**ТЕМА 5**

**Воспалительные заболевания. Генерализованные формы. Гнойно-септические осложнения.**

**Цель занятия:** Усвоить представление о возможности «выхода» инфекции за пределы очага, развитие генерализованных, опасных для жизни осложнений.

**План занятия**:

1. *Тестирование.*
2. *Вопросы для контроля самоподготовки*
3. Объяснить возможные причины генерализации процесса, клинические проявления, указать диагностические приёмы, современные принципы оказания помощи при:

- тубоовариальном абсцессе,

- перитоните после кесарева сечения,

- гинекологическом перитоните.

- сепсисе

1. Принципы противовоспалительной терапии.
2. *Вопросы для самостоятельного изучения*
3. Роль ВМК в генезе развития тубоовариальных абсцессов.
4. *Курация больных.*
5. *Демонстрация больных с генерализованной инфекцией. Клинический разбор. Демонстрация операций.*
6. *Решение ситуационных задач.*
7. *Заключение.* Акцентировать внимание на профилактике генерализованных форм воспалительных процессов.

**Основная литература:**

Гинекология: учеб. для студентов мед. вузов / под.ред. Г. М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 432 с.

**Дополнительная литература:**

1. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. – М.: «МЕДпрессинформ», 2006
2. Руководство к практическим занятиям по гинекологии под ред.проф. В.Е. Радзинского. – М.: Медицинское информативное агентство», 2005, 516 с.

**ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**(Гнойно-септические осложнения)**

**Выберите единственный ответ**

**1. Гнойное тубоовариальное образование – это (исключите неверное):**

1. осложненная форма гнойных воспалительных заболеваний с формированием осумкованного абсцесса: хронический гнойно-продуктивгый процесс
2. тубоовариальный абсцесс с формированием типичной капсулы и пиогенной мембраны, имеющий первично-хроническое течение
3. гнойное придатковое образование формируется чаще всего при ношении внутриматочного контрацептива
4. скопление гноя в фаллопиевой трубе с окклюзией (блоком) обоих ее концов

**2. Этиология и патогенез тубоовариальных абсцессов. Исключите**

**неверное:**

1. полимикробные ассоциации: половые инфекции (гонококк) и агрессивные грамотрицательные представители аэробов и анаэробов
2. полимикробные ассоциации из менингококков, дизентерийной палочки и вируса гриппа
3. анаэробные грамотрицательные возбудители (бактерия фрагилис, пептострептококки) являются практически универсальной этиологической причиной абсцедирования
4. грамотрицательные анаэробы вместе с грамотрицательные аэробами (E.coli) продуцируют ᵦ-лактамазы, что делает их резистентными к терапии
5. теория о восходящем (интраканаликулярном) пути инфицирования доказывает роль матки как первичного очага инфекции при тубоовариальном абсцессе
6. теория интраканаликулярного пути заражения объясняет распространение инфекции из травмированной ВМК матки в придатки, объясняет генез абдоминального сепсиса

**3. Клинические проявления тубоовариального абсцесса. Исключите**

**неверное:**

1. боли, гнойные бели из матки, повышение температуры – наиболее постоянные симптомы
2. слабость, раздражительность, утомляемость, нарушение сна и аапетита –признаки интоксикации
3. основной клинический симптом – тяжелая гнойная эндогенная интоксикация
4. особенность клинического течения тубоовариального абсцесса – волнообразность процесса (периоды обострения и ремиссии)
5. основной клинический симптом тубоовариального абсцесса – признаки гайморита

**4. Укажите методы диагностики, применяемые при подозрении на**

**тубоовариальный абсцесс.** **Исключите неверное:**

1. анамнез, влагалищное, ректальное и бимануальное исследование
2. эхография ( УЗИ («диагноз раньше, чем клиника»): визуализация капсулы до 1 см в диаметре
3. компьютерная томография (КТ) – 100 % диагностика (капсула до 1 см в диаметре)
4. лапароскопия диагностическая

