

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Алтайский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии

# Гинекологический перитонит



Подготовила:  
студентка 524 группы  
лечебного факультета  
Бородовская Д.А.

Барнаул, 2017

- Пельвиоперитонит- воспаление висцеральной и париетальной брюшины малого таза, которое возникает как осложнение воспалительных процессов его органов.

- (по стадиям)

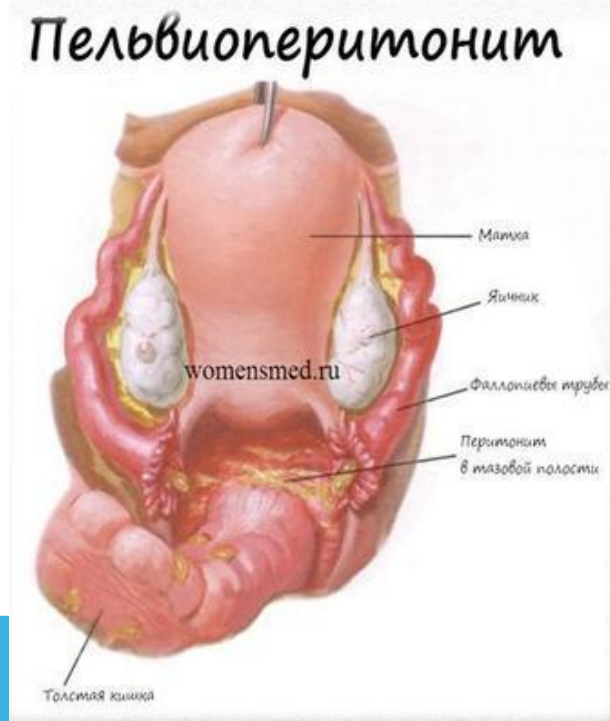
- Реактивный  
(обр-е экссудата)
- Токсический
- Терминальный  
(полиор-я нед-сть)


- (по харак-ру экссудата)

- Серозный
- Фибринозный
- гнойный

- (по локализации)

- Местный
- Диффузный
- Ограниченный



- (по характеру)
    - Первичным, когда инфекция попадает извне
    - Вторичным, когда заболевание развивается как осложнение
  
  - (по изменениям в органах)
    - Адгезивный, при котором появляются спайки
    - Экссудативный, при котором снижается активность иммунитета
- 

Восходящая  
инфекция



Этиология



Нисходящая  
инфекция



- Вагинит, приводящий к развитию эндометрита, сальпингита, аднексита, пельвиоперитонита, перитонита, сепсиса, септического шока.
- Аборт, роды, внутриматочный контрацептив,
- Оперативные вмешательства в полости матки.



- Контактный путь: аппендицит, сигмоидит, перитонит.
- Гематогенное распространение: туберкулез.
- Возбудители инфекции: стрепто-, стафило-, энтерококки, кишечная палочка, анаэробы, микоплазмы, хламидии, гонококки.

# Клиника

- Внезапно возникающие сильные боли внизу живота с одной или двух сторон;
- Озноб
- Тахикардия
- Резкое повышение температуры тела до 39-40С;
- Зловонные желтовато-зеленые выделения из влагалища; Постменструальные мажущие кровянистые выделения;
- Боль при половом контакте;
- Тошнота, рвота, метеоризм, чередование запоров и поноса;
- Болезненное мочеиспускание
- Защитное напряжение мышц брюшной стенки, вздутие живота;
- При гинекологическом осмотре: ригидность, выпячивание и болезненность заднего свода влагалища: *в последующие дни — выпячивание заднего свода из-за скопления в нём экссудата. Небольшое количество экссудата может резорбироваться или нагнаиваться и вскрываться в прямую кишку, или в брюшную полость, создавая угрозу перитонита.*

- симптомы интоксикации,
- ослабленная перистальтика,
- сухой, обложенный сероватым налетом язык.
- Положительные признаки раздражения брюшины более выражены в нижних отделах живота.

**NB!** Область болей при пальпации и положительных симптомов при пельвиоперитоните определяются ниже пупка. Распространение этих симптомов выше пупка свидетельствует о выходе воспаления брюшины из малого таза!!!

