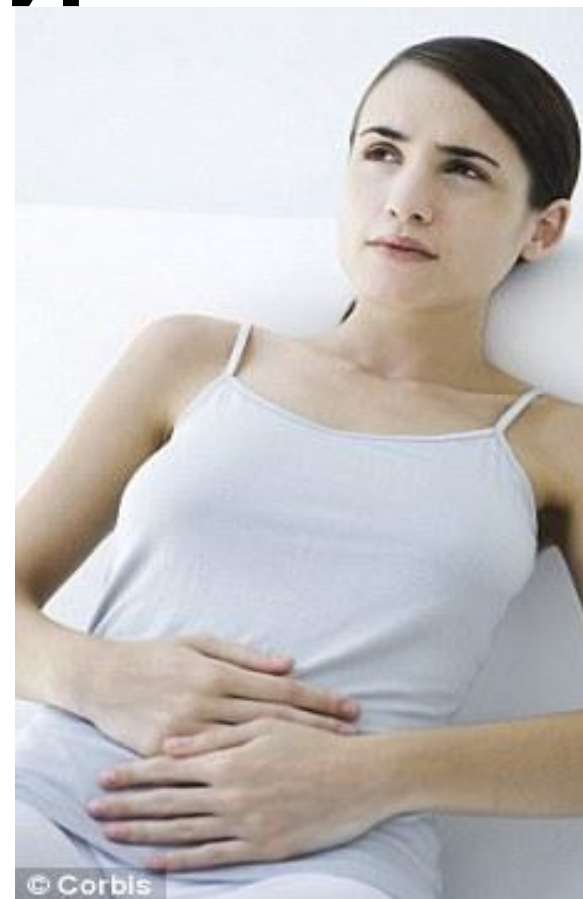


ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ



ОСТРЫЙ ЖИВОТ — КЛИНИЧЕСКИЙ
СИМПТОМОКОМПЛЕКС,
РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ
И ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, УГРОЖАЮЩИЙ
ЖИЗНИ И ТРЕБУЮЩИЙ НЕОТЛОЖНОЙ
ПОМОЩИ.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ЖИВОТА

1. ОСТРЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:

- ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ;
- АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА;
- ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАТКИ;
- РАЗРЫВ КИСТЫ И ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА.

2. ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ОПУХОЛЯХ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ:

- ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА;
- НАРУШЕНИЕ ПИТАНИЯ ФИБРОМАТОЗНОГО УЗЛА;

3. ОСТРЫЕ ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С РАЗВИТИЕМ ПЕРИТОНИТА:

- ПИОСАЛЬПИКС, ТУБООВАРИАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ;
- ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ;
- РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ЖИВОТА

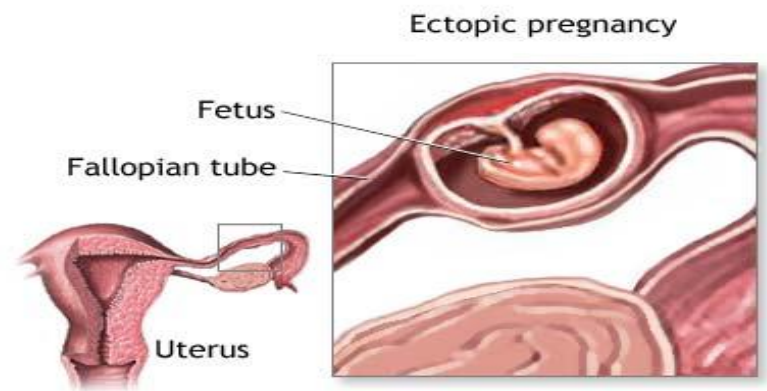
- **Формирование путей оттока менструального детрита и крови в брюшную полость при пороках развития:**
 - атрезия влагалища;**
 - аплазии шейки матки;**
 - наличие рудиментарного**
 - недренирующегося рога матки.**



ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ GRAVIDITAS EXTRAUTERINA, S. ECTOPICA -

имплантация плодного яйца вне
полости матки.



Частота ЭБ:

1,2%-1,4% - ОТ ВСЕХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ;

6% - В ПРОГРАММЕ ЭКО;

5-7% - В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН МАТЕРИНСКОЙ
СМЕРТНОСТИ

98% - ТРУБНАЯ:

АМПУЛЯРНАЯ (85%);

ФИМБРИАЛЬНАЯ (9%);

ИСТМИЧЕСКАЯ (5%);

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ (1%).

КЛАССИФИКАЦИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ от места имплантации плодного яйца

- ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ;
- ЯИЧНИКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ;
- БРЮШНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ;
- ШЕЕЧНАЯ
- В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ МАТКИ;
- ИТРАЛИГАМЕНТАРНАЯ.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ по течению заболевания

Прогрессирующая .

Нарушенная внематочная беременность:

- **наружный разрыв плодоемности;**
- **внутренний разрыв плодоемности**

ФАКТОРЫ РИСКА ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ



1. АНАТОМО — ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ (связанные с нарушением транспортной функции маточной трубы)

- **воспалительные заболевания;**
- **хирургическая стерилизация;**
- **использование ВМК;**
- **операции на маточных трубах;**
- **опухоли матки и придатков**

2. ГОРМОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

- дисбаланс ГГЯ регуляции,;
- индукция овуляции;
- ЭКО;
- нарушение синтеза простагландинов;
- гормональные контрацептивы – мини-пили;
- задержка овуляции.

3.ПОВЫШЕННАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПЛОДНОГО ЯЙЦА

**ускоренный рост трофобласта
увеличивает риск преждевременной
инплантации бластоцисты**



4. ТРАНСМИГРАЦИЯ ЯЙЦЕКЛЕТКИ ИЛИ СПЕРМАТОЗОИДОВ

- **трансабдоминальная миграция яйцеклетки;**
- **трансабдоминальная миграция сперматозоидов;**
- **внутренняя миграция зиготы.**

5.спорные

- -эндометриоз;
- девертикулез труб;
- качество спермы;
- хромосомные нарушения;
- аномалии развития и др.

ПРИЗНАКИ ЭБ:

- ощущения ранней беременности;**
- боли внизу живота неопределенного характера;**
- темно-кровянистые выделения;**
- внутрибрюшное кровотечение, в том числе профузное;**
- наружное кровотечение, в том числе, профузное (шеечная ЭБ)**

Объективно:

- увеличенная не по сроку матка;
- болезненное образование в области придатков;
- изменение показателей гемодинамики;
- френикус – симптом;
- «плавающая матка»;
- нависание заднего свода влагалища;
- шейка матки цианотичная, бочкообразная, в сводах пульсация сосудов (**при шейчной беременности**)

ПОДОЗРЕНИЕ ЭБ

ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ

**ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР !**

ОБСЛЕДОВАНИЕ

- **КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ**
- **ПУНКЦИЯ ЗАДНЕГО СВОДА ВЛАГАЛИЩА**
- **УЗИ:**
 - отсутствие плодного яйца в матке;
 - визуализация пл. яйца вне матки 5%;
 - увеличение размеров матки;
 - утолщение М – эхо;
 - наличие «свободной» жидкости в брюшной полости.
- **ХГЧ**
- **ЛАПАРОСКОПИЯ**

Дифференциальный диагноз:

- маточный аборт;**
- апоплексия яичника;**
- ВЗОМТ;**
- перекрут ножки опухоли яичника;**
- нарушение питания миоматозного узла:**
 - острый аппендицит;**
 - почечная колика;**
 - острый панкреатит.**



ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ

РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ:

-ТУБЭКТОМИЯ

КОНСЕРВАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ:

- **ФИМБРИАЛЬНАЯ ЭВАКУАЦИЯ;**
- **СЕГМЕНТАРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ;**
- **САЛЬПИНГОТОМИЯ.**

ЛАПАРОТОМИЯ ПРИ

МАССИВНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ;

ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ;

СПАЕЧНОМ ПРОЦЕССЕ;

БОЛЬШОМ ПЛОДОВМЕСТИЛИЩЕ;

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ;

РЕИНФУЗИИ КРОВИ.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОТРЕКСАТА



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВВЕДЕНИЮ МЕТОТРЕКСАТА ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Перед введением препарата:

- **определить уровень b-субединиц ХГ в сыворотке крови;**
- **при ХГ менее 2000МЕ/л произвести отдельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала;**
- **выполнить ОАК, Б/Х анализ крови;**
- **женщинам с Rh-отрицательной кровью антирезусный иммуноглобулин;**
- **провести УЗИ (диаметр плодного яйца не должен превышать 3,5см).**

МЕТОТРЕКСАТ — антогонист фолиевой кислоты, нарушает синтез ДНК, блокируя дегидрофолатредуктазу. Вводят по 1 мг/кг в сутки в/м через день. Препарат отменяют при снижении ХГ на 15% за сутки. Происходит лизис погибшего плодного яйца.



ОБЪЕМЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

при других формах ЭБ

- при брюшной беременности - удаление плодoвместилища с окружающими тканями;
- при яичниковой беременности — резекция яичника ;
- при беременности в рудиментарном роге — удаление рудиментарного рога с прилегающей маточной трубой;
- при итралигаментарной — расечение широкой связки над гематомой, удаление ее с плодным яйцом + тубэктомия;
- при шеечной беременности — экстирпация матки без придатков

Шеечная беременность:

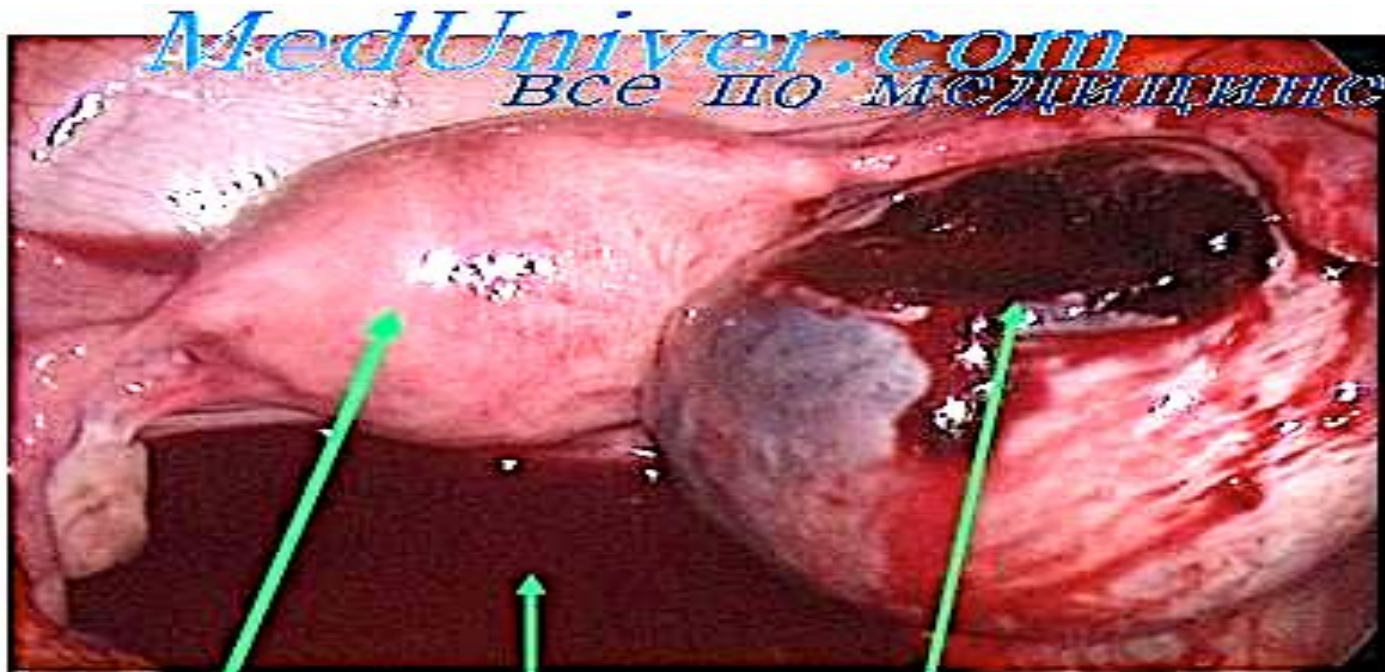
истмикоцервикотомия и удаление плодного яйца с перевязкой нисходящих ветвей маточных артерий;

