

Воспалительные заболевания верхних отделов полового аппарата

Ятманов Н.В.516 группа

A decorative graphic element consisting of several horizontal lines of varying lengths and colors (teal, white, and light blue) extending from the right side of the slide towards the center.

План лекции

- Эндометрит
- Воспаление придатков матки
- Параметрит
- Пельвиоперитонит и перитонит

Определение

- Эндометрит — воспалительное заболевание слизистой оболочки матки.

МКБ 10: N71

Классификация по течению

- Острый
- Хронический

Острый эндометрит

Этиология

- Причиной могут послужить микроорганизмы, вегетирующие во влагалище и в нижних отделах шейки матки: стафилококки, стрептококки, кишечные палочки, бактероиды, пептострептококки и другие представители биоценоза, часто выступающие в ассоциациях.
- Проникновению инфекции в полость матки способствуют самопроизвольные и искусственные аборты, диагностические выскабливания слизистой оболочки шеечного канала и тела матки, введение ВМС и другие внутриматочные вмешательства.
- Преодолевать интактный эндоцервикальный защитный барьер могут такие высоковирулентные микроорганизмы как гонококки и хламидии. Гематогенное и контактное распространение инфекции на ткани стенки матки наблюдается редко.

Клиническая картина

- Начало: на 2-5 сутки после внутриматочного вмешательства
- ухудшение общего состояние женщины
- подЪемтемпература тела
- в нижних отделах живота появляются боли, иррадиирующие в крестец или в паховые области.
- Появление жалоб на гноевидные или кровянисто-гнойные выделения из половых путей.

Диагностика

- Жалобы, анамнез
- Объективное обследование: внешний вид больных зависит от степени интоксикации; при пальпации болезненность в нижних отделах живота.

Дополнительные методы исследования :

- микроскопия мазков из шеечного канала и уретры, окрашенных по Граму (для исключения гонореи);
- бактериологическое исследование отделяемого из матки с определением чувствительности флоры к антибиотикам;
- УЗИ малого таза, при котором можно обнаружить утолщение М-эха, наличие остатков плодного яйца или ВМС;
- клинический анализ крови, выявляющий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфопению, увеличение СОЭ.

Пиометра

- Вторичное гнойное поражение матки , которая возникает вследствие сужения перешейка или шейчного канала раковой опухолью, полипом или эндометриозом. Клиника схожа . Гнойные воспаления из половых путей могут отсутствовать или быть скудными вследствие затруднения оттока их из полости матки.
- При гинекологическом осмотре : видим атрофичную или обычную шейку матки и увеличенное, круглое, мягко или тугоэластической консистенции тело матки.
- УЗИ: наличие жидкости в полости матки.
- Преодоление маточным зондом препятствия в цервикальном канале или перешейке способствует оттоку гноя и подтверждает диагноз пиометры. Однако, помним о возможности злокачественной природы сужения шейки или перешейка матки. Необходимо гистологическое исследование.

Лечение острого энодметрита

- Стационарное.
- Постельный режим на период высокой лихорадки.
- Диета должна быть богатой витаминами, легкоусвояемой, не приводящей к нарушению функции кишечника.
- Периодическая аппликация холода на низ живота обладает.
- При выраженной интоксикации инфузионная терапия: коллоидные и кристаллоидные растворы: реополиглюкин, полиглюкин, изотонические растворы глюкозы и натрия хлорида.
- Десенсибилизирующая терапия-супрастин или тавегил либо 10 % раствор кальция хлорида или глюконата, внутривенно по 5—10 мл.

Антибиотикотерапия

Вначале терапия эмпирическая.

- ингибиторозащитные пенициллины (амоксиклав, тиментин, уназин, тазоцин) или цефалоспорины (сульперазон).
- Цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефеперазон, цефтриаксон) назначают вместе с метронидазолом.
- Линкозамид (клиндамицин, линкомицин) в сочетании с аминогликозидами (гентамицин, амикацин, тобрамицин) или с фторхинолонами (офлоксацин, цiproфлоксацин, ломефлоксацин).