-Анамнез

-При пальпации:

определяется напряжение мышц живота, верхняя граница воспалительного инфильтрата в малом тазу, положительные перитонеальные симптомы.

Бимануальное влагалищное исследование сопровождается резкой болезненностью в области матки и придатков; из-за выпота - выпячивание заднего свода влагалища, смещение матки кпереди и кверху.

- Микробиологическое исследование мазка, культуральное исследование с определением чувствительности к антибиотикам.

-УЗИ: свободная жидкость в брюшной полости, в малом тазу, нечеткие контуры яичников, сактосальпинкс, опухолевидные образования в области придатков.

-Для исключения острой патологии в брюшной полости выполняется **обзорная рентгенография**.

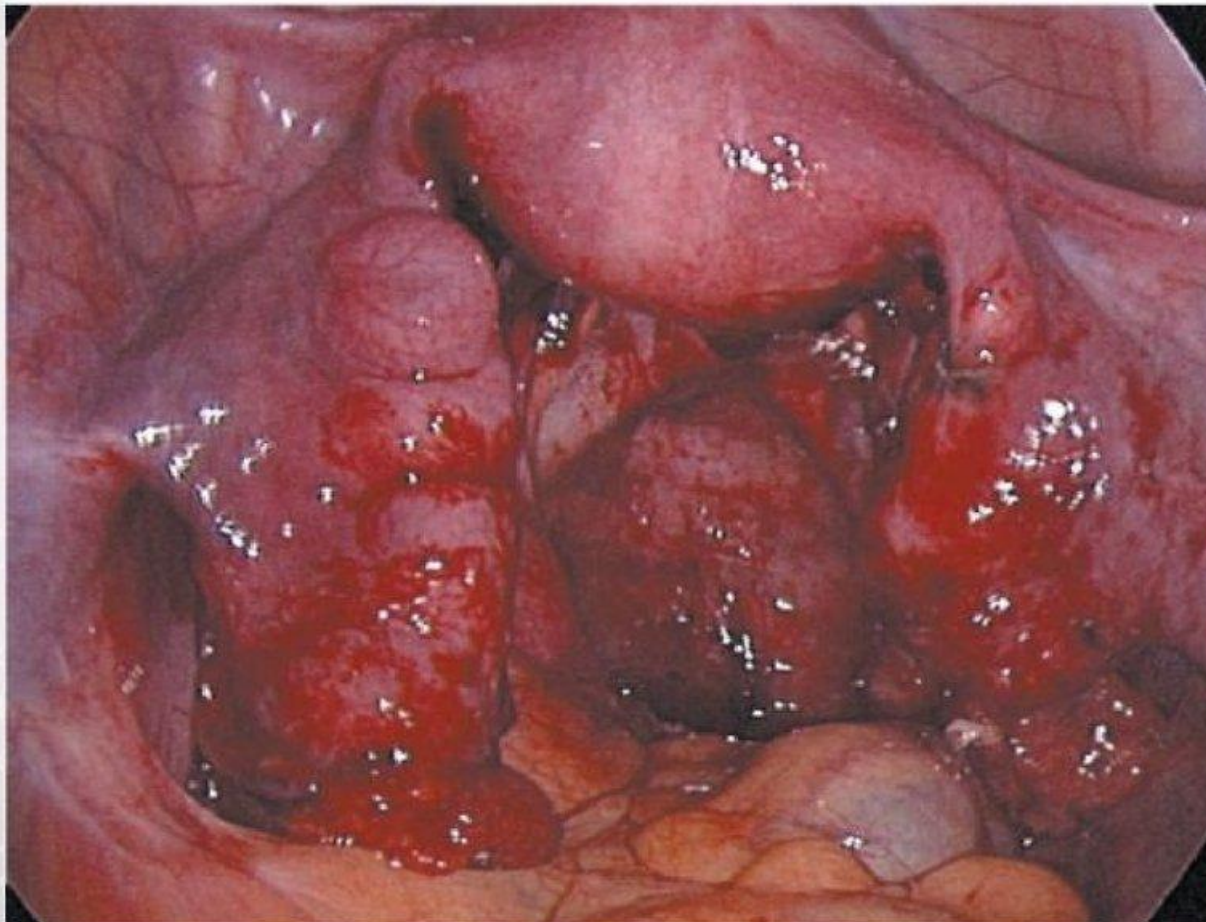
-С целью идентификации микробных агентов проводится **бактериологическое исследование отделяемого влагалища и шеечного канала, ИФА-диагностика**. Однако, поскольку микрофлора влагалища может не отражать процессы, развивающиеся в малом тазу, при пельвиоперитоните оправдано проведение **диагностической лапароскопии** или пункции через задний свод влагалища для забора экссудата.