**5. Дифференциальная диагностика тубоовариального абсцесса.**

**Исключите неверное:**

1. рак яичника, карцинома трубы
2. эндометриома яичника
3. аппендикуларный инфильтрат
4. паратонзиллярный абсцесс

**6. Осложнения тубоовариального абсцесса. Какое утверждение неверно?**

**Исключите неверное:**

1. сепсис с полиорганными нарушениями
2. перфорация абсцесса, разлитой гнойный перитонит
3. перфорация гнойника в полые органы, формирование свищей
4. перфорация гнойника в плевральную полость

**7. Оказание помощи тактика ведения больных с тубоовариальным**

**абсцессом. Исключите неверное:**

1. применение антибиотиков в предоперационном периоде нецелесообразно
2. лечебная тактика – хирургическая – в «полном объеме»: гистерэктомия, аднексэктомия с пораженной стороны, тубэктомия со здоровой стороны
3. хирургический этап лучше производить в период ремиссии
4. массивная многокомпонентная противовоспалительная терапия в послеоперационном периоде
5. хирургический этап – удаление гнойника

**8. Перитонит после кесарева сечения. Характеристика. Найдите**

**неверное утверждение:**

1. это перитонит после плановой или экстренной операции кесарева сечения
2. это следствие технических ошибок и погрешностей (гематомы) при выполнении операции
3. это следствие хориоамнионита в родах
4. это несостоятельность швов на матке
5. это перитонит вследствие прогрессирования эндометрита (грамотрицательные и анаэробные представители
6. это гнойное воспаление плевры

**9. Патогенез акушерского перитонита.** **Исключите неверное:**

1. микробное воздействие на стенку матки – выход за пределы очага, обсеменение брюшины, развитие абдоминального сепсиса
2. микробная ассоциация в матке – поражение брюшины – интоксикация – провоспалительные цитокины – расстройства микроциркуляции, метаболизма
3. микробное обсеменение матки – выход её в брюшную полость – запуск цитокиновых реакций – блокада и крах всех процессов метаболизма
4. микробное воздействие на менингеальные оболочки – формирование абсцесса мозга

**10. Клинические проявления акушерского перитонита.** **Исключите**

**неверное:**

1. клиника смазана, стерта или манифестна в 1-е сутки
2. боли, вздутие живота, обильные лохи (с запахом), тошнота, рвота
3. «возвратность симптомов»: повторная задержка газов и небольшое вздутие живота после лечения
4. симптомы раздражения брюшины
5. при УЗИ – жидкость за маткой
6. при объективном исследовании – парез кишечника – основной симптом
7. имеется задержка газов и стула после нарушения диеты, перистальтика кишечника бурная; вздутия живота нет

**11. Диагностика перитонита после кесарева сечения.** **Исключите**

**неверное:**

1. анамнез, объективное исследование – симптомы раздражения брюшины; признаки несостоятельности швов на матке
2. УЗИ – в матке признаки воспаления, за маткой уровень жидкости; в рубце видны признаки несостоятельности
3. Биохимически, при мониторинге – признаки интоксикации, полиорганные нарушения
4. Колоноскопия

**12. Оказание помощи при перитоните.** **Исключите неверное:**

1. Наиболее важный экстренный хирургический этап (удаление очага инфекции – матки с трубами)
2. Наиболее экстренный консервативный этап с длительной терапией
3. Многокомпонентная длительная терапия в послеоперационном периоде

**13. Сепсис акушерский – послеродовый. Дайте понятие.** **Исключите**

**неверное:**

1. Сепсис – «гнилокровие» (Авиценна)
2. осложнение любого гнойного процесса при снижении защитных механизмов и выходе инфекции в кровеносное русло
3. сепсис – это кризис всех защитных механизмов, отсутствие «желания» макроорганизма выжить
4. сепсис – это кризис подросткового возраста
5. сепсис – утрата способности организма бороться; взятие курса на самоуничтожение

**14. Этиология и патогенез сепсиса. Исключите неверное:**

1. при развитии сепсиса половые инфекции утрачивают значимость
2. возбудители – высоковирулентная грамотрицательная флора (анаэробы и аэробы), реже – грамположительные бактерии
3. прекращает защитную функцию иммунитет: сторожевая система не узнает врага (потому что это почти всегда условно-патогенные представители)
4. сепсис характеризуется поступлением в кровь микроорганизмов из очага воспаления
5. сепсис характеризуется тканевой интоксикацией с полиорганными нарушениями и крушением функции всех систем
6. сепсис – это состояние души

**15. Характерные клинические проявления сепсиса. Исключите**

**неверное:**

1. ухудшение самочувствия, снижение массы тела
2. потрясающие ознобы проливные поты
3. волнообразная («пила») или гектическая температура от 35º до 39º-40º
4. упорные поносы, тошнота, рвота
5. появление геморрагической сыпи, «лимонной корки» на коже
6. полиорганные нарушения (срыв деятельности всех функциональных систем)
7. обострение остеохондроза

**16. Что означает «полиорганные нарушения» при сепсисе? Исключите**

**неверное:**

1. срыв адаптации, тяжелое нарушение функции всех систем
2. острая почечная недостаточность, анурия
3. острая дыхательная недостаточность, пневмония
4. печеночная недостаточность
5. гепатомегалия, спленомегалия
6. коагулопатия – ДВС-синдром
7. рак кожи лица

**17. Диагностика сепсиса (для постановки диагноза сепсиса достаточно**

**2-х критериев). Клинические критерии.** **Исключите неверное:**

1. упорные поносы
2. упорные ознобы, волнообразная температура («пила»): t > 38ºС или < 36º С
3. нарушения со стороны ЦНС (раздражительность, апатия, агрессия, возбуждение)
4. нарушения гемодинамики: АД < 110/70мм РТ.ст., пульс > 100 уд.в мин. или < 90 уд. в мин.
5. дыхание – тахипноэ > 20 в мин.
6. кровь: лейкоциты > 12\*109/л или < 5\*109/л
7. лейкоцитарный индекс, интоксикации (ЛИИ) повышается. Лейкопения с высоким ЛИИ – плохой прогностический признак
8. гипертония во время беременности

**18. Лечение сепсиса.** **Исключите неверное:**

1. поиски первичного очага инфекции (матка)
2. немедленное хирургическое пособие – удаление очага инфекции (гистерэктомия с трубами)
3. длительная интенсивная многокомпонентная терапия
4. санация влагалища

**З А Д А Ч А**

Больная З., 37 лет, доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры до 38,8оС, слабость.

**Анамнез.** Менструации с 14 лет по 4 – 5 дней, через 30 – умеренные, безболезненные. Последняя менструация 12 дней назад. Половая жизнь с 24 лет в браке. Беременностей было пять: одна завершилась срочными родами, три искусственных аборта, один самопроизвольный выкидыш 6 лет назад, осложнился воспалительным процессом матки и придатков со стационарным лечением в течение месяца. С целью контрацепции предложен ВМК, на фоне которого воспалительные процессы обострялись ежегодно с амбулаторным лечением. Последнее обострение 2 недели назад. В течение 5 дней – ухудшение самочувствия, в последние сутки – резкие боли со вздутием живота, озноб, повышение температуры.

**Объективное исследование.** Состояние тяжелое. Р – 100 уд./мин, АД 100/60 мм рт.ст., температура – 39,2оС. Язык сухой, обложен. Живот вздут, в акте дыхания не участвует, болезненный во всех отделах, больше в нижних, здесь же – напряжение мышц брюшного пресса, положительные симптомы напряжения брюшины, при перкуссии – притупление перкуторного звука.

**Бимануальное исследование.** Паховые лимфоузлы увеличены. Влагалище свободно, своды укорочены, инфильтрированы, шейка чистая, зев закрыт – гноевидные выделения. Матка отдельно не пальпируется. В малом тазу с трудом пальпируется из-за напряжения мышц – плотный конгломерат, размером 20**×**20 см – болезненный, неподвижный, доходящий до стенок таза.

**Проведено УЗИ органов малого таза.** Признаки спаечного процесса, эндометрита. В полости матки – ВМК. Придатковое образование справа, без четких контуров, фиксировано за маткой. Единый конгломерат 23**×**25 см неправильной формы, различной эхогенной плотности, в нем округлое образование 10**×**12 см – инкапсулировано, в капсуле истончения, дефекты. Яичниковая ткань не визуализируется. Отсутствие кровотока внутри образования. В позадиматочном пространстве, в брюшной полости – жидкость (гной?).

**Анализ крови.** Гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – 3,0**×**1012 /л,

лейкоциты – 25**×**109 /л, «сдвиг влево», СОЭ – 62 мм/час, СРБ – 130 мг/л.

**МРТ / КТ.** Спаечный процесс в малом тазу. Образование размером 12**×**12 см с капсулой 10 мм, содержание – гной (?). Признаки эндометрита. В малом тазу жидкость.

**Предварительный диагноз. Дифференциальный диагноз.**

**Нужны ли дополнительные исследования, консультации?**

**Оказание помощи (экстренная, реабилитация).**

**Возможная профилактика**.

**З А Д А Ч А**

Больная Ч., 21 год, 4 января 2012 года доставлена в терапевтическое отделение машиной скорой помощи с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела до 400С, боли в левом локтевом и коленном суставах, в левом бедре, незначительные боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей. Указанные жалобы появились 1 января.

**Анамнез.** 29 декабря 2011 года произведен медицинский аборт в сроке 6 недель (мифепристон, простагландины). После аборта УЗИ не произведено, отпущена домой с гнойными выделениями из половых путей.

**Объективное исследование.** Состояние средней тяжести. Температурная кривая гектическая: 35,40 – 39,50С. Кожные покровы бледные. Язык суховат. Дыхание жесткое, ЧДД – 21 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 96 в мин., АД – 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Печень на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка пальпируется – увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пальпируются умеренно увеличенные паховые лимфоузлы.

**Status localis.** Гиперемия и отечность в области левого коленного и голеностопного суставов, ограничение движения из-за болей. Отмечается болезненность, гиперемия, отечность по ходу левой бедренной вены. При УЗИ обнаружена жидкость (гной) в суставных полостях. Проведено вскрытие и дренирование локтевого и коленного суставов, удалено около 50 мл гноя.

**Лабораторные и аппаратные методы исследования.**

Анализ крови: эритроциты 2,7х1012/л, Нв – 84 г/л, лейкоциты 15,4х109/л, П-1%, С-65%, Л-23%, СОЭ – 65мм/час, токсическая зернистость нейтрофилов (+++).

Биохимическое исследование крови: АСТ -141,6 ед/л, АЛТ – 96 ед/л, билирубин – 20,3 мкмоль/л, общий белок – 49,8 г/л, мочевина – 3,8 ммоль/л, креатинин – 129 мкмоль/л, ПТИ – 74%, фибриноген – 8,8 г/л, РФМК – 22 мг/100мл, АЧТВ – 22,7 сек., тромбиновое время – 11,2 сек.

Анализ мочи: удельный вес – 1038, мутная, белок – 300 мг/л, лейкоциты 10-15 в п/зр., бактерии в значительном количестве.

На фоне комплексной терапии улучшение состояния не наблюдалось. Продолжались умеренные боли внизу живота, обильные гнойные выделения из половых путей. Учитывая вероятную связь заболевания с абортом, назначена консультация гинеколога.

**Консультация гинеколога.** Влагалище узкое, наружный зев шейки матки приоткрыт. Матка в retroflexio, увеличена до 6 недель беременности, мягковатой консистенции, болезненная при пальпации, придатки с обеих сторон инфильтрированы, болезненные при пальпации. Выделения гнойные, обильные.

**УЗИ органов малого таза.** Матка увеличена, 7,1х6,1х5,8 см, признаки эндометрита, полость расширена, в ней гиперэхогенные участки. Яичники с обеих сторон отечные.

В связи с осложненным течением послеабортного периода больная переведена в гинекологическое отделение.

**Предварительный диагноз.**

**Дополнительные исследования.**

**Тактика.**