эмболизация ветвей маточных артерий;
интрацервикальное введение

вазоконстрикторов; + кюретаж +

баллонирование цервикального канала

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА



Матка

Кровь в малом
тазу

Правый яичник, в нем киста
желтого тела с разрывом
капсулы

**АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА – ВНЕЗАПНО
НАСТУПИВШИЙ РАЗРЫВ СОСУДОВ
ГРААФОВА ПУЗЫРЬКА, СТРОМЫ
ЯИЧНИКА, ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ИЛИ
КИСТЫ ЖЕЛТОГО ТЕЛА.**

**ВСТРЕЧАЕТСЯ У 0,5-2,5% ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
(20-35ЛЕТ).
ВОЗМОЖНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРИ РАЗРЫВЕ КИСТЫ
ЖЕЛТОГО ТЕЛА.**

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- нейроэндокринные нарушения;
- воспалительные заболевания;
- варикозное расширение вен яичников;
- физические нагрузки;
- аномалии положения половых органов;
- опухоли малого таза;
- нарушение свертывающей системы крови;
- травмы живота;
- бурные половые сношения.

**ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ АПОПЛЕКСИЯ
ПРАВОГО ЯИЧНИКА, ЧТО СВЯЗАНО С
ЛУЧШИМ
КРОВОСНАБЖЕНИЕМ ПО СРАВНЕНИЮ
С ЛЕВЫМ.
ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ МОЖЕТ БЫТЬ
ОТ 50мл ДО 2-3литров**

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АПОПЛЕКСИИ

АНЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА:

- I степень — легкая (внутрибрюшная кровопотеря 150мл);
- II степень — средняя (кровопотеря 150 — 500мл);
- III степень — тяжелая (кровопотеря более 500мл).

БОЛЕВАЯ ФОРМА.

СМЕШАННАЯ ФОРМА.

ДИАГНОСТИКА АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

- Анамнез .
- Объективное исследование.
- Общий анализ крови.
- УЗИ органов малого таза.
- Определение уровня ХГ в крови (для исключения внематочной беременности).
- Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.
- Лапароскопия.

ЛЕЧЕНИЕ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

**КОНСЕРВАТИВНОЕ
ЛЕЧЕНИЕ** возможно при
болевым синдроме без
признаков внутреннего
кровотечения, с контролем
центральной гемодинамики.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОЙ ФОРМЫ

- ХОЛОД на низ живота;
- гемостатики (дицинон, викасол, этамзилат);
- антибиотики;
- витамины (группы В, фолиевая кислота, Е и А);

При отрицательной динамике показано
оперативное вмешательство

ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ – ХИРУРГИЧЕСКОЕ

- проводится клиновидная резекция яичника в пределах здоровых тканей;
- сшивание разрыва Z-образными швами;
- овариоэктомия, если вся ткань яичника пропитана кровью.

ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

**ПАТОЛОГИЯ ПРИВОДИТ К ОСТРОМУ
НАРУШЕНИЮ ПИТАНИЯ ОПУХОЛИ
ЯИЧНИКА, РАЗВИТИЮ В НЕЙ
МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ**

