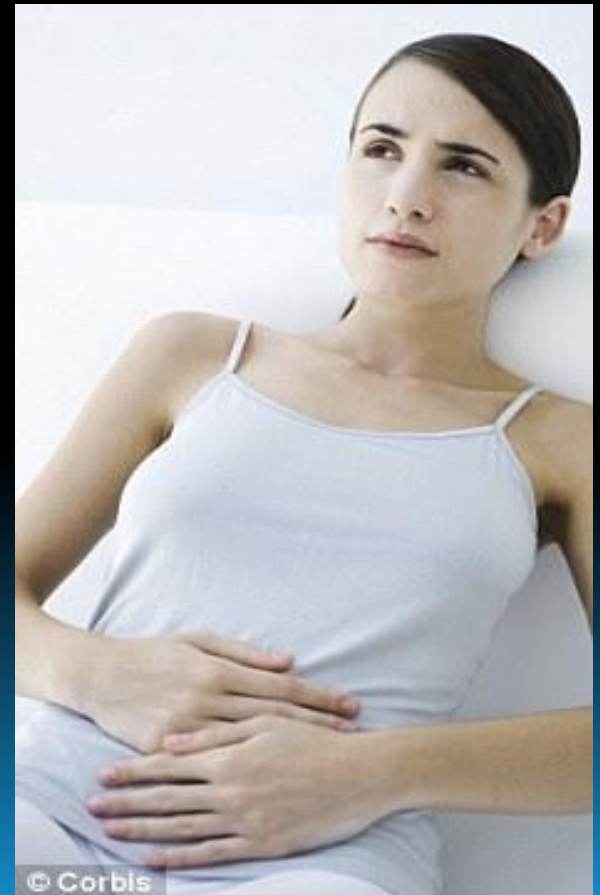



# ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ

Кафедра акушерства гинекологии №2



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



**ТЕРМИН «ОСТРЫЙ ЖИВОТ» -  
СОБИРАТЕЛЬНЫЙ И ОБЪЕДИНЯЕТ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ РАЗЛИЧНЫЕ ПО  
ПАТОГЕНЕЗУ И  
ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ.**

# 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:

- ПИОСАЛЬПИНКС, 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**

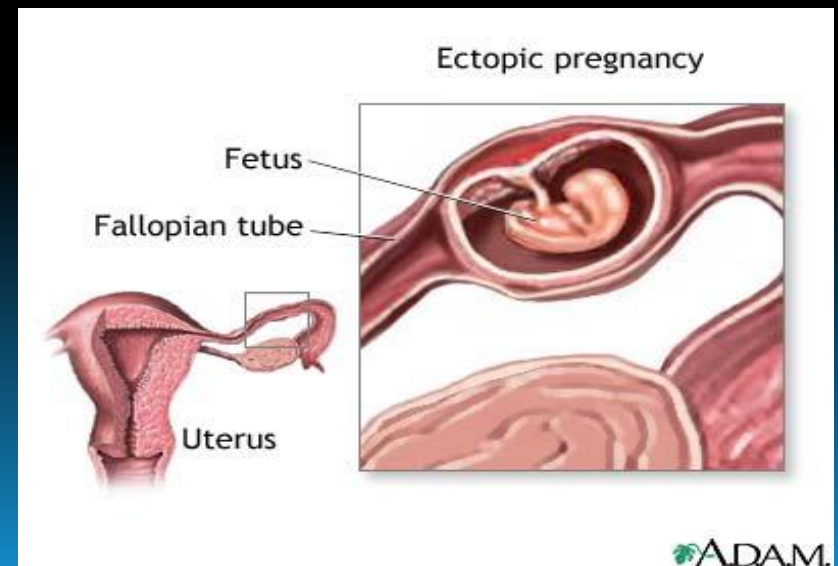
**недренирующегося рога матки.**



# **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%);

ИНТЕРМИЦИАЛЬНАЯ (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.



# ПАТОГЕНЕЗ ЭБ

ОБУСЛОВЛЕН

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ  
ПЛОДОВМЕСТИЛИЩА



«Яйцо роет себе в стенке трубы не только  
гнездо, но и могилу»

**ЭБ - причина материнской  
смертности**

**ранняя диагностика**

**заболевания**



# **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 шейной 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  $\beta$ -субединиц ХГ в сыворотке крови;**
- **при ХГ менее 2000МЕ/л произвести раздельное 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 плодовместилища 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

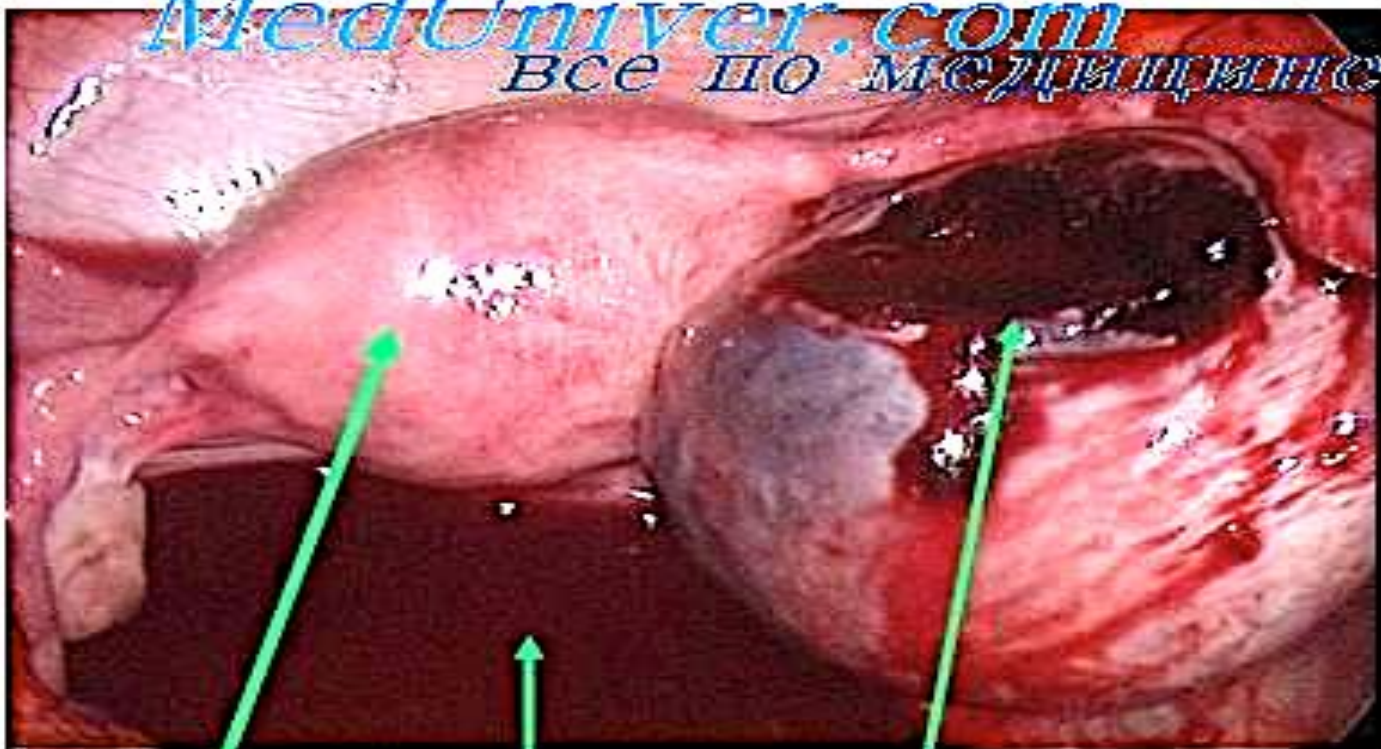
вазоконстрикторов; + кюретаж +

баллонирование цервикального канала

# АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

MedUniver.com

Все по медицине...



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.**

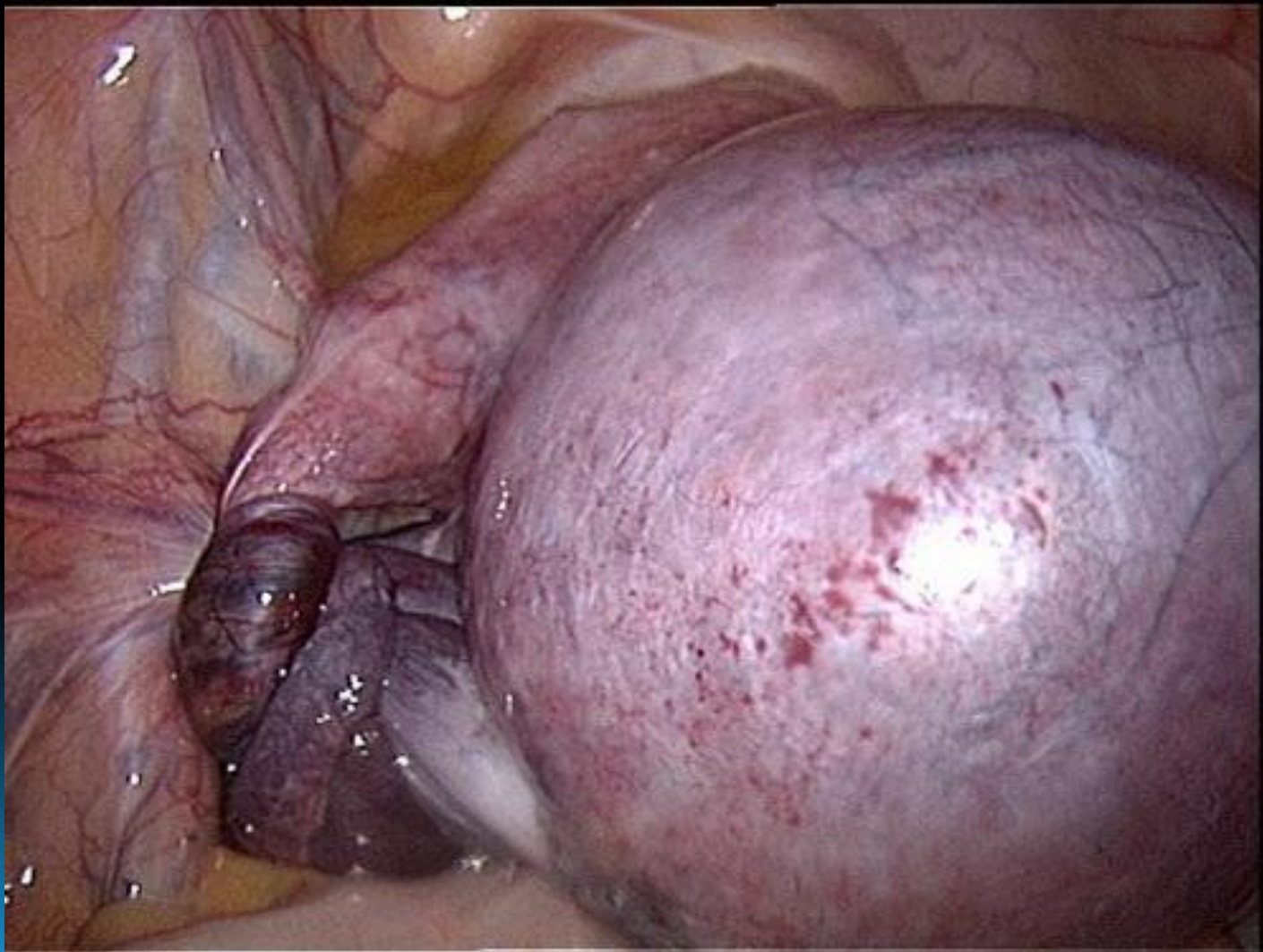
# ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

- 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.

# КЛИНИКА ПЕРЕКРУТА



# 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.**

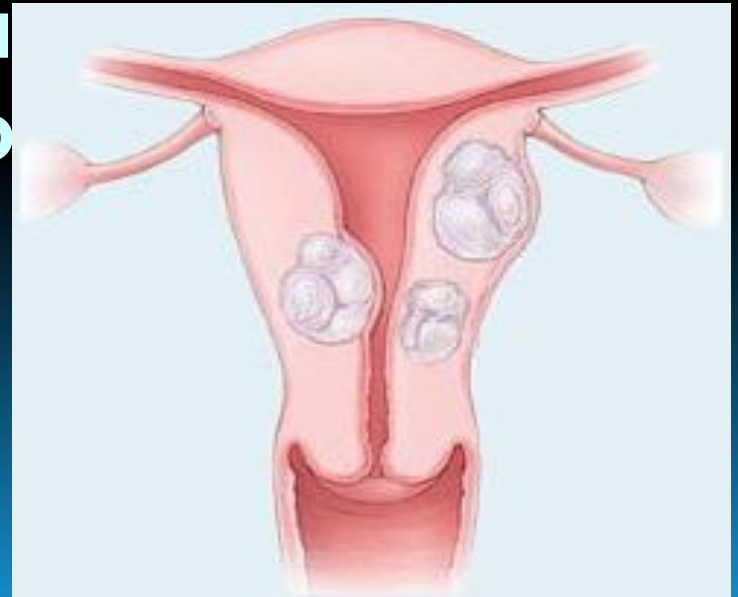
# ЛЕЧЕНИЕ – ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ


- 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.

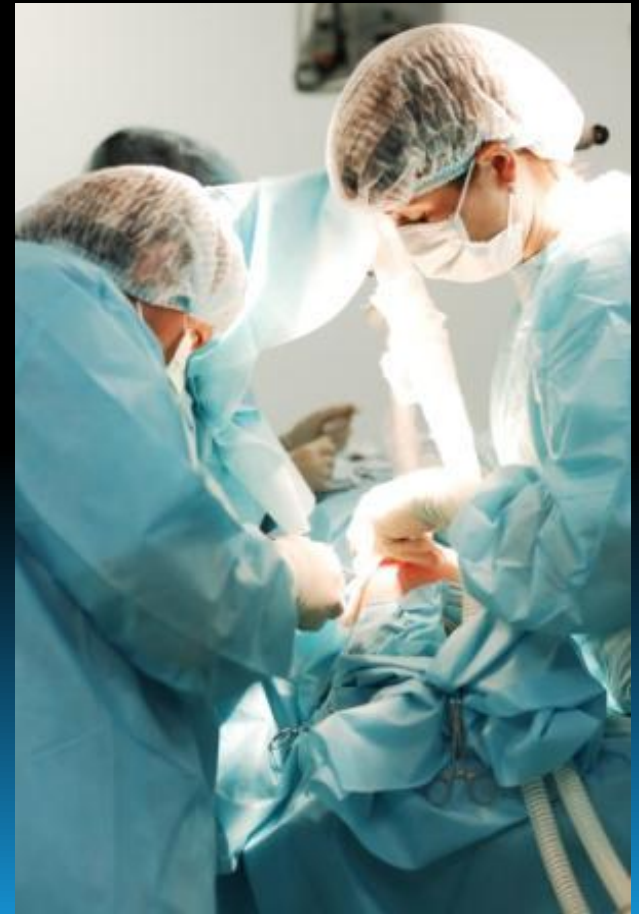
# При незначительной ишемии

- 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

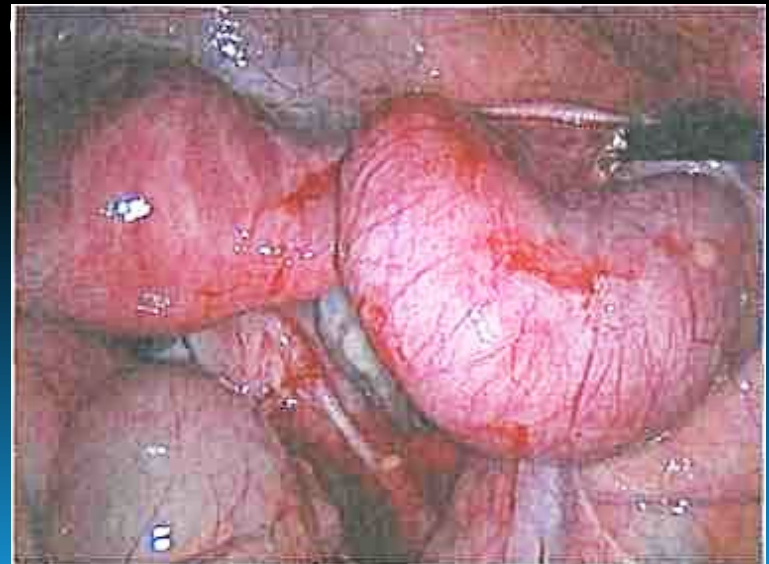
при гонорейной и хламидийной инфекции с  
гнойным поражением труб определяются  
в подпеченочной области экссудат и  
лентообразные спайки