Все препараты в средних терапевтических дозировках. После идентификации возбудителей воспалительного процесса и определения их чувствительности к антибиотикам проводят коррекцию лечения.

- Эндометрит на фоне применения ВМС-удаление контрацептива.
- Наличие инфицированных остатков плодного яйца после искусственного аборта требует обязательного опорожнения полости матки.
- Если эндометрит является осложнением аборта позднего срока, комплекс терапии целесообразно дополнять проведением внутриматочных лаважей дезинфицирующими растворами, охлажденными до 4—5 С, 3-5 суток по 1-2 часа. После снижения остроты процесса присоединяют сеансы физиотерапии: дидинамофорез кальция, магнитолазеротерапию, фонофорез гидрокортизона.

Хронический эндометрит

Факторы хронизации:

- Неадекватное лечение острого процесса
- повторные внутриматочные вмешательства или наличие внутриматочных средств контрацепции.
- Наличие ассоциаций условно-патогенных факультативных и облигатных анаэробов, вегетирующих во влагалище и в нижних отделах шеечного канала
- Многие авторы связывают хроническое течение эндометрита с особенностями иммунной системы макроорганизма.

Клиническая картина

- ХЭ проявляется маточными кровотечениями. Чаще всего кровотечения носят характер гиперполименореи, т. е. длительных и обильных месячных.
- У некоторых женщин наблюдаются межменструальные кровотечения. Предовуляторное снижение эстрогенов приводит к нарушению проницаемости измененных стенок сосудов и появлению кровянистых выделений.
- жалобы на серозные или серозно-гноевидные выделения из половых путей.
- Некоторых женщин беспокоят ноющие боли в нижних отделах живота.
- Довольно часто в анамнезе у больных наблюдаются расстройства репродуктивной функции — бесплодие и самопроизвольные выкидыши.

Диагностика

- Жалобы, анамнез
- При бимануальном исследовании находят плотную, несколько увеличенную матку.
- Осмотр с помощью зеркал может подтвердить наличие гноевидных выделений из шейечного канала.
- Чтобы поставить окончательный диагноз, необходимо иметь результат гистологического исследования эндометрия. Ткань для исследования можно получить с помощью пайпель-кюретки, штрих-биопсии или произведя диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки. Выскабливание обычно производят при наличии гиперплазии эндометрия, подтвержденной УЗИ.

Гистологическая картина

- очаговые или диффузные инфильтраты, состоящие из лимфоидных элементов и плазматических клеток, небольшого количества полиморфноядерных лейкоцитов и гистиоцитов на фоне фиброза стромы, склероза спиральных артерий, атрофии или гиперплазии слизистой оболочки. В эндометрии снижается число рецепторов к половым стероидным гормонам.

Лечение

- Амбулаторное.
- Антибактериальная терапия при обострении или неадекватном лечении острого процесса ранее
- фторхинолоны (офлоксацин и пефлоксацин по 0,4 г через 12 ч, ципрофлоксацин по 0,5 г через 12 ч или моксифлоксацин по 0,4 г 1 раз в сутки) в сочетании с таблетками трихопола по 0,5 г 2 раза в сутки;
- тетрациклины (например, доксициклин по 0,2 г через 12 ч) с трихополом;
- макролиды (вильпрафен, джозамицин по 0,5 г через 12 ч) с трихополом;
- линкозамиды (клиндамицин 0,3 г каждые 6 ч).

Курс лечения 10 дней.

