«Астана медицина университеті»АҚ

Тақырыбы:Нәрестелер мен босанған әйелдердің іріңді-сепсистік асқынуларының алдын алу

Орындаған:Болатбек Қ.
Топ: 404 ЖМ
Қабылдаған:Усманова Л.З.

Астана2017

Жоспары

* *Кіріспе*
* *Негізгі бөлім*

✔ Ірінді-септикалық аурулардың дамуына жағдай тудырушы факторлар

✔ Босанғаннан кейінгі эндометрит

✔ Іріңді мастит

✔ Бактериальды-септикалық шок

- *Қорытынды*

Босанудан кейінгі іріңіді септикалық жағдайлар

Акушериядағы іріңді септикалық асқынулар жиілігі:

- ✔ Ірінді-септикалық аурулардың жиілігі 4—6%.
- ✔ Кесар тілігі операциядан соң — от 2 до 54,3%.

Ірінді-септикалық аурулардың дамуына жағдай тудырушы факторлар.

* жүктілерде гениталийдың қабыну аурулары (кандидоз, хламидиоз, микоплазмоз т.б.);
* жүктілік кезінде жедел инфекционды аурулар (грипп, ЖРА, герпес т.б.);
* созылмалы инфекция ошағының болуы (пиелонефрит, тонзиллит, сальпингоофорит);
* экстрагенитальды аурулар (семіздік, қант диабеты, анемия т.б.);
* Жүктілік пен босану кезіндегі асқынулар (гестоз және патологиялық қан жоғалту, ұзақ босану ұзак сусыз кезеңмен хориоамнионит, жыртылыстар);
* Операциялар (кесар тілігі, акушерлік қысқыштар, перинеотомия, жатыр қуысын қолмен тексеру.);
* Теріс эмоциялар (қорқу, ауырсыну босану);
* Иммунитетің төмендеуі, экологияның әсері).

Г. М. Савельеваның жіктеуі (2000)

* Босанудан кейінгі шектелген ірінді-септикалық аурулар (эндометрит, босанудан кейінгі «жара», мастит, кесар тілігі операциядан кейінгі жараның инфекциясы)
* Жайылған түрлері (акушерлік перитонит, сепсис)

Босанудан кейінгі «жара»:

Шағымы: ауырсынуға,субфебрильды температураға, әлсіздікке, ірінді бөліністерге.

Тексеруде: гиперемия, ісіну, ірінді бөліністер, тігістердің ашылуы.

Терапиясы: Тігістерді алу; Жергілікті антисептиктер қолдану; іріндеуде — жараны дренирлеу, гипертониялық ертіндімен антисептикпен жуу, некротизирленген тіндерді алу; протеолитикалық ферменттерді қолдану; Антибактериальды және инфузионды терапия; қажет жағдайда кейіндетілген екіншілік тігістер жараға салынады.

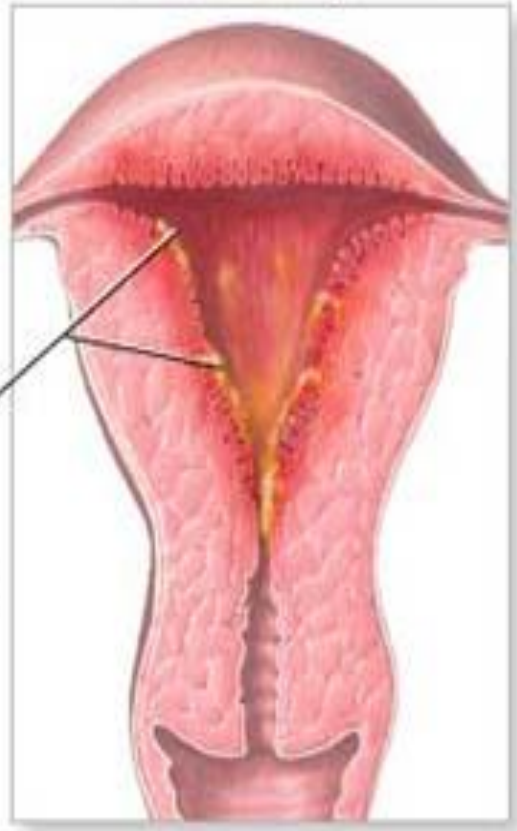
Алдын алу

- Жүктілік кезінде қынап инфекциясын емдеу;
- Босануда қорғап, уақытында перинео- немесе эпизиотомия жасау;
- Шатты тазалау, тігістерді тазалау 2—5 рет тәулігіне (калия перманганатпен, бриллиант жасылымен, мирамистинмен)

