



*Новосибирский Государственный
Медицинский Университет*

Инфицированный аборт

Актуальность:



Уметь:



Знать:



Регламент проведения занятия:

1. Организационная часть;
2. Введение;
3. Разбор теоретического материала:
 - письменное тестирование (входной контроль);
 - устный разбор теоретического материала;
4. Практическая часть занятия:
 - просмотр видеоматериалов;
 - решение ситуационных задач;
 - работа на фантоме;
 - курация больных в отделении;
5. Заключительная часть;

Факторы риска для распространения инфекции во время беременности и аборта:

- *Инфекция развивается на фоне снижения иммунной реактивности*
- *Наличие в матке раневой поверхности – плацентарной площадки*
- *Трещины и разрывы мягких тканей (шейки матки, влагалища)*
- *Остатки элементов плодного яйца в полости матки*
- *Участки некроза мышцы матки, шейки после введения агрессивных жидкостей при производстве криминального аборта*

Характеристика микробного фактора при инфицированном аборте:

Факультативные аэробы:

Грам «+»

Стафилококк

- *Золотистый*
- *Эпидермальный*
- *Зеленящий*

Стрептококк

- *гемолитический*
- *агалактикус*

Грам «-»

- *E. coli*
- *Энтеробактерии*
- *Клебсиелла*
- *Протей*
- *Синегнойная палочка*

Характеристика микробного фактора при инфицированном аборте:

Условно-патогенные неспорообразующие анаэробы:

Грам «+»

- *Анаэробный стрептококк*
- *Пептококк*
- *Пептострептококк*

Грам «-»

- *Бактероиды*
- *Фузобактерии*
- *Мегасфера*

Характеристика микробного фактора при инфицированном аборте:

Спорообразующие анаэробы:

- *Clostridia perfringens*
- *Clostridia aedematis*
- *Clostridia septicus*
- *Clostridia histoliticus*

В последние годы воспаление возникает при ассоциации анаэробных неспорообразующих бактерий и Гр «-» микроорганизмов.

Тяжелые формы воспаления вызывают бактероиды. Отмечен синергизм этих сочетаний.

В мышце матки возникает некроз тканей, образуется жидкий пенистый гной в полости матки

КЛАССИФИКАЦИЯ АБОРТОВ:



АБОРТ

```
graph TD; A[АБОРТ] --> B[Медицинский аборт]; A --> C[Криминальный аборт]; A --> D[Внебольничный (неуточненный) аборт];
```