Лечение

- НПВС :диклофенак, индометацин или кетопрофен в виде ректальных свечей.
- Антигистаминные средства, обладающие десенсибилизирующим действием: супрастин, тавегил, диазолин, фенкарол.
- Для коррекции нарушенного иммунитета применяют левамизол, ликопид-10, Т-активин, тималин.
- Витаминотерапия: в 1-ю фазу — фолиевую и глутаминовую кислоту, витамины В1 и В6, во 2-ю фазу — витамины А, Е и С.
- Патогенетически обосновано назначение эстроген-гестагенных преаратов в виде монофазных низкодозированных КОК (30 или 35 мкг этинилэстрадиола) или микродозированных (20 или 15 мкг этинилэстрадиола)
- Основное место в лечении хронических эндометритов занимает физиотерапия

Физиотерапия

- Физиотерапевтические процедуры помогают устранить остаточные проявления заболевания: улучшить регионарную гемодинамику, восстановить нормальную реакцию эндометрия на половые стероидные гормоны, устранить болевой синдром.
- При нестойкой ремиссии воспалительного процесса советуют использовать СВЧ-терапию дециметровыми волнами, электрофорез кальция, дидинамофорез цинка, лазеротерапию.
- При стойкой ремиссии назначают электрофорез йода синусоидальным модулированным током, электрофорез магния, меди и цинка, ультратонтерапию.
- Хороший эффект оказывает курортная бальнео и грязелотерапия.

Воспаление придатков матки

- Воспаление придатков матки (сальпингоофорит, аднексит) является самой частой локализацией воспалительного процесса внутренних половых органов, т. е. воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ)

Острый сальпингоофорит

- 75 % случаев всех ВЗОМТ
- Чаще двустороннее (75%).
- от 40 до 75 % случаев сальпингоофорит сочетается с эндо- или миометритом и в 15 % осложняется пельвиоперитонитом.

Этиология

- Полимикробная этиология. Все микроорганизмы, вегетирующие во влажной среде, исключая лакто- и бифидобактерии, могут участвовать в воспалительном процессе. Прежде всего это относится к кишечной палочке, энтерококку, протее, клебсиелле, стафилококкам и стрептококкам в сочетании с бактероидами, пептококками и пептострептококками. Остается значительной роль хламидийной и гонококковой инфекций.

Патогенез

- В патогенезе острого воспаления придатков основное значение имеет восходящий путь распространения инфекции.
Предрасполагающими факторами являются:
- менструация,
- использование ВМС,
- различные трансцервикальные диагностические и терапевтические вмешательства,
- прерывание беременности

Оофорит

- Яичники реже вовлекаются в острый воспалительный процесс.
- Если же оофорит возникает, то он является вторичным, т. е. следствием распространения инфекции из соседних органов и тканей (маточная труба, аппендикс, сигмовидная кишка, брюшина малого таза).
- В первую очередь развивается острый периоофорит, при котором поражается покровный эпителий.
- После овуляции в воспалительный процесс вовлекается корковый слой. На месте лопнувшего фолликула или в желтом теле может сформироваться абсцесс, а при расплавлении ткани яичника — пиоварий.
- В некоторых случаях при наличии гнойника в яичнике происходит деструкция окружающей его ткани и образуется единая полость с пиосальпинксом — тубоовариальный абсцесс.

Клиническая картина

- Больные жалуются на боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в область крестца, на внутреннюю поверхность бедер, реже — в прямую кишку. В некоторых случаях (особенно при хламидийной инфекции) больную беспокоят боли в правом подреберье за счет развития перигепатита, сопровождающего воспалительный процесс внутренних половых органов (синдром Фитц — Хью — Куртиса).
- Появление болей сопровождается подъемом температуры тела от субфебрильных цифр до гипертермии, общей слабостью, головной болью, тошнотой, реже — рвотой, вздутием кишечника.
- Большинство больных предъявляют жалобы на гнойные, сукровичные или кровяные выделения из половых путей.

Негнойный острый сальпиноофорит

- Состояние больной при негнойном остром сальпингите или сальпингоофорите остается относительно удовлетворительным. Проявления интоксикации обычно отсутствуют. Цвет кожных покровов и слизистых не изменен. Язык влажный. ЧСС соответствует температуре тела. АД в пределах нормы. Пальпация нижних отделов живота болезненна, но симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Гнойный сальпиноофорит

- При наличии гнойного процесса в придатках (пиосальпинкс, пиовар, тубоовариальный абсцесс) общее состояние больной определяется как тяжелое или средней степени тяжести. Цвет кожных покровов, в зависимости от выраженности интоксикации, бледный с цианотичным или сероватым оттенком. Имеется тенденция к гипотонии. Язык остается влажным. Живот мягкий, может отмечаться умеренное вздутие его нижних отделов. Симптомы раздражения брюшины при отсутствии угрозы перфорации не выявляются, однако пальпация гипогастрия болезненна. В некоторых случаях там же удается прощупать образование, исходящее из малого таза. Пальпаторная граница опухоли выше перкуторной за счет сращения тубоовариального абсцесса с петлями кишки.

Диагностика

- Жалобы, анамнез
- Данные объективного обследования
- При осмотре влагалища и шейки матки с помощью зеркал можно обнаружить гнойные, серозно-гнойные, сукровичные или кровяные выделения из цервикального канала.

Бимануальное исследование

- На ранних этапах серозного сальпингита отмечается лишь болезненность в области их расположения и усиление боли при смещении матки.
- При прогрессировании процесса начинают пальпироваться мягковатые болезненные трубы. Сактосальпинксы часто имеют вид реторты или колбасовидных образований, которые пальпируются сбоку и сзади от тела матки.
- Тубоовариальные образования имеют неправильную форму и неравномерную консистенцию, нередко представляют единый конгломерат с маткой.

Диагностика

- Бактериоскопия, полимеразная цепная реакция, бактериологическое исследование мазков из цервикального канала помогают обнаружить гонококки, хламидии, дрожжеподобные грибы, трихомонады. Более точные результаты дает микробиологическое исследование пунктата из очага воспаления.

Диагностика

- Лабораторные методы: ОАК, ОАМ, СОЭ, биохимические исследования, С-реактивный белок.

Ультразвуковое исследование

- Воспалительно измененные трубы визуализируются как образования вытянутой формы с тонкими стенками и гомогенной внутренней структурой. Пиосальпинкс имеет четкие контуры средней эхогенности, гнойный экссудат эхонегативен. Тубоовариальный абсцесс выглядит как неправильной формы многокамерное образование с нечеткими контурами и неоднородной эхоструктурой.

Диагностическая лапароскопия

- Гиперемизированная, отечная маточная труба, из свободного ампулярного конца которой поступает мутное отделяемое- при остром катаральном сальпингите.
- При гнойном сальпингите на серозном покрове трубы можно увидеть фибринозные или фибринозно-гнойные наложения и истекающий из ее просвета гной.
- Ретортообразное увеличение трубы с запаянным ампулярным концом указывает на формирование сактосальпинкса.
- Сделать вывод о наличии пельвиоперитонита позволяют гиперемия париентальной и висцеральной брюшины с участками кровоизлияний, фибринозных или гнойных наслоений, мутный геморрагический или гнойный выпот в позадиматочном пространстве.
- При разрыве пиосальпинкса или тубоовариального образования можно разглядеть перфорационное отверстие. При обширном спаечном процессе об этом осложнении свидетельствует обильное поступление гноя из области измененных придатков

Лечение

- Стационарное.
- Постельный режим, периодически — холод на нижние отделы живота. Из рациона питания исключают острые блюда.
- Характерны разнообразные психоэмоциональные расстройства: нарушения сна, аппетита, повышенная раздражительность и др. Психотерапевта, назначать седативные препараты (седуксен, диазепам, грандаксин, новопассит) и снотворные средства (радедорм, эуноктин, имован).

Лечение

Антибактериальная терапия. Вначале эмпирическая.

Выбор препарата, его дозы и метод введения во многом зависит от стадии и распространенности воспалительного процесса.