Босанғаннан кейінгі эндометрит

- басталады 2—3 күні
- хориоамнионит фонында.
- Температура 38—39°.
- Жатыр ауырсынады, үлкейген, жұмсақ, ірінді бөліністер.
- Бас ауырады, әлсіздік, іштің төменгі жағында ауырсыну.
- тахикардия.
- Лейкоцитоз 14-30 х 10 9/л

Эндометрит



Отечная слизистая оболочка матки ярко-красного цвета

Емі

* пенициллин ингибитормен б-лактамаз (амоксициллин/аугментин);
* цефалоспориндер 2-этапты нитроимидазо-лмен ж/е аминогликозидпен (цефуроксим + метрогил + гентамицин);
* цефалоспорины 1-ші этапты комбинацияда нитроимидазолмен ж/е аминогликозидпен (цефазолин + метрогил + гентамицин).
* Антибактериальды терапия аяқталған соң қынаптың биоценозы коррекцияланады лактобактеринмен немесе ацилактпен, ішектің қалыпты микрофлорасы стимуляцияланады (хилак-форте, фестал, мезим-форте).

Лактациялық мастит

* серозды;
* инфильтративты;
* Ірінды:
* инфильтративті-ірінды (диффузды, түйінді),
* абсцессті,
* флегмонозды,
* гангренозды.

Маститтің сероздық түрінің дерті түрге ауысуы 4-тәуліктің ішінде өтеді.Науқастың ауыр жағдайы жиіліктің абсцестерде, флегмонада, гангренозды маститте байқалады.

- Иммунитеті төмендейді.
- Дене қызуы 40,пульс жиілейді тыныс-қан,тамыр жиілігі ұлғаяды.
- сүт безі үлкейеді.Қабыну процесі жүріп жатқан тері бетінде қызару,ісіну айқын көрінеді,эпидермистің сылынып түсуі көрінеді.
- Қан себіндісінде бактерия анықталады.
- Зәрде белок анықталады;
- Ауырудың бұл кезеңдегі клиникалық көрінісі сепсиске ұқсас келеді.

Клиникасы

* Температура 38,5—39° С, қалтырау, Әлсіздік, Бас ауру. Сүт безі ауырсынады, терісі гиперемирленген,без ісінген. 1-3 күнде инфильтративты сатыға ауысады (пальпацияда — тығыз, қозғалыссыз инфильтрат; регионарлы лимфотүйіндер үлкееді).

Іріңді мастит алдын алу

* Еміздіктерді дайындау;
* Жарылыстарды болдырмау;
* Ерте емізу;
* Дұрыс емізу техникасы;
* Сүтті сауу;
* Гигиенаны сақтау;
* Емізу уақытын устау (2—3 мин, күнде 2—3 мин қосу, тамақтанғаннан кейін 20-25 мин);
* Жарылыстарды уақытында емдеу.
* Санитарлық-эпидемиологиялық тәртібті сақтау.

Бактериальды-септикалық шок

* Көрінеді жедел циркуляторлы жетіспеушілікпен және периферияялық қан айналымының құрт төмендеуімен. Жиілігі бойынша 3-ші орында, летальдығы бойынша — 1-шіде (20 — 80% науқас өледі)

Клиникалық көрінісі

* Іріңді ошақ Қалтырау; Гипотония қан кетусіз тахикардия 120—140 рет/мин, шокті индекс 1,5 жоғары; тахипноэ (30—60 мин); Естен тану; Ішінде ауырсыну, кеудеде, қол аяқта, белінде, бас ауру; Диурез төмендеуі (30 мл/сағ кем) анурияға дейін; петехиальды бөртпелер, некроз терісінде

Алдын алу

* Жоспарлы емдеу-профилактикалық шаралар жүктілік кезінде: анықтау кауіптілігін, уақытында госпитализация санацияға. Рациональды босануды жүргізу, алдын алу емдеу жарақаттарды, қен кетуды, операция кесар тілігін жоспарлы түрде жасау, операцияға дейінгі дайындықпен.

НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ!