инотропной терапии и адекватной инфузионной терапии с постоянным мониторингом гемодинамики.
- Поддержка адекватной вентиляции и газообмена.
- Хирургическая санация очага инфекции.
- Нормализация функции кишечника и раннее энтеральное питание.
- Своевременная коррекция метаболизма под постоянным лабораторным контролем.
- Антибактериальная терапия под постоянным микробиологическим контролем.
- Антимедиаторная терапия

Основная цель инфузионной терапии –это поддержание адекватного кровоснабжения тканей.

Объем инфузионной терапии определяется комплексной оценкой реакции гемодинамики (АД, пульсовое АД, ЦВД, ЧСС, скорость диуреза).

Используют кристаллоиды, рефортан, нативная или свежезамороженная плазма.

Иннотопная поддержка (ДОПАМИН или ДОБУТАМИН), при неэффективности комплексной гемодинамической терапии – ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ.

Искусственная вентиляция легких.

Показание к лапаротомии и экстирпации матки с маточными трубами:

- Отсутствие эффекта от проведения интенсивной терапии.
- Наличие в матки гноя.
- Маточное кровотечение.
- Гнойные образования в области придатков матки.
- Выявление при УЗИ остатков плодного яица.

ДЕКОНТАМИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА - ЦЕФУРОКСОЗИД по 1 ч/л через постоянный зонд 3-4 раза в сутки.

ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ +ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

- Монотерапия : ИМИПЕНЕМ (ТИЕНАМ) в/в инфузия по 500 мг 4 р/сутки или
- Комбинированная терапия: АУГМЕНТИН 1,2 в/в через 8 часов, ЦЕФАЛОСПОРИНЫ III-IV генерации в/в инфузия 2 г через 8 часов + АМИНОГЛИКОЗИДЫ (АМИКАЦИН 7,5 мг/кг 2 р/сутки) + МЕТРОНИДОЗОЛ (100 мг 2 р/сутки) + ВАНКОМИЦИН; либо ФТОРХИНОЛОНЫ II-III генерации (ЦИФРАН, ТАВАНИК 500мг) + МЕТРОНИДАЗОЛ (100 МГ 2 Р/СУТКИ В/В КАПЕЛЬНО).

Эфферентные методы лечения

- Плазмаферез в первые часы при септическом шоке и в первые сутки после операции, связанной с удалением органов;
- Плазмофильтрация или гемофильтрация – в последующие сутки после операции или выведения больной из шока;
- Переливание РОВОАК – в 1-е сутки после операции или после выведения больной из шока;
- Профилактика тромбоэмболических осложнений : ФРАКСИПАРИН 0,3 (0,6 мл) или КЛЕКСАН 1 мг/кг через 24 часа после операции 1 раз