При остром катаральном сальпингите или сальпингоофорит

- внутримышечное введение средних доз антибиотика в течение 7—10 дней:
- ампициллин 0,5 г каждые 6ч в сочетании с приемом внутрь 0,5 г метронидазола (флагил, трихопола) 3 раза в день;
- цефуроксим 0,75 г каждые 8 ч, добавляя прием метронидазола в обычной дозировке;
 - цефотаксим 1,0 г каждые 8ч в сочетании с метронидазолом 0,5 г 2—3 раза в сутки;
 - клиндамицин 300 мг каждые 6ч и гентамицин 80 мг через 8—12 ч

При подтверждении хламидийной этиологии воспалительного процесса переходят на фторхинолоны, тетрациклины или макролиды

При остром гнойном сальпингите или сальпингоофорите

- амоксиклав (аугментин) внутривенно в дозе 1,2 г через 8—12 ч плюс доксициклин в количестве 0,1 г или кларитромицин 0,5 г через 12 ч также внутривенно;
- цефотаксим 3,0 г или цефтазидим 2,0 г через 8—12 ч внутривенно плюс доксициклин 0,1 г или кларитромицин 0,5 г через 12 ч также внутривенно плюс метронидазол 500 мг внутривенно;
- цефтриаксон 2,0—3,0 г каждые 24 ч внутривенно плюс доксициклин 0,1 г или кларитромицин 0,5 г 2 раза в сутки плюс метронидазол 500 мг внутривенно;
- В тяжелых случаях гнойного сальпингоофорита можно использовать антибиотики широкого спектра действия группы карбапенемов — тиенам и меропенем. Оба препарата применяются в дозе 0,5 г 4 раза в сутки.

Лапароскопия и пункция

- В случае необходимости прибегают к лапароскопии. Если во время проведения лапароскопии обнаруживают формирующийся пиосальпинкс, пиовар или tuboовариальный абсцесс, то производят пункцию гнойного образования, эвакуируют экссудат, промывают и дренируют полость, тем самым обеспечив возможность в течение 3—5 дней подводить антибактериальные препараты непосредственно в очаг поражения.
- Пункцию воспалительного образования можно осуществить через задний свод влагалища под контролем ультразвукового исследования. После аспирации гнойного экссудата либо производят дренирование полости специальным катетером, либо ограничиваются введением антибиотиков. Ежедневно через катетер осуществляют промывание полости гнойника и введение антибиотиков. Пункцию абсцесса можно производить 2—3 раза с интервалами 1—2 дня.

Лечение

С учетом особенностей течения заболевания в комплекс лечебных мероприятий могут быть включены:

- инфузионная детоксикационная терапия;
- антигистаминные препараты;
- противовоспалительные средства;
- иммуномодуляторы;
- витаминотерапия
- энзимотерапия;
- эубиотики.

Физиотерапия

- Физиотерапевты предлагают в состав комплексного лечения неосложненных сальпингитов и сальпингоофоритов включать физиотерапевтические процедуры: магнитолазеротерапию, низкочастотную магнитотерапию, терапию постоянным магнитным полем, УФО. Лечение проводится на фоне антибиотикотерапии.

Лечение

Такой комплексный подход к лечению острого воспаления придатков матки в подавляющем большинстве случаев (95—97 %) позволяет ликвидировать заболевание консервативными методами.

Показания к чревосечению формулируются следующим образом:

- подозрение на перфорацию гнойного образования придатков;
- осложнение острого воспаления придатков матки гнойным параметритом;
- наличие пиосальпинкса или тубоовариального абсцесса на фоне эндомиометрита, вызванного абортom или ВМС;
- неэффективность комплексного лечения с использованием лапароскопического дренирования, проводимого в течение 2—3 суток.

Хронический сальпингоофорит (аднексит)

- Чаще всего хроническое воспаление придатков матки является следствием перенесенного острого процесса. Причиной подобного исхода острого аднексита могут быть особенности реактивности макроорганизма, свойства микроорганизмов и неадекватность лечения острого воспаления придатков. Не исключается возможность первичного хронического течения воспалительного процесса.

