

СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ

ЛЕКТОР: ТУГИЗОВА Д.

САМАРКАНД 2016

План лекции

1. Введение
2. Актуальность проблемы
3. Классификация послеродовых гнойно-септических заболеваний.
4. Этиологична структура.
5. Диагностика послеродовых гнойно-септических заболеваний.
6. Септический шок. Диагностика
7. Принципы оказания неотложной помощи.
8. Показания к хирургическому лечению послеродовых гнойно-септических заболеваний.
9. Экстракорпоральни методы детоксикации.
10. Критерии эффективности интенсивной терапии
11. Заключение

Актуальность проблемы

ПО ДАННЫМ ВОЗ ЕЖЕГОДНО ОТ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С РОДАМИ, В МИРЕ ПОГИБАЕТ В

1 МИЛЛИОНА ЖЕНЩИН

СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ЗАНИМАЮТ

2-4 МЕСТО

При сепсисе, несмотря на существующие методы интенсивной терапии, летальность остается высокой, достигая 80-90% при его тяжелых формах и септическом шоке

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Всегда полимикробная:

80-90% - это ассоциации аэробных и анаэробных

Ведущая роль принадлежит бактериям семейства

Enterobacteriaceae: E.coli Proteus spp. Streptococci
Klebsiella spp.

Gardnerella vaginalis.

анаэробы: бактероиды, клостридии,
пептострептококки.

Штаммы стафилококка.

Классификация (за Bone R.S., 1994)

Синдром системной воспалительной

сепсис

тяжелый сепсис

септический шок

гипотензия

Синдром полиорганной недостаточности

Синдром системного воспалительного ответа

Системный воспалительный ответ на различные тяжелые клинические повреждения. Клиническая манифестация включает два или более проявлений:

- температура тела более 38°C или ниже 36°C ;
- ЧСС Более 90 уд/в;
- ЧД Более 20 в минуту или Pa CO_2 ниже 32 мм
- количество лейкоцитов более 12000 / мм, менее 400 / мм или более 10% юных форм

Сепсис

Системный воспалительный ответ на достоверно выявленную инфекцию. Клиническая манифестация включает два или более проявлений:

- температура тела более $38 \text{ }^{\circ}\text{C}$ или ниже $36 \text{ }^{\circ}\text{C}$;
- ЧСС Более 90 удхв;³
- ЧД Более 20 в минуту или $P_a \text{ CO}_2$ ниже 32 мм
- количество лейкоцитов более 12000 / мм, менее 400 / мм или более 10% юных форм

Тяжелый сепсис

Сепсис, который сопровождается дисфункцией органов, гипоперфузией или гипотензией. Гипоперфузия и перфузионные нарушения могут включать (но не ограничиваться только ими) ацидоз в результате накопления молочной кислоты, олигоурии или острое нарушение психического статуса. Сепсис-индуцированная гипотензия: систолическое АД ниже 90 мм рт ст или снижение АД на 40 мм рт ст от исходного уровня при условии видсутности других причин для гипотензии.

СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК

Это осложнение тяжелого сепсиса и определяется, как сепсис-индуцированная гипотензия, не поддающаяся коррекции адекватными пополнениями жидкости; перфузионные нарушения, которые могут включать (но не ограничиваться только ими) ацидоз, олигоурии или острое нарушение психического статуса. Пациенты, получающих инотропные препараты или вазопрессоры могут не иметь гипотензии, но тем не менее сохраняют признаки гипоперфузионных нарушений и дисфункции органов, относят к проявлений септического шока.

Гипотензия

Систолическое артериальное давление ниже 90 мм рт. в. или снижены более 40 мм рт. в. среднего при отсутствии других причин для гипотензии.

Синдром полиорганной недостаточности

Имеет место острое повреждение органов и систем, при этом гомеостаз не может быть сохранен без вмешательств.

Возникновению шока способствуют

Наличие очага инфекции (септический аборт, эндомиометрит, хориоамнионит, лохиометра, остатки плодного яйца и проч.)

Снижение общей резистентности организма;

Возможность проникновения возбудителей или их токсинов в кровеносное русло.

Два основных феномена патогенеза:

- дистония артериол внаслок действия эндотоксина: спазм артериол, их паралитическое расширение, открытие артерио-венозных шунтов, угнетение кровотока по капиллярному руслу.
- Развитие ДВС-синдрома сладж-синдром· фибринового-тромбоцитарные тромбы· затруднения капиллярной перфузии· гипоксия тканей· глобальный метаболический ацидоз· полиорганная недостаточность· активизация фибринолитической системы

СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА (Systemic Inflammatory Response Syndrome-SIRS)

Системный воспалительный ответ на различные тяжелые клинические повреждения.

Клиническая картина включает два или более симптомы:

- температура тела более 38 °С или ниже 36 °С;
- ЧСС Более 90 удхв;
- ЧД Более 20 в минуту или Pa CO₂ ниже 32 мм
- количество лейкоцитов более 12000 / мм, менее 400 / мм или более 10% юных форм

ТЯЖЕЛЫЙ СЕПСИС (SIRS)

Сепсис, сопровождается дисфункцией органов, гипоперфузией или гипотензией. Гипоперфузия и перфузионные нарушения могут включать ацидоз в результате накопления молочной кислоты, олигоурии или острое нарушение психического статуса.

Сепсис-индуцированная гипотензия: систолическое АД ниже 90 мм или снижение АД на 40 мм рт.ст. от исходного уровня при условии отсутствия других причин для гипотензии.

Септический шок (SIRS-шок)

Это осложнение тяжелого сепсиса. Сепсис индуцированная гипотензия, не поддается

коррекции адекватными пополнениями жидкости; перфузионные нарушения, которые могут включать ацидоз, олигоурии или острое нарушение психического статуса.

При назначении инотропных или вазопрессорных препаратов гипотензия может отсутствовать, но сохраняются признаки гипоперфузионных нарушений и дисфункции органов, относят к проявлениям септического шока.

Критерии диагностики Септического шока:

наличие септического очага;

лихорадка; температура тела выше 38°C или ниже 36°C ;

Артериальная гипотензия (систолическое АД ниже 90 мм или снижение АД на 40 мм рт.ст. от исходного уровня при условии отсутствия других причин для гипотензии)

Тахикардия более 100 уд в 1 мин.

Тахипноэ больше 25 в минуту.

Нарушение сознания (менее 13 баллов по шкале Глазго)

Олигурия (диурез менее 30 мл в час).

гипоксемия.

Петехиальные высыпания. Некроз участков кожи.

План обследования

Мониторинг параметров гемодинамики: показателями АД и ЦВД, частоты сердечных сокращений, частоты пульса, ОЦК, величиной сердечного выброса.

Контроль параметров дыхания (подсчет частоты дыхания, газы крови).

Почасовой контроль диуреза;

Измерение ректальной температуры 4 раза в сутки и сопоставление в аксиллярных участках.

- По состоянию кожных покровов.

- Посевы мочи, крови, выделений из цервикального канала.- Подсчет количества тромбоцитов, коагулограмма.

ЭКГ? Кислотные-основным и электролитным составом плазмы? -
Протеинограммой, Содержанием азотистых шлаков и билирубина
крови-УЗИ

-рентгенографичне обследование органов грудной клетки

Принципы интенсивной терапии:

Госпитализация или перевод больного в отделение интенсивной терапии.

Коррекция гемодинамических нарушений путем проведения инотропной и адекватной инфузионной терапии с постоянным мониторингом гемодинамики

Поддержка адекватной вентиляции и газообмена.

Хирургическое удаление очага инфекции.

Своевременная коррекция метаболических нарушений.

Нормализация функции кишечника и раннее энтеральное питание.

