

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
Образования «Красноярский государственный медицинский университет имени
Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого». Министерство здравоохранения Российской
Федерации.

Кафедра

Оперативной гинекологии ИПО

Рецензия КМН кафедры Оперативной гинекологии ИПО Макаренко Т.А. на реферат
ординатора 2года обучения специальности акушерство и гинекологии Пираковой
Фарзоны Зокиржоновны по теме: " Перитонит в акшерстве"

Рецензия на реферат- это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе
Ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающих анализ
степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации
по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том,
что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен
аргументированно защищать свою точку зрения. Написания реферата производится в произвольной
форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию.
Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены
стандартизированные критерии оценки качества рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения по
специальности акушерства и гинекологии.

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1.Структурированность.	+
2.Наличие орфографических ошибок.	-
3.Соответствие текста реферата теме.	+
4.Владение терминологией.	+
5.Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы.	+
6.Информативность.	+
7.Логичность доказательной базы.	+
8.Умение аргументировать основные положения и выводы	+
9.Круг использования известных научных источников.	+
10.Умение сделать общий вывод.	+

Итоговая оценка: положительная-отрицательная.

Комментарии рецензента:

Дата: 1.05.21

Подпись рецензента

Подпись ординатора

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Заведующий кафедрой: ДМН, доц

Макаренко Т.А.

Реферат на тему: «Синдром поликистозных яичников»

Выполнила ординатор 2-го года

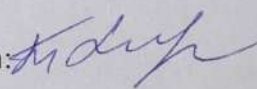
обучения по

Специальности Акушерство и

гинекология

Пиракова Ф.З.

Проверила:



ДМН, доц. Макаренко Т.А.

Красноярск 2021г

Перитонит после кесарева сечения встречается в 4.6 - 7% случаев.

Летальность от перитонита и сепсиса после кесарева сечения составляет 26 - 45%. Развитие перитонита обуславливает инфицирование брюшной полости (от

осложнений кесарева сечения - хориоамнионит, эндометрит, нагноение шва, острые воспалительные процессы в придатках, инфекции проникшие

гематогенным или лимфогенным путем - при паратонзиллярном абсцессе, при абсцессе мягких тканей, пиелонефрите).

Факторы риска развития сепсиса и перитонита - близки по клинике и тактике ведения:

- острые инфекционные заболевания при беременности

- хронические инфекционные заболевания и существующие очаги хронической инфекции.

- Все вагинозы (неспецифические) и специфические кольпиты.

- Возраст: моложе 16 и старше 35 лет.

- Длительный безводный период (более 12 часов), то есть несвоевременное кесарево сечение.

- Частые влагалищные исследования (более 4).

- Перитонит после хориоамнионита или эндометрита в родах.

Классификация перитонита.

По характеру экссудата: фибринозный, гнойный, серозный.

По распространенности: местный ограниченный и диффузный (тотальный)

перитонит.

По стадиям: реактивный (образование экссудата), токсический (подавление всех защитных свойств организма, нарушение гемодинамики), терминальный (полиорганная недостаточность).

По Серову выделяют три варианта течения перитонита после кесарева сечения:

1-инфицирование брюшины происходит во время операции

(хориоамнионит, длительный безводный промежуток, околоплодными водами).

2-Парез кишечника (через его стенку идет массивное проникновение микроорганизмов в брюшную полость и ее инфицирование). Серов: если парез нарастает, то кишечная палочка легко проходит барьеры.

3-В 90% случаев перитонит развивается из-за несостоятельности швов на матке. Причины - различные возбудители - часто ассоциации гноеродной флоры с бактероидами и др.

* Перитонит после кесарева сечения (3 варианта развития)

1 Ранний (инфицирование брюшной полости во время операции: хориоамнионит,

длительный безводный период) на 1-2 сутки, герметичность швов сохранена.

2 Перитонит вследствие нарушения микроциркуляции в сосудах кишечника при эндометрите, стойкий парез кишечника, на 3-4 сутки.

3 Акушерский перитонит вследствие неполноценности рубца на матке при его гнойном расплавлении, на 4-9 сутки.

Клиническая характеристика фаз течения перитонита [68]:

Реактивная фаза:

Характерны местные признаки, проявляющиеся интенсивным синдромом,

защитным напряжением мышц передней брюшной стенки.

- Рвота, возбуждение, тахикардия (до 100-120 в мин), незначительное повышение

АД, тахипноэ (24-28 в мин).

- Повышение температуры тела в пределах 38°C.

- Умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Токсическая фаза:

- Местные проявления перитонита уходят на второй план и начинают превалировать признаки общей тяжелой интоксикации.

- Появляются заостренные черты лица, "блестящие" глаза, бледность кожных покровов, эйфория.

- Возрастает тахикардия (120 и выше в мин), несколько снижается АД, прогрессирует рвота застойным содержимым.

- Температура тела приобретает гектический характер.

- Отмечается высокий лейкоцитоз, токсическая зернистость нейтрофилов, значительный сдвиг формулы влево.

- Боль приобретает разлитой характер без четкой локализации.