**АНАТОМИЧЕСКАЯ НОЖКА ОПУХОЛИ
СОСТОИТ ИЗ СОБСТВЕННОЙ И
ПОДВЕШИВАЮЩЕЙ СВЯЗОК И БРЫЖЕЙКИ
ЯИЧНИКА.**

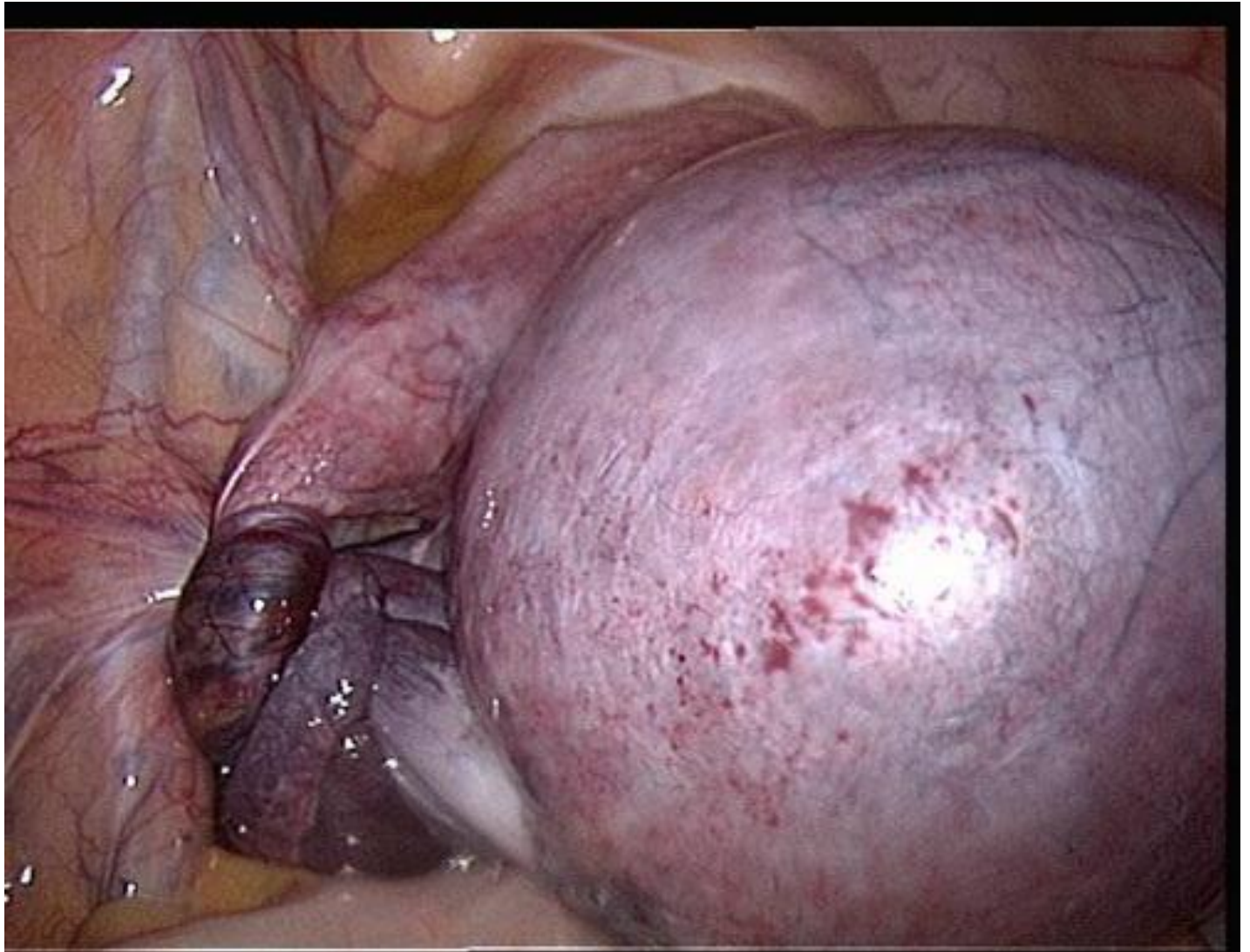
**ХИРУРГИЧЕСКАЯ НОЖКА ОПУХОЛИ
— АНАТОМИЧЕСКАЯ НОЖКА +
МАТОЧНАЯ ТРУБА, ИНОГДА
САЛЬНИК И ПЕТЛИ КИШЕЧНИКА.**

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

- во время занятий спортом, тяжелой физической нагрузке;
- усиленной перистальтике кишечника;
- переполненном мочевом пузыре;
- у беременных со слабой брюшной стенкой, а также в послеродовом периоде;

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕКРУТА

- остро;
- постепенно;
- частичным с выраженным венозным застоем в опухоли и возможным кровотечением в брюшную полость при разрыве стенки;
- полным с некротическими изменениями в тканях опухоли;
- может привести к перитониту.



ОСТЫЙ ПОЛНЫЙ ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

- сильные приступообразные боли внизу живота;
- тошнота, рвота, задержка газов, стула;
- повышение температуры;
- бледность кожных покровов;
- холодный пот, частый пульс, гипотония;
- вынужденное положение больной;
- положительные симптомы раздражения брюшины

**ПРИ ЧАСТИЧНОМ ПЕРЕКРУТЕ
НОЖКИ – ВСЕ ЯВЛЕНИЯ
ВЫРАЖЕНЫ В МЕНЬШЕЙ
СТЕПЕНИ.**

**ИНОГДА ВСТРЕЧАЕТСЯ
ПЕРЕКРУТ НЕИЗМЕНЕННЫХ
ПРИДАТКОВ МАТКИ.**

ЛЕЧЕНИЕ – ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ

- ХИРУРГИЧЕСКУЮ НОЖКУ РАССЕКАЮТ НЕ РАСКРУЧИВАЯ;
- ТЩАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАКРОПРЕПАРАТА;
- ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.



НАРУШЕНИЕ ПИТАНИЯ ФИБРОМАТОЗНОГО УЗЛА

ФИБРОМИОМА – доброкачественная дисгормональная эстрогензависимая опухоль, состоящая из мышечной и соединительной ткани, которая в результате нарушения кровоснабжения некротизируется



КЛИНИКА зависит от степени нарушения кровообращения опухоли.

При незначительной ишемии

- боли на фоне мягкого живота;
- симптомов раздражения брюшины нет;
- матка увеличена, болезненная, бугристая.

Полный некроз сопровождается

- острая боль в животе, симптомы раздражения брюшины положительные;
- тошнота, рвота;
- повышение температуры;
- резко болезненная матка с узлами;
- лейкоцитоз.

ЛЕЧЕНИЕ ОПЕРАТИВНОЕ



ОСТРЫЕ ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ПИОСАЛЬПИНКС, ПИОВАР,
ТУБООВАРИАЛЬНАЯ
ГНОЙНАЯ ОПУХОЛЬ

КЛИНИКА ПРЕДСТАВЛЕНА СИНДРОМАМИ

- ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ;
- БОЛЕВОЙ;
- ИНФЕКЦИОННЫЙ ;
- РАННИЙ ПОЧЕЧНЫЙ СИНДРОМ;
- ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ;
- ВОСПАЛЕНИЕ СМЕЖНЫХ ОРГАНОВ;
- СИНДРОМ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.

ДИАГНОСТИКА

1. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ И БОЛЕЗНИ.
2. ОБЪЕКТИВНЫЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС.
3. ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.
4. ПУНКЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ СВОД ВЛАГАЛИЩА.
5. УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА.
6. ЛАПАРОСКОПИЯ.

ЛАПАРОСКОПИЯ СИНДРОМ ФИТЦА – ХЬЮ – КУРНТСА

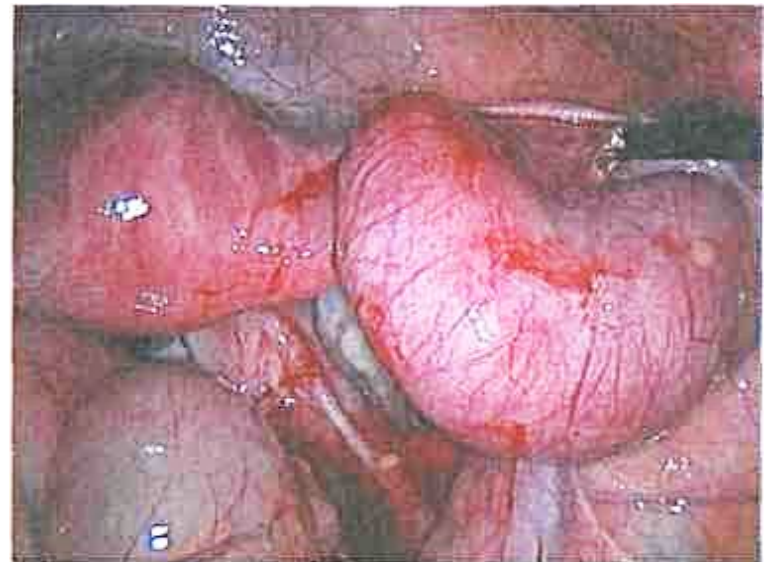
при гонорейной и хламидийной инфекции с
гнойным поражением труб определяются
в подпеченочной области экссудат и
лентообразные спайки

ОСТЫЙ ГНОЙНЫЙ САЛЬПИНГИТ

- утолщенные, отечные, гиперемированные трубы;
- матка, придатки покрыты фибриновой пленкой;
- с фимбриального конца трубы выделяется гной;
- гной в дугласовом пространстве.

