

**ФБОУ ВПО «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-  
ЯСЕНЕЦКОГО МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

**Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного  
факультета.**

Зав. кафедрой: проф. В.Б. Цхай

**Реферат**  
**СЕПТИЧЕСКИЙ АБОРТ. ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА,  
ЛЕЧЕНИЕ.**

Выполнила: ординатор 2го года

Ошарова Н.А.

Проверил: асс. Коновалов В.Н.

**Красноярск 2018**

## Содержание

1. Введение
2. Классификация
3. Морфология
4. Этиология и патогенез
5. Клинические проявления
6. Диагностика
7. Лечение
8. Литература

## СЕПТИЧЕСКИЙ АБОРТ

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 - ОРИ, 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, обладающие 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.

Значительная роль в распространении инфекции принадлежит естественной резистентности организма, исходному уровню иммунодефицита при беременности, процессам сенсibilизации.

В ответ на внедрение возбудителя в матку при снижении общей реактивности возникает очаг воспаления с присущими ему стадиями развития. Скорость развития более глубоких патологических изменений

связана с особенностью и мощностью воздействия токсинов, выделяемых грамположительными и грамотрицательными бактериями, а также с интенсивностью воспалительных изменений в матке. При этом экзотоксин грамположительных микробов обладает цитотоксическим эффектом, вызывает протеолиз клеток (лизис эритроцитов и лейкоцитов) с образованием и выделением в кровотоки кининоподобных субстанций, приводящих к стимуляции симпатической нервной системы и повышенному выбросу катехо-ламинов.

В результате воздействия этих биологически активных веществ на сосудистую стенку возникает спазм артериол с перераспределением крови, ее депонированием и уменьшением ОЦК.

### **Классификация гнойно-септических заболеваний после аборта**

Для определения клинических форм гнойно-септических заболеваний после аборта целесообразнее использовать классификацию послеродовых гнойно-септических осложнений С.В. Сазонова и А.В. Бартельса (1973), адаптированную и дополненную нами. 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 °С, однократный озноб, незначительную головную боль, наличие кровянистых или кровянисто-гнойных выделений из матки.

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.

При исследовании крови больной выявляются анемия при значительной и длительной кровопотере, умеренный лейкоцитоз до  $10,0-12,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ; отсутствие токсических изменений, ЛИИ не более 4; умеренное снижение содержания общего белка за счет уменьшения альбуминовой фракции; высокий титр С-реактивного белка (+++ или ++++).

#### *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.

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.

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.

При исследовании крови выявляются: умеренная анемия токсического характера (без указания на значительную кровопотерю), гипохромия, лейкоцитоз до  $12,0-18,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , умеренная лимфопения, сдвиг формулы влево, ЛИИ 4-6, выраженная диспротеинемия со снижением содержания общего белка, особенно его альбуминовой фракции, повышение уровня  $\alpha$ - и  $\beta$ -глобулинов с отсутствием существенных изменений в  $\gamma$ -глобулиновой фракции, высокий титр С-реактивного белка (+++ или ++++), признаки метаболического ацидоза, значительное снижение количества Т- и В-лимфоцитов.

#### *Септический аборт*

Среди всех инфицированных аборт частота септических составляет от 0,9 до 4,6%, при этом летальность достигает 26% (Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д., 2000).

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, гнойные 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.

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.

10. Наблюдается выраженная олигурия, появляется белок, выявляются лейкоциты, эритроциты, 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 • 10<sup>9</sup>/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.

*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). Встречаются гнойное поражение печени и селезенки, карбункул глаза, абсцессы мягких тканей, поражения суставов и др. Септикопиемия может развиваться после выведения больных из септического шока. Скрининг-симптомами септикопиемии являются следующие.

1. Жалобы больных такие же, как при септицемии, с присоединением жалоб в зависимости от места поражения: одышка, затрудненное дыхание, кашель, удушье - 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. 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 гнойные 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. 8. Морфологическая картина. При отсутствии остатков плодного яйца в матке имеются васкулиты и инфицированные тромбы в сосудах.

*Септический шок (СШ)* 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).

В диагностике послеабортного перитонита имеют значение следующие скрининг-симптомы и лабораторные данные.

1. Жалобы больных: повышение температуры тела (более 38 °С), озноб, внезапные резкие и прогрессирующие боли в животе, общая слабость, тошнота, рвота, икота, болезненное и учащенное мочеиспускание, метеоризм, жидкий стул, необходимость поиска вынужденного положения.

2. Возникает при любом сроке беременности.

3. Способ криминального вмешательства: внутриматочное введение металлических или деревянных предметов, инструментов для опорожнения матки, наконечников, введение токсических рас-і воров.

4. Срок госпитализации: в течение первых 2-3 ч или 2-3 дней от момента вмешательства или при появлении сильных болей в животе.

5. Общее состояние больных тяжелое, с прогрессирующим ухудшением, обусловленным нарастающей интоксикацией организма.

Характерными ее признаками являются:

- нарушения со стороны ЦНС (заторможенность сознания, иногда эйфория, неадекватность поведения, галлюцинации, явления психоза, бред), резкая слабость, быстрая утомляемость, бледность или землистость кожных покровов, субиктеричность склер и кожи, тахипноэ -до 36-40 дыханий в минуту, тахикардия - до 120-150 уд/мин с пониженными свойствами пульса, акроцианоз, вынужденное положение (на спине), усиление болей при движении;

- нарушения моторной деятельности кишечника: тошнота, икота, рвота, рвотные массы застойного характера и цвета кофейной гущи с гнилостным, а затем каловым запахом, язык суховат или сухой, с налетом бурого цвета, губы сухие, ощущение сильной жажды, парез кишечника, вздутие петель

кишечника, затрудненное дыхание вследствие поднятой диафрагмы, напряжение брюшной стенки с положительными симптомами раздражения брюшины, отсутствие отхождения газов, жидкий стул, появление шума плеска при аускультации кишечника и отсутствие перистальтики кишечника, притупление звука (экссудат) в отлогих местах;

- печень может выступать из-под края реберной дуги, край ее болезненный (токсическое поражение), селезенка не пальпируется из-за напряжения брюшной стенки;

- тоны сердца приглушены, функциональный систолический шум на верхушке, на ЭКГ синусовая тахикардия с признаками электролитных нарушений;

- в легких ослабленное дыхание, застойные явления.