- Напряжение мышц передней брюшной стенки ослабевает.

Терминальная фаза (полиорганной недостаточности):

- При перитоните, длительностью свыше 48 часов. Прогрессирование перитонеального сепсиса патофизиологическими и клиническими проявлениями.

Патогенез перитонита

В первые 30-40 часов от начала заболевания развивается воспаление брюшины: отек, лейкоцитарная инфильтрация, десквамация эпителия,

нарушение

периферического кровообращения, накопление гистамина, серотонина, недоокисленных продуктов что приводит к ацидозу, проницаемости, но сосудистые нарушения формируется не всегда. Экссудат носит воспалительный характер, его образованию способствует патологическая реакция брюшины и нарушения кровотока, которые приводят к увеличению образования транссудата, скоплению жидкости в полых органах. В тканях развивается дегидратация, так как вся жидкость уходит в полые органы и в брюшину. Транссудация преобладает над всасывание. Через 48-72 часов. В процесс более глубоко вовлекаются ткани (атрофия, дистрофия), распад белков, ферментов, метаболитов, витаминов что приводит к резкому снижению тонуса мышечной ткани, что ведет к парезу кишечника. Развивается паралитическая непроходимость кишечника.

Усиливается симптомокомплекс микроциркуляторное русло (кортико-стероидный выброс увеличивается и снижает воспаление). Увеличение тонуса сосудов приводит к раскрытию артериовенозных шунтов, что приводит к снижению оксигенации и перфузии всех органов, гипоксии и некрозу тканей.

Важен интоксикационный синдром, нарушение моторики. Клинические формы:

1-ранний перитонит - инфекция проникает через рану из матки

(наблюдается у 30%) из-за хориоамнионита. Проявления перитонита наблюдаются на 1-2 сутки после операции. Тяжелый интоксикационный синдром,

гипертермия, выраженная тахикардия, тяжелое состояние. Может быть

энцефалопатия за счет отека головного мозга, которая проявляется адинамией,

заторможенностью, или эйфорией. Также наблюдается парез кишечника (вздутие,

отсутствие перистальтики, но симптомов раздражения брюшины нет или, слабо

выраженные). Ухудшается общее состояние, появляются симптомы пареза кишечника на 4-5 сутки: рвота, сухой язык, тахикардия, гиповолемия, бурное развитие септического шока.

2-Встречается у 15%. Заболевание начинается на 3-4 день. Ведущий симптом - парез кишечника, переходящий в паралитическую непроходимость; субфебрилитет, умеренная тахикардия, периодическая жажда, вздутие живота, плохое отхождение газов, и т.д. женщина может ходить, но парез нарастает, также нарастае обая слабость, одышка, анемия, может быть жидкий стул (септические поносы). К 7-9 дню появляется сойка паралитическая непроходимость. Плюс симптомы перитонита.

3-Поздний перитонит. На 4-9 сутки из-за несостоятельности швов на матке. До 4 суток после операции может быть все нормально, однако может сохраняться повышенная температура, присоединяется тахикардия, болезненность

матки (особенно в нижнем сегменте), симптом Щеткина-Блюмберга в области рубца и нижнего сегмента, напряжение мышц живота невыражено. Такая ситуация длится несколько дней и формируется диффузный разлитой перитонит,

который сопровождается симптомами интоксикации, пареза кишечника.

Матка: цервикальный канал всегда должен быть бужирован для оттока во время операции так как есть глубокая инфильтрация лейкоцитами нижнего сегмента и шейки матки. В первые дни нет тенденции к уменьшению цервикального канала (он открыт на 1.5-2 пальца или проходим за внутренний зев, за внутренним зевом находится валик - уплотнение, могут быть обнаружены не состоятельные швы). При перитоните соблюдаются длительные, яркие,

красные

выделения, к 9 дню может быть отторжение кетгутовых нитей. Перитонит после кесарева сечения возникает у 90% женщин у которых был хориоамнионит или эндометрит. Несостоятельность швов: сначала отмечаются явления местного перитонита, так как plica vesico-uterina прикрывает шов на матке.

Методы диагностики (кроме клинических симптомов).

Лабораторные и инструментальные исследования при подозрении на сепсис :

1 Посев крови до назначения антибиотиков (АБ).

2 Определение лактата в сыворотке крови.

3 Исследования, направленные на поиск источника инфекции

(рентгенограмма легких, УЗИ органов брюшной полости, Эхо-КС).

4 Клинический анализ крови, тромбоциты, анализ мочи, коагулограмма, электролиты плазмы.

5 Бактериологическое исследование в зависимости от клиники (лохий, мочи, отделяемого из раны, носоглотки).

6 Биомаркеры (С-реактивный белок, прокальцитонин, пресепсин).

ЛЕЧЕНИЕ.

1-Хирургическое вмешательство. Чем раньше начато хирургическое

лечение после постановки диагноз перитонит, тем меньше органических нарушений

будет наблюдаться после операции. Удаление органа как очага инфекции (матка

при перитоните после кесарева сечения) является этиологически направленным.