***Медицинский
аборт***

***Криминальный
аборт***

***Внебольничный
(неуточненный)
аборт***

Медицинский аборт

По желанию

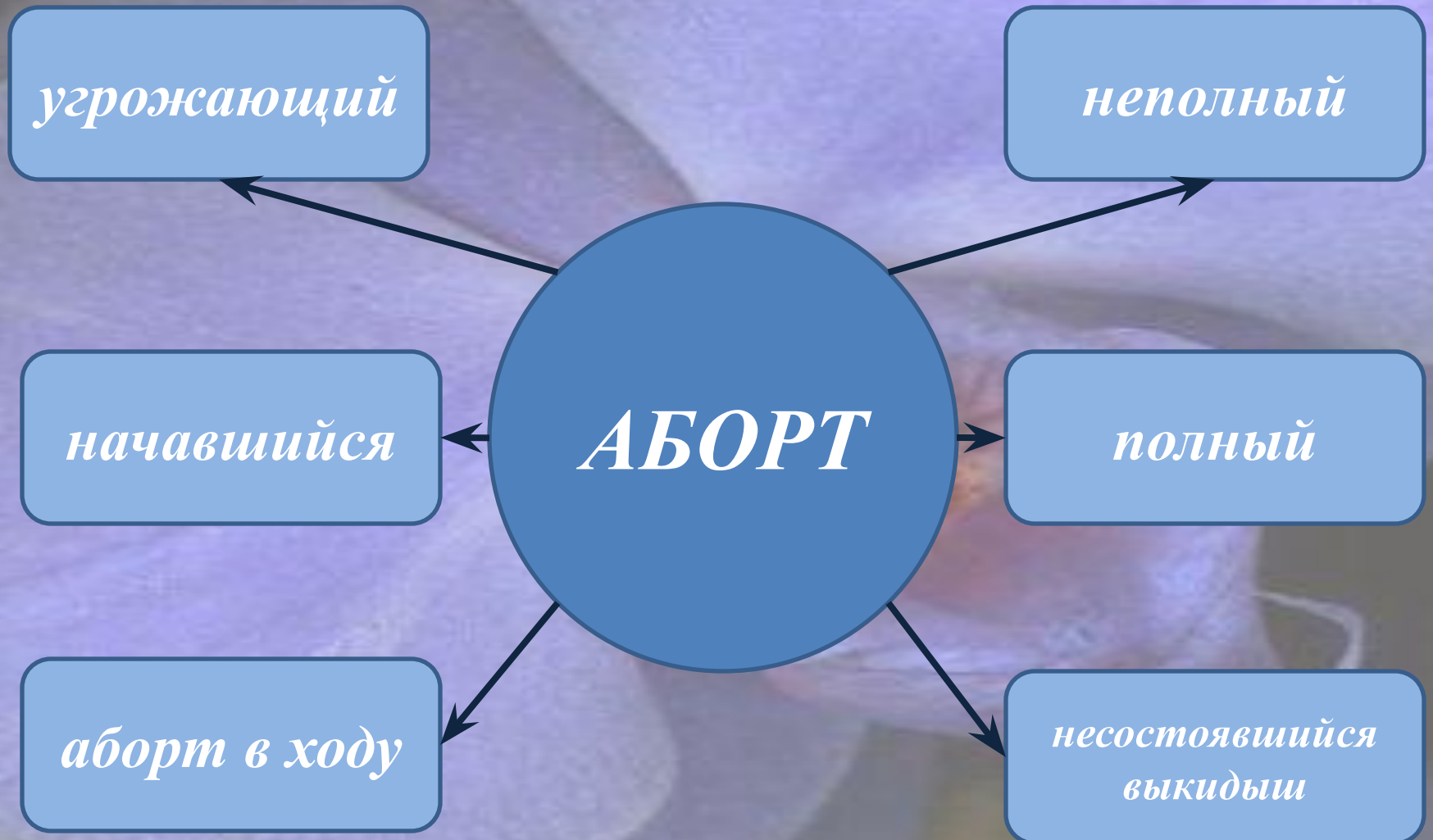
*По
медицинским
показаниям*

*По
социальным
показаниям*

*Мини
аборт
3-5 нед.*

*Мед.
аборт
до 12 нед.*

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ



КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФИЦИРОВАННЫХ АБОРТОВ

I этап – инфекция локализуется в области плодного яйца или в матке (децидуит, эндометрит);

II этап – инфекция за пределами матки, но не выходит за пределы малого таза

(метротромбофлебит, тромбофлебит вен таза, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, параметрит);

III этап – генерализованная инфекция, септицемия;

IV этап – септикопиемия, перитонит;

КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФИЦИРОВАННЫХ АБОРТОВ

АБОРТ



```
graph TD; A[АБОРТ] --> B["I этап  
Инфицированный  
неосложненный"]; A --> C["II этап  
Инфицированный  
осложненный"]; A --> D["III этап  
Септический аборт"]
```

*I этап
Инфицированный
неосложненный*

*II этап
Инфицированный
осложненный*

*III этап
Септический аборт*

Патогенез инфицированного аборта:



Признаки инфицированного аборта:

- *повышение температуры выше 37,5° С и тахикардия;*
- *ознобы, независимо от высоты температуры тела;*
- *бели с гнилостным запахом из цервикального канала;*
- *обнаружение гнойных налетов на шейке матки и стенках влагалища;*
- *болезненность матки и тазовой брюшины при пальпации;*
- *увеличение и болезненность придатков матки, инфильтрация в параметрии;*
- *гнилостные изменения элементов плодного яйца;*
- *признаком инфицирования плодного яйца является лейкоррея;*

Инфицированный неосложненный аборт:

Клиника:

Кровянистые бели с большим кол-вом L и микробной флоры в мазках. Интенсивные боли, гипертонус, болезненность матки, гипертермия до 38,5 °С. Симптомы эндометрита, протекающего подостро (в случае с факультативной аэробной микрофлорой). Анаэробный неклостридиальный метроэндометрит начинается остро с t 40 °С, протекает по типу гнойно-некротического метрита. Бели гнойные темно-серого цвета с гнилостным запахом. При инфицировании клостридиями молниеносно развивается острая гангрена матки (крепитация, выделение пузырьков воздуха, гнилостно-измененные остатки плодного яйца).

Инфицированный осложненный аборт:

Клиника:

Второй этап распространения инфекции характеризуется распространением инфекции на маточные трубы, яичники, клетчатку и тазовую брюшину. Процесс нередко заканчивается образованием осумкованных гнойников в малом тазу.