Антибактериальная терапия под постоянным микробиологическим контролем

Антимедиаторная терапия

Проба с объемной нагрузкой (в течение 10 минут)

	Объем вводимой жидкости
8 см.вод.ст..менше	200 мл
8-10 см.вод.ст.	100мл
14 см.вод.ст.	50мл

Оценка реакции гемодинамики

Если ЦВД увеличился более чем на 5 см вод.ст, то инфузию прекращают и проводят инотропное поддержку; если ЦВД увеличилось не более чем на 2 см.вод.ст., то продолжают инфузионную терапию без иноторопной поддержки

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ:

Проводится катетеризация 3 магистральных вен.

Скорость инфузии 10 мл / мин вездом 15-20 мин ..
Пульс, артериальное давление, центральное
венозное давление, минутный диурез следует
оценивать после инфузии каждые 500 мл жидкости.
Общее количество вводимой жидкости в первые
сутки составляет 3000-4500 мл, но может достигать
6000 мл. Проводят инфузию:

- Производные гидроксиэтилкрахмала (Венофундин, рефортан, ХАЭС-стерил) и кристаллоиды (0,9% раствор натрия хлорида, раствор Рингера) в соотношении 1: 2. Растворы гидроксиэтилкрахмала уменьшают степень повреждения эндотелия капилляров. Улучшают функцию легких и уменьшают проявления системного воспалительного ответа.

- Коррекция гипопропротеинемии (20-25% раствор альбумина)
- Свежезамороженная плазма 600-1000 мл, как донатора антитромбина и лечения ДВС-синдрома;
- Ø Гемотрансфузия проводится, если показатель гематокрита ниже 25% (0,25 л / л). Переливают свежие отмытые эритроциты или эритроцитарную массу до 3-го дня хранения (300-500 мл).
- Ø 10% или 20% раствор глюкозы в количестве 300-400 мл. Инфузия глюкозы оправдана при гипогликемии и гипернатриемии.

Поддержание ОКСИГЕНАЦИИ.

Введение кислорода необходимо начинать с первых минут лечения, использовать для этого все имеющиеся средства вплоть до искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Абсолютным показанием является падение PO_2 ниже 60-70 мм рт. в. при вдыхании 100% кислорода через маску. Кислород подается через носовой катетер, маску; при необходимости проводится интубация трахеи и искусственная вентиляция легких.

Инотропные средства

- Инотропные средства назначают при депрессии миокарда на фоне увеличенной емкости периферического сосудистого русла. Допамин 5-10 мкг / кг / мин. (Максимум до 20 мкг / кг / мин.)
- Добутамин 2-3 мкг / кг / мин.
- При допамин-устойчивом шоке назначают:
- Нордреналин - 0,05-0,3 мкг / кг / мин

Вазопрессорные средства :

Допамин (дофамин):

Ø повышает АД;? Ø усиливает сердечные сокращения и увеличивает сердечный выброс;?
Ø уменьшает сопротивление почечных сосудов, увеличивает почечный кровоток и клубочковую фильтрацию.? Назначают после разведения 5 мл 0,5% раствора дофамина в 125 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы и вводят внутривенно очень медленно по 2-10 кап. в мин.

Налоксон до 2 мг, который способствует повышению АД

ДЕЙСТВИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ:

∅ увеличивая сердечный выброс, улучшают деятельность сердца;

∅ имеют сосудорасширяющее действие, улучшают микроциркуляцию;

∅ снижая поступления тканевого тромбопластина и предупреждая нарастания агрегации тромбоцитов, уменьшают выраженность синдрома ДВС;

∅ ослабляют действие эндотоксина;

∅ стимулируют деятельность ферментов, участвующих в окислительных процессах;

∅ повышают толерантность клеток в условиях гипоксии;

∅ способствуют стабилизации мембран, предупреждают развитие "шоковой" легкое;

∅ имеют антигистаминный эффект.

Глюкокортикоиды в сочетании с H₂-блокаторами (ранитидин, фамотидин)

Гидрокортизон 2000 мг в сутки;

60-120 мг преднизолона;

8-12 мг дексаметазона.