Клиническая картина

- Вне обострения заболевание проявляется тупыми, ноющими болями внизу живота, в паховых областях, в крестце. Боли усиливаются после физической нагрузки, стресса, переохлаждения, перед или во время месячных, во время любых экстрагенитальных заболеваний. В хронический процесс могут вовлекаться соседние органы: мочевой пузырь и прямая кишка. Почти у половины больных нарушается функция яичников (гипофункция, ановуляция). Еще чаще страдает репродуктивная функция (бесплодие, самопроизвольные выкидыши, эктопическая беременность).
- Обострение хронического воспалительного процесса происходит вследствие усиления патогенных свойств возбудителей на фоне снижения защитных сил макроорганизма. Клиническая картина обострения аналогична проявлениям острого сальпингоофорита.

Диагностика

- Трудно диагностируемое заболевание.
- Жалобы, анамнез.
- Объективное обследование.
- Ультразвуковое сканирование помогает диагностике примерно у 55—60 % больных: чаще оно оказывается эффективным при наличии гидросальпинкса, который визуализируется как тонкостенное, вытянутой формы образование с анэхогенным содержимым, реже — при перитубарных и перивариальных сращениях.

Диагностика

- Самым информативным диагностическим методом является лапароскопия, к которой следует прибегать при стойком болевом синдроме, не поддающемся консервативной терапии. Диагностика обострения хронического воспаления придатков матки основывается на тех же принципах, что и диагностика острого процесса.

Лечение

Лечение обострения хронического аднексита аналогично правилам лечения острого сальпингофорита.

Лечение в стадии ремиссии

- Больным проводят курсы лечения, включающие НПВП, десенсибилизирующие средства, иммуномодуляторы, препараты для системной энзимотерапии, витамины, седативные средства. Продолжительность курса лечения составляет 2—3 недели.

Лечение

- Важное место в лечении хронических сальпингоофоритов занимает физиотерапия. В период стойкой ремиссии воспалительного процесса находит применение УЗ-терапия, терапия токами надтональной частоты и импульсными токами низкой частоты, диадинамо-и индуктотерапия, электрофорез йода, цинка, меди.
- Хороший эффект дает санаторно-курортная терапия (бальнео- и грязелечение).

Параметрит

Параметрит — воспаление
околопочечной клетчатки.

Классификация

- По локализации: боковой (часто) , передний, задний, пельвиоцеллюлит.

Этиология

- Этиология параметрита чаще всего обусловлена той же микрофлорой, что и большинство неспецифических воспалительных заболеваний матки и придатков: стафилококки, стрептококки, энтерококки, кишечная палочка, пептококки, пептострептококки, бактероиды и др.
- Проникновению инфекции способствуют травмирующие факторы: аборты, диагностические выскабливания слизистой матки, введение ВМС, операции на половых органах.

Клиническая картина

- Боль является постоянным симптомом, она иррадирует в крестец, поясницу, ногу. Боль заставляет женщину принять вынужденное положение тела: на боку на стороне поражения, с ногой, согнутой в тазобедренном суставе.
- Болевой симптом сопровождается подъемом температуры тела до 38—39 С, иногда с ознобами.

Диагностика

- Жалобы, анамнез.
- Живот остается мягким, умеренно болезненным в нижних отделах на стороне поражения, где может пальпироваться инфильтрат, исходящий из малого таза и располагающийся над пупартовой связкой.
- Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Пальпаторная граница инфильтрата соответствует перкуторной. Перкуссия передневерхней ости подвздошной кости на стороне параметрита обнаруживает притупление тона.
- Клинический анализ крови выявляет лейкоцитоз и ускорение СОЭ

Результаты бимануального исследования

- Боковой параметрит смещает матку в противоположную сторону и ограничивает ее подвижность. Плотный, неподвижный, несколько болезненный инфильтрат доходит до стенки таза и сливается с ней. При бимануальном исследовании определяется сглаженность бокового свода влагалища, слизистая которого теряет свою подвижность.
- Задний параметрит удается определить с помощью ректовагинального исследования, при котором обнаруживают резистентность в заднем своде между инфильтрированными крестцово-маточными связками, доходящую до прямой кишки и сливающуюся с ней. Слизистая заднего свода влагалища становится несмещаемой.
- При переднем параметрите инфильтрат оттесняет матку вверх и кзади и уплощает передний свод влагалища.