Септический аборт:

Клиника:

Особенностью III этапа распространения инфекции является генерализация инфекции в кровь и на брюшину выше терминальной линии таза.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СЕПТИЧЕСКОГО АБОРТА:

- *Температура тела > 39-41⁰ С;*
- *Повторяющиеся ознобы;*
- *Признаки интоксикации;*
- *Ps не соответствует t⁰С;*
- *Тахипное, одышка;*
- *Бледность, акроцианоз;*
- *Склонность к гипотонии;*
- *Олигурия, протеинурия;*
- *Явления менингизма;*
- *Петехиальная сыпь на коже;*
- *Увеличение печени и селезенки;*
- *Гиперлейкоцитоз, токсическая зернистость нейтрофилов;*
- *ОПН;*
- *Острая печеночная нед-сть;*
- *Дыхат. нед-сть (отек легких);*
- *Токсическая энцефалопатия;*
- *ДВС-синдром;*
- *Септический понос;*
- *Угроза СПОН;*
- *Опасность ИТШ;*

Особенности септикопиемии:

Развивается на 10-15 день после инфицированного аборта;

Относительно легкие формы:

- стрептостафилодермия,
- “пузырчатка”,
- подкожные абсцессы,
- ревматоидная форма с изменением в суставах.

Тяжелые формы:

- кардиальная (септический эндокардит),
- менингоэнцефалит,
- межкишечные, поддиафрагмальные абсцессы,
- абсцедирующая септическая пневмония,

Особенности возникновения перитонита на фоне септического аборта:

Бактериальные возбудители поступают в брюшную полость не из одного ограниченного участка, а сразу распространяются и по лимфатическим, и по кровеносным сосудам.

Бурная реакция со стороны брюшины в виде дефанса и резкой болезненности. Превалируют симптомы общей интоксикации: резкая слабость, бледность, цианоз, частый, слабый пульс при умеренном вздутии живота.

Тактика ведения и лечения пациенток с инфицированным абортом:

- Госпитализация и наблюдение за пациенткой в ПИТе, операционном блоке; в ЦРБ и участковых больницах – организация поста в смотровом кабинете, процедурной и т.д.
- Максимальные дополнительные методы обследования в ближайшие 2-4 часа: лабораторные анализы крови, мочи, по возможности УЗИ органов малого таза, рентгенологические исследования и т.д.
- За больной ведется наблюдение и лечение акушером-гинекологом, анестезиологом-реаниматологом и терапевтом;
- Обязательное ведение дневника наблюдения: Ps, t, АД, диурез, водный баланс;
- По показаниям (состояние пациентки) катетеризация центральной вены;
- Постоянный катетер в мочевом пузыре – измерение почасового и суточного диуреза;

Тактика ведения и лечения пациенток с инфицированным абортом:

- Инфузионная терапия под контролем ЦВД, гематокрита и диуреза;
- Контроль показателей свертывающей и противосвертывающей системы у тяжелых пациенток ежедневно;
- При развившемся инфекционно-токсическом шоке (ИТШ) - даже малое хирургическое вмешательство требует обезболивания;
- При ИТШ и развивающейся дыхательной недостаточности – постоянная оксигенация с переводом пациентки на ИВЛ;

NB! При инфекционно-токсическом шоке абсолютно противопоказано инструментальное опорожнение матки

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО АБОРТА:

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ
АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ
АНТИФЕРМЕНТНАЯ
ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ

Идеальные комбинации антибиотиков

*амикацин (аминогликозид)
клафоран (цефалоспориин)
метрагил*



«Золотой стандарт»

*клиндамицин (далацин “С”) 1200-2400 мг однократно
в/в или капельно - в/в 600 мг ч/з 6 ч
гентамицин в/м по 5 мг на 1 кг массы (240 мг/сут)
метрагил 100,0 в капельнице 3 раза в сутки в/в*

Медикаментозная терапия инфицированного аборта

- Гепаринотерапия по 20-30 тыс ЕД в сутки п/к живота под контролем коагулограммы;
- Дифференцированная коррекция КЩС;
- Антиферментная терапия против продуктов протеолиза белков – трасилол, контрикал и др. – 100000 ЕД в сутки;
- Коррекция диуреза – эуфиллин, лазикс, маннитол в/в;
- Гипосенсибилизация;
- Иммунотерапия – антистафилококковая плазма;
- Интенсивная витаминотерапия – группы С, В₁, В₆, В₁₂
- Метилурацил, анаболические стероиды, кортикостероиды;
- Экстракорпоральная детоксикация – плазмоферез, УФО крови;

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ СРОЧНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Тяжелое клиническое течение сепсиса с высокой лихорадкой, ознобами, развитием клиники ИТШ и СПОНа;

Тяжелое течение процесса после введения в матку растворов моющих средств;

Наличие гнойных воспалительных образований придатков матки – пиосальпинкс, пиоварум, тубоварум, пельвиоперитонит, перитонит;

При угрозе развития

ДВС-синдрома на ранних стадиях проявления

**При септическом шоке, если на протяжении 6-12 часов после инструментального опорожнения полости матки нет эффекта от больших доз глюкокортикоидов
(2-4 гр гидрокортизона)**

При подозрении на перфорацию матки при NB! любой форме инфицированного аборта

Ситуационная задача №1:

Больная Н.,
Диагноз? Тактика? План лечения?



Благодарю

за

внимание!