# ОСТЫЙ ГНОЙНЫЙ САЛЬПИНГИТ

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

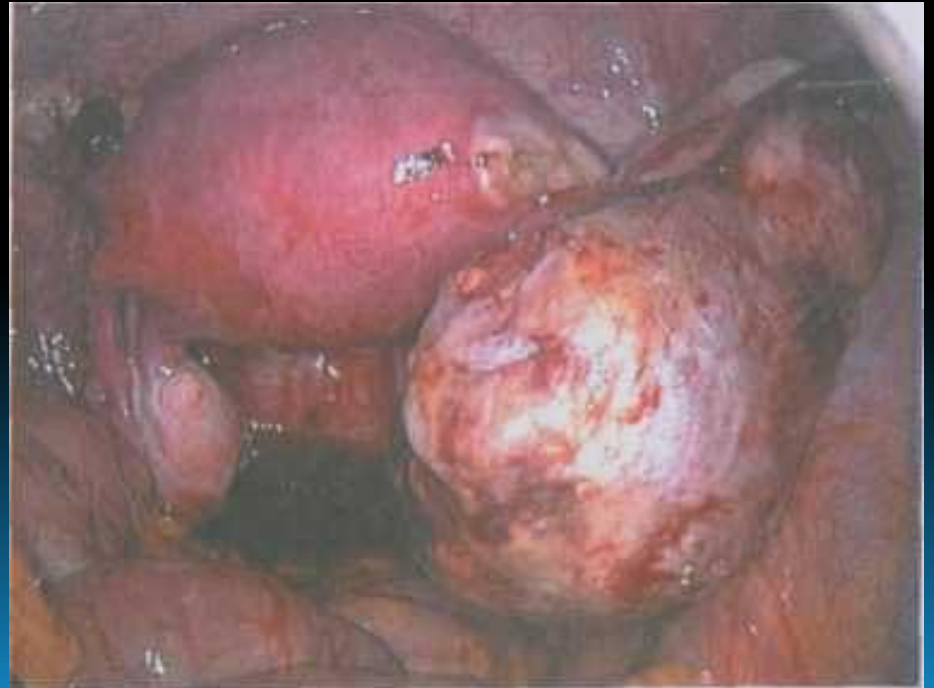
# ПИОСАЛЬПИКС

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



# 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-лактамыные 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.

# ПЕЛЬВИОПЕРИТ ОНИТ



**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.

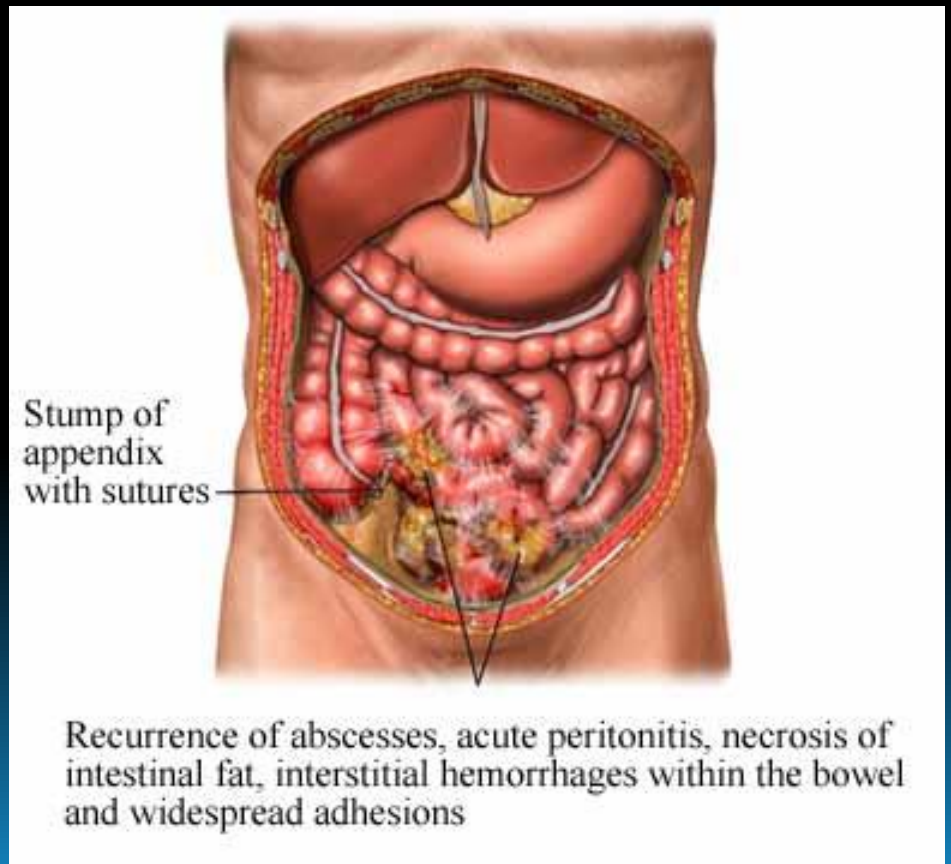
## 3. Пункция заднего свода влагалища с целью:

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

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




# ПЕРИТОНИТ



**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, tuboовариального 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 РАСПРОСТРАНЕН НОГО 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.