Удаляют матку с трубами, яичника как правило оставляют, если нет в них воспалительных явлений. Экстирпация матки , чаще производится чем ампутация.

Нижний сегмент близок к шейке матки, поэтому производят надвлагалищную экстирпацию матки с удалением маточных труб с ревизией органов брюшной полости.

Когда необходимо решить вопрос об удалении матки :

- Помимо матки не выявлено других очагов инфекции, обуславливающих тяжесть состояния и нарастание симптомов ПОН.
- При несоответствии ухудшения клинической картины и симптомов основной патологии ("необъясненные" симптомы).
- Появление и прогресирование признаков полиорганной недостаточности (снижение АД, олигурия, ОПЛ/ОРДС, желтуха, энцефалопатия, ДВС-синдром, тромбоцитопения) и их прогрессирование.
- Диагностированный хориоамнионит.
- Нарастание воспалительной реакции на фоне интенсивной терапии - неэффективность консервативной терапии.
- Рост уровня биомаркеров (уровень прокальцитонина может повышаться и при других критических состояниях, что в принципе не уменьшает его диагностической ценности).
- Антенатальная гибель плода на фоне инфекционного процесса любой локализации.

Когда необходимо решить вопрос о сохранении матки :

- Верифицирован и санирован очаг инфекции любой локализации,

определяющий тяжесть состояния (менингит, пневмония, отит, флегмоны, абсцессы,

синусит, пиелонефрит, панкреонекроз, перитонит и др.) - это может служить показанием для родоразрешения, но не для удаления матки.

- Не прогрессирует полиорганная недостаточность - системные проявления септического процесса.

- Нет клиники септического шока (но и наличие септического шока - показание для родоразрешения, а при верифицированном и санированном очаге инфекции другой локализации - не показание для удаления матки).

- Не прогрессирует воспалительная реакция - эффективная консервативная терапия.

- Не увеличен прокальцитонин тест, пресепсин.

- Живой плод.

2-Антибиотикотерапия: цефалоспорины и антибиотики действующие на грамотрицательные микроорганизмы - гентамицин в максимальных дозах, лучше внутривенно. Препараты метронидазолового ряда - метрагил внутривенно (действует на грамотрицательную флору, грибковую флору). Спектр чувствительности микроорганизмов к антибиотикам надо делать обязательно.

3-Лечение и купирование интоксикационного синдрома. Инфузионная терапия препаратами, обладающими дезинтоксикационными свойствами: реополиглюкин, лактасол, коллоидные растворы. Введение растворов улучшает состояние больной. Также назначают препараты повышающие онкотическое давление крови - плазма, аминокровин, белковые препараты, растворы аминокислот. Количество жидкости 4-5 литров. Терапия проводится под контролем диуреза.

4-Восстановление моторики кишечника: вся инфузионная терапия

кристаллоидными растворами, антибиотиками улучшают моторику. Также используют средства стимулирующие перистальтику кишечника (очистительные,

гипертонические клизы), противорвотные средства, прозерин подкожно, внутривенно; оксигаротерапия). Первые 3 суток должна проводится постоянная активизация моторики кишечника.

5-Противоанемическая терапия - дробное переливание крови (лучше теплую донорскую кровь), антианемические средства.

6-Стимуляция иммунитета - применение иммуномодуляторов - тималин, комплекс, витамины, УФО крови, лазерное облучение крови.

7-Важен уход и борьба с гиподинамией, парентеральное питание, затем полноценное энтеральное питание - высококалорийное, витаминизированное - курага, творог, изюм, молочные продукты. Борьба с гиподинамией заключается

в проведении дыхательной гимнастики, раннем поворачивании в постели, массаже.

Эмпирическая антибактериальная терапия

Перед началом антибактериальной терапии производится забор отделяемого из полости матки для бактериологического исследования, при выделении возбудителя -определение чувствительности к антибиотикам для проведения в дальнейшем этиотропной терапии.

Амоксициллин/клавуланат

1,2 г х 3 р/сут в/в

Ампициллин/сульбактам

1,5 г х 3-4 р/сут в/в

Амоксициллин/сульбактам)

1,5 г х 3 р/сут в/в

Цефоперазон/сульбактам

2-4 г х 2 р/сут в/в

1-2 г х 1 р /сут в /в

1-2 г х 3 р /сут в /в

}+Метронидазол, 500 мг х 3 р/сутки в/в

500 мг х 3 р /сут в /в

Ципрофлоксацин,

400 мг 2 р /сут в /в

Альтернативная терапия:

Имипенем/циластатин

500 мг х 3-4 р/сут в/в

1 г х 3 р/сут в/в

Пиперациллина тазобактам

4,5 г х 4 р/сут в/в

! Антибактериальная терапия считается эффективной, если основные симптомы заболевания исчезают в течение 48-72 часов .

При отсутствии клинических признаков улучшения в течение этого времени следует:

- исключить наличие других возможных источников инфекции, скопление гноя в полости матки, развитие тромбоза глубоких вен и вен таза;
- при исключении вышеуказанных причин клинической

целесообразно произвести смену режима антибактериальной терапии, по возможности, с учётом результата бактериологического исследования.