ПИОСАЛЬПИКС

- значительное расширение маточных труб;
- фимбриальный конец закрыт;
- стенка трубы утолщена, ригидная;
- между придатками, задним листком широкой связки матки и петлями кишечника образуются сращения.



ПИОВАР

- яичник — абсцесс с плотной капсулой;
- собственная связка яичника плотная, инъецированная.



**ТУБООВАРИАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС –
РЕЗУЛЬТАТ ОСУМКОВАНИЯ
ГНОЙНОГО
ЭКСУДАТА МЕЖДУ МАТОЧНОЙ
ТРУБОЙ, МАТКОЙ, ЯИЧНИКОМ,
КИШКОЙ.**

**СПАЙКИ МЕЖДУ ОРГАНАМИ
НЕКРЕПКИЕ. В МАЛОМ ТАЗУ
МУТНЫЙ ВЫПОТ.**

ЛЕЧЕНИЕ

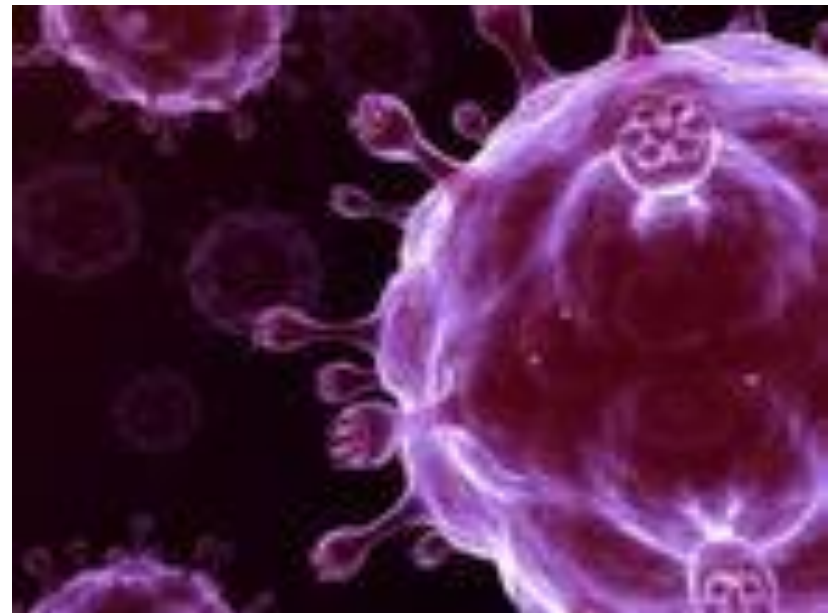
ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

- наличие гнойных tuboовариальных образований, не поддающихся консервативному лечению;
- рецидивирующая гнойная инфекция с тенденцией к генерализации;
- сепсис;
- перфорация пиосальпинкса, пиовара с развитием перитонита;
- формирование внутрибрюшных гнойных образований;
- формирование пузырьно-придаточных, кишечно-придаточных свищей.

ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА

- б-лактамные антибиотики, фторхинолоны, метронидазол;
- белковые препараты, нативная плазма 300мл/сут. .
- раствор Рингера-Локка (1000-2000мл/сут.) в сочетании с рефортаном (400мл) или стабизолом (400мл);
- антиаллергические препараты — стабилизаторы клеточных мембран (димедрол, супрастин, задитен);
- нестероидные противовоспалительные препараты;
- витамины А,С, группы В.

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ



ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ –
МЕСТНЫЙ ОГРАНИЧЕННЫЙ
ПЕРИТОНИТ, ВОЗНИКАЮЩИЙ
ВТОРИЧНО ВСЕДСТВИЕ
ИНФИЦИРОВАНИЯ БРЮШИНЫ
МАЛОГО ТАЗА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ
ГЕНИТАЛИЙ

ЛЕЧЕНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ

1. Ограничение воспалительного процесса:

- постельный режим с поднятым головным концом кровати;
- холод на низ живота;

2. Медикаментозная терапия:

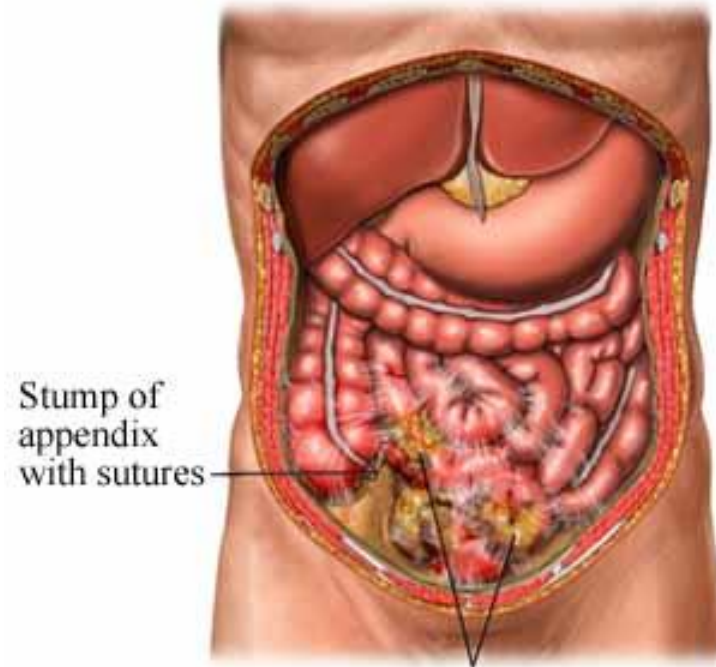
- антибиотики;
- инфузионно-трансфузионная терапия;
- антигистаминные препараты;
- противовоспалительные препараты;
- витамины.

3. Пункция заднего свода влагалища с целью:

- удаление экссудата;
- для бактериологического исследования;
- для введения антибиотиков, антисептиков.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА
ПОКАЗАНО ПРИ
НАЛИЧИИ ПИОВАРА,
ПИОСАЛЬПИНКСА,
ТУБОУВАРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА.**

ПЕРИТОНИТ




Recurrence of abscesses, acute peritonitis, necrosis of intestinal fat, interstitial hemorrhages within the bowel and widespread adhesions

ПЕРИТОНИТ — воспаление брюшины, сопровождающееся сложными морфологическими нарушениями, полиорганной недостаточностью с развитием комплекса защитных реакций.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРИТОНИТ ЗАВЕРШАЕТ ТАКИЕ ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ВНУТРЕННИХ ГЕНИТАЛИЙ КАК :

- расплавление стенки пиосальпинкса, пиовара, тубоовариального абсцесса;
- различные гинекологические операции;
- криминальные аборты, в том числе с перфорацией стенки матки;
- некроз опухоли яичника при перекруте ее ножки;
- некроз субсерозного миоматозного узла вследствие перекрута.



КЛИНИКА РАСПРОСТРАНЕНН ОГО ПЕРИТОНИТА

РЕАКТИВНАЯ ФАЗА протекает на фоне сохраненных компенсаторных механизмов

- состояние удовлетворительное;
- температура тела повышена, озноб, тахикардия;
- живот болезнен и напряжен, положительные симптомы раздражения брюшины;
- перистальтика вялая, возможен парез кишечника;
- умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, ускоренное СОЭ;
- возбуждение больной.

ТОКСИЧЕСКАЯ ФАЗА развивается на фоне увеличения интоксикации

- адинамия, слабость;
- тошнота, рвота, понос;
- живот болезнен, напряженный, вздут, не принимает участия в акте дыхания;
- перистальтика отсутствует;
- нарастает лейкоцироз, гипопропротеинемия, дисэлектrolитемия.

ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ проявляется выраженностью всех выше перечисленных симптомов на фоне поражения ЦНС

- спутанность сознания, галлюцинации;
- западают глазные яблоки, цианоз слизистых оболочек и т. д.;
- гипотония вплоть до коллапса ;
- дыхание поверхностное, учащенное;
- разлитая болезненность по всему животу, перистальтики нет;
- олигурия;
- ДВС.

ЛЕЧЕНИЕ ПОЭТАПНОЕ

1. Предоперационная подготовка проводится 2 часа и включает:

- промывание желудка;
- в/в введение антибиотиков;
- инфузионную терапию.

2. Оперативное лечение:

- удаление гнойного очага в объеме экстирпации матки с придатками с дренированием брюшной полости и интубации кишечника.

3. Терапия в послеоперационном периода включает:

- санацию брюшной полости через дренажи;
- комплексная противовоспалительная терапия с включением эфферентных методов.