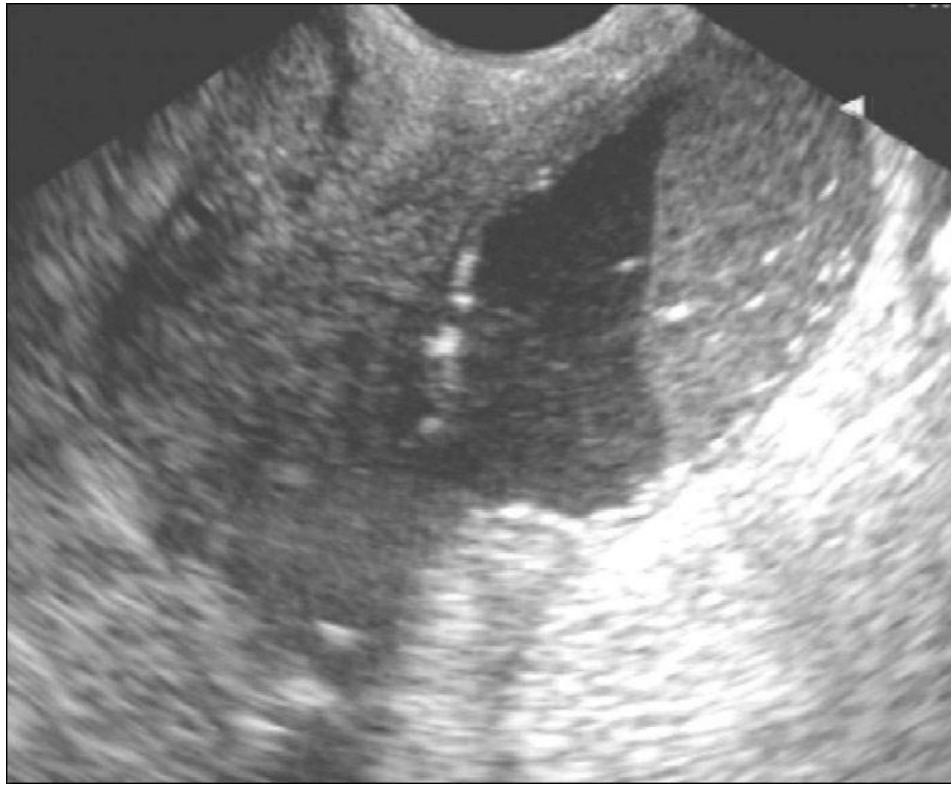
-Лапароскопия: выраженная гиперемия внутренних половых органов, воспалительный налет, пио-, гидро-, сактосальпингс, экссудат в брюшной полости.

-Лабораторное обследование: ОАК (повышенная СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, токсическая анемия. С-РБ резко положительный), ХГЧ, исследование осадка мочи.



## пельвиоперитонит






Узи Картина-Перитонеальная жидкость чаще определяется в позадидматочном пространстве, но может скапливаться и в "переднем дугласе" (рис. 1). Количество перитонеальной жидкости может варьировать от незначительного до очень большого. Существенной особенностью эхокартины при пельвиоперитоните является утолщение и гиперэхогенность стенок кишечника за счет фибринозного налета (рис. 2).


# Лечение

- Лекарственная терапия включает в первую очередь назначение антибактериальных средств с учетом чувствительности к ним возбудителей инфекции. Поскольку почти всегда вызывается смешанной флорой, антибиотики подбирают так, чтобы воздействовать на весь спектр возбудителей инфекции. При стафилококковой этиологии используют полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, тетрациклины, аминогликозиды; их сочетают с нитрофуранами (фуразолидон, фуразолин, фурадонин), эффективными в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, вирусов, трихомонад.. При наличии анаэробной, грамположительной и грамотрицательной флорой, эффективен метронидазол (трихопол).