Основными клиническими критериями, свидетельствуют о ликвидации гипокалиемии и восстановление ОЦК, является

- обычная окраска кожных покровов,
- ЦВД -50-100 мм вод. в.,
- достаточный диурез (более 30 мл / час. без применения диуретиков, 60-100 мл / ч. - при форсированного диурезе).
- Артериальное давление при септическом шоке может длительное время оставаться на Относительно низких цифрах - 90 мм рт. в.

Сердечные гликозиды

вводят внутривенно вместе с 20 мл 40% раствора глюкозы в обычных дозах: Ø 0,5-1 мл 0,05% раствора строфантина; Ø 0,5-1 мл 0,06% раствора коргликона; Ø 1-2 мл 0,02% раствора изоланид;? 1-2 мл 0,025% раствора дигоксина.

С ЦЕЛЬЮ расширения периферических сосудов ПРИМЕНЯЮТ вазодилататоры:

Ø 5-10 мл 2,4% раствора эуфиллина? Ø 2 мл 2% раствора папаверина

Ø 2-4 мл 2% раствора но-шпы

Ø Компламин 2мл 15% раствора компламин вводится внутривенно медленно.

Антигистаминные препараты:

∅ 1-2 мл 1% раствора димедрола

∅ 1-2 мл 2,5% раствора дипразина (пипольфена)

∅ 1-2 мл 2% раствора супрастина

∅ 2 мл тавегила.

Наиболее радикальным способом борьбы с очагом инфекции является удаление матки.

К оперативного удаления матки следует подходить как к важнейшему, нередко решающий ного, этапа комплексного лечения шока. Для получения желаемого эффекта хирургическое вмешательство должно осуществляться своевременно. По мнению большинства отечественных и зарубежных авторов, оперативное вмешательство проводится при отсутствии эффекта от интенсивной консервативной терапии в течение 4-6 часов. Операцией выбора является экстирпация матки с маточными трубами, дренирование брюшной полости.

Показания к лапаротомии и экстирпации матки с маточными трубами

-отсутствие эффекта от проводимой терапии;

Наличие в матке навоза;

Маточное кровотечение;

Гнойные образования в области придатков матки;

При УЗИ наличие остатков плодного яйца.

Антибактериальная терапия
при септическом шоке с
экстренной начинается с
введения антибиотиков
широкого спектра действия.

Для назначения стартовой эмпирической терапии необходимо провести бактериальный мониторинг по видддилиеню и по больнице

Грамм (+) флора эффективны цефалоспорины (1 поколение-Рефлин, 11-Зинацеф, 111 поколения-Фортум, Офрамакс); антибиотики пеницилинового ряда.

Грамм (-) флоре цефалоспорины 111 поколения-Фортум).

Основные принципы антибактериальной терапии при сепсисе

При клинической эффективности стартовой терапии ее продолжают

При отсутствии клинической эффективности на протяжении 48-72 часов препарат меняют согласно данным микробиологического исследования или на препараты, перекрывают пробой в спектре стартовых антибиотиков

Препараты вводятся внутривенно в максимальных дозах

Стартовая антибактериальная

монотерапия

Пенициллины широкого спектра действия, резистентные к пенициллиназе: аугментин внутривенно

по 1,2 г через 6-8 часов; амоксиклав 1,2 каждые 6 ч

Уреидопеницилины: азлоциллин - по 2 г 4 раза в сутки или по 4 г 3 раза; мезлоцилин - по 4 г 3 раза в сутки.

Цефалоспорины 11 поколения: цефокситин - по 2 г каждые 6-8 ч .; цефотетан - через 12 ч по 2-3 г; цефметазол - Каждому 12 год. По 1-2 г.

Карбапенемы: меропенем по 1 г через 8 ч .; тиенам по 0,5 г через 6-8 ч.

Фармакодинамика пеницилинов широкого спектра действия, резистентных к пенициллину

Грамположительные аэробы (стрептококки, стафилококки);

Грамотрицательные аэробы (кишечная палочка, протей, гонококк);

Анаэробы (пептококки, пептострептококки, бактероиды, клостридии).

Аргументы для назначения комбинированной антибиотикотерапии:

Невозможность дифференцировать грамположительную или грамотрицательную этиологию инфекции по клинической картине

Высока вероятность полимикробной природы сепсиса

Риск развития резистентности к одному из антибактериальных препаратов

Дозирование антибиотика

Цефалоспорины II поколения:

Цефокситин по 1-2 г 3-4 г в сутки

цефуроксим 1.5-3 г ч. 6 г.

Цефалоспорины III поколения: цефотаксим (клафоран) по 1 -2 г 3-4 раза в сутки; цефоперазон (цефобид) 3-4 г. ч. 8-12 г; цефтриаксон (Офрамакс) 2-3 г ч. 24 г.

IV поколения: цефепим 2г ч.12 г.

Метронидазол (метрогил) 500 мг каждые 8 ч

Мератин.

Дозирование антибиотиков

**Линкозамины: клиндамицин по 0.9 г через 6-8 г.
линкомицин по 0,6 через 6-8 ч.**

**Аминогликозиды: гентамицин 80 мг через 8-12 г,
амикацин 0,5 г через 8-12 ч, тобрамицин 80 мг через 8-
12 г.**

Фторхинолоны: ципрофлоксацин 0.4-0.6 г ч.

12 г.; офлоксацин 0.4 г ч 12г.

Заноцин 200-400мг

Цифран 200-400 мг 2 раза в сутки

**Полусинтетические макролиды: азитромицин,
klarитромицин, рокситромицин**

Общие свойства макролидов

Относятся к ингибиторам белкового синтеза

являются бактериостатическими препаратами, но при увеличении концентрации могут иметь бактерицидное действие

Есть время-зависимыми препаратами (вкл.- азитромицин)

Отличаются низкой токсичностью

При системном использовании хорошо проникают в большинство органов и тканей организма, где присутствуют в концентрациях более высоких, чем в крови;

При воспалении поступают в ткани более интенсивно, чем вне воспаления;

Активно накапливаются в иммунокомпетентных клетках, модулируя их функции.

Макролиды

Старые

Новые

Erythromycin

(1952)

Spiramycin

(1954, Rhone-Poulenc Roger, Франция)

Midecamycin

(1985, Meiji Seika, Япония)

Josamycin

(1970, Yamanouchi, Япония)

Roxithromycin

(1987, Roussel Uclaf, Франция)

Clarithromycin

(1991, Taisho, Япония)

Azithromycin

(1980, Pliva, Хорватия)

Dirithromycin

(Dr. Karl Thomae GmbH, подразделение Boeringer Ingelheim, Германия)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ФАРМАКОКИНЕТИКА ХИНОЛОНОВ

	пefлоксацин		ципрофлоксацин		
		офлoксацин	нoрфлoксацин		
Доза per os (mg)	400	400	500	400	
C_{max} (mg/l)	3,8 - 5,6	3,5 - 5,3	1,8 - 2,8	1,5 - 2,5	
$t_{1/2}$ (h)	7,5 - 10	5 - 7	3,3 - 5,4	3,5 - 6,5	
Связывание с белком (%)	20-30	25	20-35	15	
Биодоступность (%)	90 - 100	85 - 95	60 - 80	80	
Путь элиминации <	почечный	60	70 - 90	40 - 60	65 - 72
	билиарный	30	4	15	18

Lode H. J Antimicrobial Chemother 1990, 26 Suppl B:41-9

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

Подавляет синтез бактериальных белков

Кларитромицин - имеет «сбалансированный» антибактериальный эффект, проявляя активность против микроорганизмов, которые имеют вне-, так и внутриклеточную локализацию.

