

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 "абортными 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  $\gamma$ -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