

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра акушерства и гинекологии по интернатуре



СРС
**Ведение больных с
внебольшничным абортom.**

Проверил: Жумагалиев А.Е.

Подготовила: Качулина А., 740АиГ

Астана, 2015г.

План:

1. Криминальный аборт (определение).
2. Этиология.
3. Чем опасен криминальный аборт?
4. Лечение.
5. Лечебная тактика при септическом аборте.
6. Хирургическое лечение.
7. Особенности хирургического лечения.
8. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде.
9. Осложнения после криминального аборта.
10. Классификация гнойно-септических заболеваний после аборта
11. Осложнения, возникающие в последующих беременностях и родах.
12. Список литературы.

Криминальный (внебольничный) аборт - прерывание беременности самой женщиной или другим лицом, произведенное вне лечебного учреждения. Лицо, производящее женщине криминальный аборт, несет уголовную ответственность.



Этиология:

К криминальному аборту в подавляющем большинстве случаев прибегают женщины, не состоящие в браке, из желания скрыть беременность. Более половины криминальных абортов выполняется в поздние сроки, что в части случаев объясняется неуверенностью женщины в факте беременности или неустойчивостью семейного по-



Чем опасен криминальный аборт?

Для криминального аборта используют механические, химические, медикаментозные средства и др. Аборт нередко производят в антисанитарных условиях, в связи с чем часто возникают тяжелейшие септические осложнения, ДВС-синдром, инфекционно-токсический шок, почечная недостаточность, печеночная недостаточность. В дальнейшем часто наступает бесплодие, наблюдаются невынашивание беременности и другие осложнения.

Нередко при криминальном аборте возникают отравления, связанные с введением внутрь или парентерально препаратов, называемых в обиходе «абортивными средствами». К ним относят препараты женских половых гормонов и их синтетические аналоги (фолликулин, метилэстрадиол, синэстрол, диэтилстильбэстрол, прогестерон, прегнин); средства, стимулирующие мускулатуру матки - препараты спорыньи (эрготал, эргометрин, эрготаминам и др.); препараты задней доли гипофиза (окситоцин, питуитрин и др.), стиптицин, сферофизин, изоверин; средства, стимулирующие матку (пахикарпин, хинин).

Лечение:

Лечение отравлений "абортивными средствами" обычно задерживается вследствие позднего обращения за медицинской помощью. *Дезинтоксикационная терапия* включает промывание желудка через зонд, введение внутрь 50 г активированного угля, слабительных средств (при пероральных отравлениях); форсированный диурез с использованием мочевины или лазикса. При тяжелых отравлениях в 1-е сутки рекомендуется гемосорбция.

Симптоматическое лечение направлено на поддержание функций жизненно важных органов, при появлении маточного кровотечения показано экстренное выскабливание полости матки. При использовании для искусственного аборта во внебольничных условиях катетеризации полости матки с последующим введением через катетер растворов антибиотиков, фурацилина, перманганата калия, мыла и др. наибольшую опасность представляет быстрое (в течение 2 - 3 дней) развитие эндометрита, септического состояния и острой почечной недостаточности (септический аборт).

Лечебная тактика при септическом аборте:

- проведение предоперационной подготовки или комплекса реанимационных мероприятий;
- хирургическое удаление основного источника инфекции;
- интенсивную послеоперационную терапию основного заболевания и его осложнений;
- реабилитационные мероприятия на госпитальном этапе;
- постгоспитальную реабилитацию и диспансерное наблюдение больных.

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.

Особенности хирургического лечения:

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.
- интенсивную инфузионную терапию.
- 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 для обеспечения седативного, противоотечного и антигистаминного эффектов;
- повышение резистентности организма к инфекции путем введения антистафилококкового γ -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, 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.

Осложнения после криминального аборта:

Инфицированный внебольничный аборт встречается у 18-20% гинекологических больных.

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

Классификация гнойно-септических заболеваний после аборта:

- 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.

Осложнения, возникающие при последующих беременностях и родах:

1. Первичное невынашивание, связанное с несостоятельностью шейки и стенок матки.
2. Внематочная беременность.
3. Угроза выкидыша.
4. Преждевременные роды.
5. Слабость родовой деятельности.
6. Неправильное прикрепление детского места (плаценты), приводящее к кровотечениям как во время беременности, так и в начале родов, что может привести к гибели ребенка и матери.
7. Приращение плаценты; лечение оперативное - удаление матки.
8. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
9. Плацентарная недостаточность, при которой нарушается нормальное кровоснабжение плода.
10. Неправильное положение плода в полости матки.

Список литературы:

- Акушерство и гинекология: Краткое пособие по практическим умениям / Под ред. Д. Ф. Костючек. - СПб: СПбГМА, 2001. - 116 с.
- Д.Ф. Костючек, Р.К. Рыжова, Г.А. Жигулина, А.В. Кан, Е.А. Рукояткина. Практикум по неотложной помощи в гинекологии / Под ред. Д.Ф. Костючек. - СПб: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2005. - 96 с.
- А. А. Ильин
Акушерство и гинекология. Конспект лекций, 2006г.

Спасибо за внимание!

THE END