6. Высокая температура тела (39—40 °С) сохраняется и носит гектический характер.

7. Плод или части плода чаще всего находятся в матке; при ее перфорации могут быть ущемлены в перфорационном отверстии петли кишечника, большой сальник, мочевого пузыря; в матке и брюшной полости могут быть оставлены инородные тела.

Высокое содержание в крови С-реактивного белка на протяжении всего острого периода является свидетельством деструктивных процессов в организме больной.

Наблюдается метаболический алкалоз, уменьшается концентрация калия, увеличивается концентрация натрия, происходит дисфункция коры надпочечников, выражающаяся в относительном повышении содержания 17-дезоксикортикостероидов, снижается уровень общих липидов (до 3,3 г/л), являющихся основным энергетическим ресурсом организма.

*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 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.

Отказаться от выполнения оперативного лечения следует при терминальном состоянии больной или прогрессирующем ДВС-синдроме. В остальных случаях гнойно-септические изменения в самой матке, нарушение перфузии "органов-мишеней", пиемические очаги настолько значительны, что консервативными мероприятиями никогда не удастся полностью ликвидировать инфекцию, поэтому больные обречены на развитие хронического сепсиса или на полиорганные поражения.

Операция удаления воспалительно-измененных гениталий представляет технические трудности. Матка всегда бывает дряблой, при

наложении зажимов травмируется, гнойники в области придатков, малом тазу и клетчатке параметриев затрудняют их мобилизацию и ориентацию со смежными органами. Гнойники находятся в близком соседстве с мочеточниками, которые могут сдавливаться гнойниками. Повышенная кровоточивость затрудняет иногда выполнение операции в полном объеме. Кроме того, при удалении основного источника инфекции облегчается лечение ее осложнений. При септикопиемии вслед за удалением матки необходимы вскрытие, ревизия и дренирование пиемических очагов, а также тщательный уход и санация возможных источников образования метастатических гнойных очагов (катетеризированные вены, дренажные отверстия, культя влагалища и др.).

*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  $\gamma$ -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).

*Постгоспитальная реабилитация и диспансерное наблюдение больных.* Перенесшие локализованные формы ГСИ нуждаются в продолжении противовоспалительного лечения амбулаторно с включением повторных курсов физиотерапии, витаминотерапии, биостимуляторов, с коррекцией

менструальной функции в течение 2-3 мес., в санаторно-курортном и бальнеолечении (не ранее чем через 6 мес. после лечения).

Все больные, перенесшие септический процесс, должны находиться под наблюдением врача женской консультации и районной поликлиники в течение 3 лет. Они ежегодно должны проходить амбулаторное или стационарное обследование (биохимический и клинический анализы крови, ЭКГ, флюорограмма, бактериологический посев мочи, крови, отделяемого из цервикального канала, функциональные пробы почек, печени).

Лечебные мероприятия в период диспансерного наблюдения должны быть направлены на лечение нейроэндокринных нарушений, расстройств менструальной и генеративной функций, сформировавшейся органной патологии. Снятие с учета больной производится через 3 года при отсутствии у нее рецидивов заболевания, при восстановлении трудоспособности и отсутствии органических изменений в половых и других органах.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д.* Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике. - СПб, 2013. - 520 с.
2. *Айламазян Э.К.* Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - СПб, 2013.
3. *Ариас Ф.* Беременность и роды высокого риска. - М.: Медицина, 2014. - 456 с.
4. *Репина М.А.* Ошибки в акушерской практике. - Л.: Медицина, 2016. - 248 с.
5. *Селезнева Н.Д.* Неотложная помощь в гинекологии. - М.: Медицина, 2014. - 176 с.
6. *Серов В.Н., Жаров Е.В., Макацария А.Д.* Акушерский перитонит. - М.: Крон-Пресс, 2016.-256 с.

7. Сольский Я.П., Ивченко В.Н., Богданова Г. Ю. Инфекционно-токсический шок в акушерско-гинекологической практике. - Киев: Здоровье, 2014. - 272 с.

Справочник по акушерству и гинекологии / Под ред. Г.М. Савельевой. - М.: Медицина, 2013.

## РЕФЕРАТ

По акушерству и гинекологии год обучения 1  
(Наименование дисциплины)

На тему Септический аборт. Этиология, клиника,  
(Полное название темы)

диагностика, лечение.

Ординатора Ошаровой Натальи Александровны  
(Фамилия Имя Отчество)

Профиль подготовки акушерство гинекология  
(Наименование профиля подготовки)

Дата предоставления работы « 20 » 02 20 17 г.

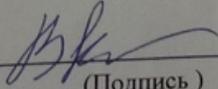
## РЕЦЕНЗИЯ

Преподаватель Коновалов Вячеслав Николаевич  
(ФИО преподавателя)

Реферат выполнен на 20 страницах, в структуре реферата имеются: титульный лист, оглавление, содержательная часть, использованная литература. Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы. При написании реферата использовались современные источники информации и старинные книги.

Оценка 4 (хорошо)

Дата проверки « 21 » 02 20 17 г.

Преподаватель   
(Подпись)

( Коновалов В.Н. ).  
(Расшифровка подписи)