Диагностика

- Для подтверждения диагноза производят УЗИ малого таза, компьютерную или магнитнорезонансную томографию. В некоторых случаях приходится прибегать к исследованию ректального и сигмоидального отделов кишечника, мочевого пузыря и почек.

Лечение

Лечение параметрита имеет много общего с лечением острого воспаления придатков.

- Стационарное.

Назначают антибактериальную терапию, перекрывающую весь спектр возможных возбудителей, причем отдается предпочтение препаратам, вводимым внутривенно:

- амоксиклав 1,2 г 2—3 раза в сутки в сочетании с доксициклином по 0,1 г 2 раза в сутки, для усиления антианаэробного действия можно добавить метрогил по 500 мг 1—2 раза в сутки;
- цефтриаксон 2,0—3,0 г 1 раз в сутки в сочетании с кларитромицином по 0,5 г 2 раза в сутки и метрогилом в количестве 500 мг;
- клиндамицин 900 мг 3 раза в сутки и гентамицин 180 мг 1 раз в сутки внутривенно.

Лечение

- Инфузионная терапия
- НПВС (диклофенак, индометацин, кетонал) и антигистаминные препараты (супрастин, тавегил).
- Учитывая особенности развития венозной сети в малом тазу, большинство специалистов рекомендуют в комплекс терапевтических мероприятий при параметрите включать гепарин, лучше низкомолекулярный: фраксипарин 0,3 мл (7500 ЕД) 1—2 раза в сутки или клексан 0,2 мл (2000 ЕД) 1—2 раза в сутки под контролем состояния свертывания крови

Физиотерапия

- Параллельно с антибактериальной терапией по назначению физиотерапевта можно использовать лечебные физические факторы: УФ-облучение, постоянное магнитное поле и другие виды магнитотерапии (низкочастотную, среднечастотную импульсную, магнитолазеротерапию)

Лечение

При неэффективной консервативной терапии, абсцессах показано оперативное лечение.

Образовавшиеся гнойники подлежат вскрытию и дренированию. Доступ к абсцессу избирают соответственно его локализации: либо через влагалище, либо через брюшную стенку над пупартовой связкой. Во всех случаях разрез должен производиться без вскрытия брюшной полости.

Пельвиоперитонит и перитонит

Гинекологический перитонит чаще всего завершает деструктивные процессы во внутренних половых органах:

- расплавление стенок пиосальпинкса, пиовара или гнойного tuboовариального образования;
- различные гинекологические операции;
- криминальные аборты, в том числе осложненные перфорацией стенки матки;
- разрыв капсулы опухоли яичника или некроз опухоли яичника вследствие перекрута ее ножки.

Классификация

В зависимости от распространенности воспалительного процесса выделяют следующие формы перитонита:

- Местный (ограниченный и неограниченный)
- Распространенный (диффузный, разлитой, общий)

Пельвиоперитонит

- В гинекологии к местному неограниченному перитониту относят пельвиоперитонит, который может быть закрытым за счет развития сращений между петлями кишки, сальником и органами малого таза, или открытым — при свободном сообщении области малого таза и вышележащими отделами брюшной полости.

Клиническая картина

- Клинические признаки острой стадии пельвиоперитонита имеют сходство с начальной стадией диффузного перитонита. У больных с локализацией воспалительного процесса в области придатков матки внезапно наступает ухудшение общего состояния. Усиливаются боли внизу живота. Резко повышается температура тела до 38—39 С. Появляется тошнота, иногда рвота.

Диагностика

- Жалобы, анамнез
- При объективном исследовании определяется частый пульс, несколько опережающий температурную реакцию. Язык остается влажным, может быть обложенным белым налетом. Живот слегка вздут в нижних отделах. Там же определяется некоторое напряжение мышц брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика кишечника становится более вялой, однако брюшная стенка всегда участвует в дыхании.

Бимануальное исследование

- У больных с пельвиоперитонитом затруднено из-за резкой болезненности и напряжения нижних отделов живота. Сильные боли, возникающие при малейшем смещении шейки матки свидетельствуют о вовлечении брюшины в воспалительный процесс. У некоторых больных можно обнаружить уплотнение или нависание влагалищных сводов, указывающее на наличие экссудата в малом тазу.

Диагностика

- Клинический анализ крови у подобных больных следует производить многократно в течение суток. Для пельвиоперитонита, в отличие от перитонита, характерны: умеренный лейкоцитоз, нерезкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, небольшое снижение количества лимфоцитов и увеличение СОЭ.

Диагностика

- Ультразвуковое исследование помогает определить состояние матки и придатков, обнаружить свободную жидкость в малом тазу.
- В сомнительных случаях целесообразно прибегать к диагностической лапароскопии и при подтверждении диагноза вводить микроирригатор для антибиотиков.

Лечение

- Лечение пельвиоперитонита, как правило, осуществляется консервативными методами. Больная нуждается в покое, полноценной щадящей диете. На низ живота рекомендуют периодическую аппликацию пузыря со льдом. Ведущая роль в комплексе лечебных мероприятий принадлежит антибактериальной терапии, которую проводят по тем же принципам, по которым осуществляют лечение тяжелых форм острых воспалительных процессов в придатках матки.

Лечение

- Инфузионная терапия, включающая белковые растворы, реологически активные плазмозамещающие препараты, солевые растворы, глюкозу
- В случае снижения диуреза назначают мочегонные средства.
- В комплекс терапевтических средств включают антигистаминные, нестероидные противовоспалительные и обезболивающие препараты, витамины. Целесообразно проводить сеансы ультрафиолетового облучения аутокрови или транскутанное лазерное облучение крови.

Лечение

- При необходимости эвакуации гнойного экссудата ее осуществляют путем лапароскопии или кольпотомии через задний влагалищный свод. Хирургического лечения требует пельвиоперитонит, протекающий на фоне пиосальпинкса, пиовара или tuboовариального абсцесса. Объем оперативного вмешательства в этих случаях зависит от распространенности воспалительного процесса (матка, маточные трубы, яичники), сопутствующих заболеваний внутреннего полового аппарата и возраста женщины.

Распространенный перитонит

- В течении распространенного перитонита выделяют 3 фазы: реактивную, токсическую и терминальную.

Клиническая картина

Клиника перитонита у гинекологических больных имеет определенные отличия.

- возможно отсутствие ярких проявлений перитонита, как общих, так и локальных. К местным проявлениям относятся следующие симптомы: боль в животе, защитное напряжение мышц брюшной стенки и другие симптомы раздражения брюшины, парез кишечника.
- Для гинекологических форм перитонита наиболее характерным признаком является упорный парез кишечника, несмотря на применение перидуральной блокады, антихолинэстеразных препаратов и ганглиоблокаторов.
- Из общих симптомов перитонита наиболее характерны следующие: высокая лихорадка, поверхностное учащенное дыхание, рвота, беспокойное поведение или эйфория, тахикардия, холодный пот, а также изменение некоторых лабораторных показателей.

Лечение

- Поставив диагноз, приступают к лечению больной, которое в обязательном порядке проводится в 3 этапа:
- предоперационная подготовка;
- оперативное вмешательство;
- интенсивная терапия в послеоперационном периоде.

СПАСИБО ЗА



ВНИМАНИЕ