Значительная внутриклеточная пенетрация (улучшенная внутриклеточная антимикробная активность, хорошее проникновение в очаг инфекции)

Усиление фагоцитарной функции нейтрофилов и активности естественных киллеров (Т-клеток)

Выраженный постантибиотический эффект

ПРОТИВОМИКРОБНЫЙ СПЕКТР

Активность макролидов по отношению к некоторым внутриклеточным патогенам (MIC in vitro)

Макролиды	<i>C.trachomatis</i>	<i>M.hominis</i>	<i>U.urealyticum</i>
Клалед	0,007	0,12*	0,025-1,0
еритроміцин	0,06	> 32	0,12-2,0
Рокситроміцин	0,03	8- >64	0,06-1,0
Азитроміцин	0,125	2-16	0,12-1,0
Джозаміцин	0,03	0,5	0,02-0,5
Спираміцин	0,5	1-32	4- >16

*с учетом действия 14-гидроксикларитромицина

1. Ridgway G.L. Chlamydia and other sexually transmitted diseases. In: New Macrolides, Azalides, and Streptogramins in Clinical Practice. Neu H.C., Young L.S., Zinner S.H., Acar J.F. (Eds.). New York, etc., 1995: 147-154. 2. Л.С. Стречунский и др. Макролиды в современной клинической практике. 1998. 3. «Макролиды» под редакцией Попковой А.М., Верткина А.М., Колобкова С.В. Москва 2000 г.

Антибиотики группы макролидов

		Дозировка (мг)	Упаковка №	Высшая суточная доза (мг)			
Кламед	250 мг	10	1000				
	500 мг	10	1000				
Вильпрафен	500 мг	10	1000 - 2000 мг				
Сумамед	125 мг	6	500				
	250 мг	6	500				
	500 мг	3	500				
Клацид	250 мг	10	1000				
	500 мг	5	1000				
Фромилид	250 мг	14	1000				
	500 мг	14	1000				
Клабакс	250 мг	12	1000				
	500 мг	10	1000				
Рулид	150 мг	10	300				

Влияние фармакокинетических факторов на свойства антибиотиков in vivo

Антибиотик	Устойчивость к β -лактамазе	Макс. концентрация в сыворотке, мг/л	Связывание с белками, %	“Свободная” (несвязанная) конц., мг/л	Выведение с мочой, %	Клиническая оценка
Цефуроксим	+++	33	33	22	97	Прогнозируемая дозозависимая фармакокинетика приводит к достоверным клиническим результатам
Цефрадин	+	10	13	9	87	Инактивация β -лактамазами - большая проблема
Цефазолин	+	65	85	9	>80	Устойчивость к β -лактамазам является проблемой
Цефокситин	+++	22	60	9	87	Проникновение в ткани сопровождается высоким связыванием с белками, болезненностью при в/м введении
Цефотаксим	+++	25	40	15	70	40% метаболизируется в менее активный дезацетилцефотаксим
Цефтриаксон	+++	75	95	4	40-60	Длительный период полувыведения может привести к кумуляции. Выведение “Инфекционно-противоп.” в хирургии”, 2000. нарушению кишечной флоры

ПРОФИЛАКТИКА ОНН: восстановление ОЦК с включением в состав инфузионных сред реологически активных жидкостей; \emptyset назначают средства, снимающие сосудистый спазм: каждые 4 часа. вводят 5-10 мл 2,4% раствора эуфиллина и 2-4 мл 2% раствора но-шпы. \emptyset Параллельно с вазоактивными средствами диуретики. Салуретик лазикс вводят по 80-120 мг каждые 3-4 часа.

Общепринятым показанием к

гемодиализа:
∅ повышение уровня калия в сыворотке крови более 7 ммоль / л, ∅ уровня мочевины - более 24 ммоль / л, ∅ уровня креатинина - более 1,32 ммоль / л, ∅ остаточного азота - более 107 ммоль / л (N- 14-18 ммоль / л), ∅ гипергидратация с явлениями отека легких и мозга, ∅ признаки нарастающего ацидоза (А.Н. Окороков, 1998).

КОРРЕКЦИЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО И электролитного

ГОМЕОСТАЗА

Для коррекции ацидоза в состав инфузийной терапии включают 500 мл лактасол, 500 мл Рингер-лактата или 150-200 мл 4-5% раствора бикарбоната натрия.

Для улучшения окислительно-восстановительных процессов применяется раствор глюкозы с витаминами: 1-2 мл 6% раствора витамина В1, 1-2 мл 5% раствора витамина В6, 400-500 мкг витамина В12, 100-200 мг кокарбоксилазы, 5-10 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты.

Для улучшения функции печени 10-20 мл эссенциале (липостабил 1-2 мл 1 раз в день), 2 мл сирепар.

С целью коррекции электролитного дисбаланса применяется энергетический полиионные раствор: на 1000 мл 25% раствора глюкозы добавляют 3 г калия хлорида, 0,8 г кальция хлорида и 6 г магния хлорида.

С целью профилактики ДВС синдрома

Назначается трентал по 5,0 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки на 100 мл изотонического раствора натрия хлорида или курантил 0,5% 5,0 внутривенно. Назначение гепарина в комплексную терапию при гиперкоагуляции по 2,5 тыс. ЕД через 4 часа или фраксипарина по 7,5 тыс.ед 2 раза в сутки

Экстракорпоральных методов ДЕТОКСИКАЦИИ:

- - Плазмаферез проводится в период предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде. Замена токсического плазмы свежей донорской или нативной плазмой с возвращением собственных форменных элементов в кровеносное русло - Гемосорбция. Элиминация токсинов из крови путем ее экстракорпоральной перфузии через сорбенты? - Лимфосорбция. Элиминация токсинов из крови путем ее экстракорпоральной перфузии через сорбенты.

Методы трансфузиологической гемокоррекции

Эфферентные: ультрафильтрация; гемофильтрация; лимфосорбция; плазмафорез; перитонеальный диализ.

Неэфферентни: ультрафиолетовое опроминня крови; лазерное облучение крови; обработка лекарствами определенных компонентов крови-лейкоцитов, лимфоцитов.

Озонотерапия-в / в введении озонированного физиологического раствора; озонированные антисептические растворы для пов "язкок, санации ран, перитонеального диализа; вагинальное орошений озонированным физиологическим раствором.

Нормализация функции кишечника и раннее энтеральное питание

Энтеральное капельное введение 0,9% раствора хлорида натрия или негазированной минеральной воды 400-500 мл в сутки через желудочный зонд;

Расширение пищевых препаратов 2000-4000 ккал в сутки

Прокинетики (метоклопрамид) и глутаминовой кислоты

Селективная деконтаминация кишечника с целью профилактики бактериальной транслокации) 4 раза в сутки в кишечник вводят смесь полимиксина 100мг, тобрамицина-80 мг, амфотерицина-500 мг.

Антимедиаторная терапия

Багатоклональні іммуноглобуліни

пентоксифиллин

дипиридамо́л

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ:

- улучшения сознания больного,
- исчезновения цианоза, потепление и порожевиння кожных покровов,
- уменьшение тахикардии и одышки,
- нормализация ЦВД и АД, повышение диуреза,
- ликвидация тромбоцитопении. • После вывода больного из шока в дальнейшем продолжается антибактериальная, детоксикационное и гемостимулирующие иммуностимулирующее терапия, пополняются энергетические ресурсы.

Наиболее распространенные ошибки при оказании помощи больным с акушерским сепсисом

Отсутствие вазопрессоров в комплексной терапии, несмотря на первоначальное снижение тонуса артериол.

Промедление с радикальной санацией очага, при появлении признаков гнойного эндометрита уже может сформироваться полиорганная недостаточность.

неадекватная антибиотикотерапия

Позднее использование методов экстракорпоральной детоксикации.



Спасибо за
внимание!