## Показания к госпитализации.

- Острое начало воспалительного процесса в малом тазу.
- Симптомы раздражения брюшины.
- Повышенная температура тела.
- Симптомы интоксикации.
- Болевой синдром.

- Инфузионная терапия включает введение гемодеза, реополиглюкина с целью дезинтоксикации;
  - препаратов калия, раствора Рингера — Локка — для устранения гипокалиемии;
  - альбумина и плазмы — для поддержания коллоидно-осмотического давления и объема циркулирующей крови.
  - Обезболивающие средства (метамизол натрия, диклофенак).
  - Витамины(фолиевая кислота)
  - Антигистаминные и десенсибилизирующие средства (хлоропирамин, клемастин, глюконат кальция).
- 

- Пациенткам с пельвиоперитонитом показаны **лечебные пункции через задний свод влагалища** с эвакуацией выпота, введением антибиотиков, антисептиков: назначают 2—3 пункции через 2—3 дня. Пункции противопоказаны при сочетании пельвиоперитонита с двусторонними tuboовариальными образованиями и симптомов раздражения брюшины.
  - При обнаружении гнойного экссудата для его эвакуации показано проведение **задней кольпотомии** или лапароскопии с дренированием полости малого таза и проведением внутрибрюшных инфузий.
- 

## Показания к хирургическому лечению:

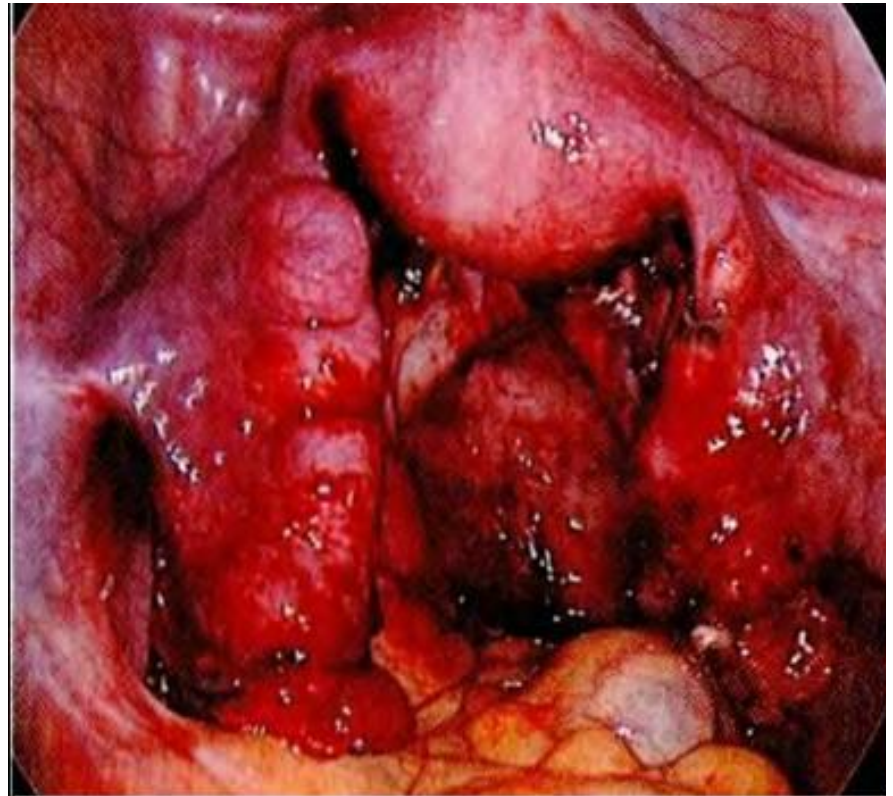
- Пельвиоперитонит, не поддающийся лечению в течение 4 ч и более
- Пиосальпикс, пиовар, тубоовариальное образование( угроза их перфорации, с развитием перитонита и пельвиоперитонита)
- Распространение воспаления по брюшине (разлитой перитонит)

## Объем оперативного вмешательства включает:

- 1) Эвакуацию патологического выпота и санацию брюшной полости растворами антисептиков (фурацилин, хлоргексидин, метрогил), антибиотиков;
- 2) Рассечение спаек между маточными трубами, яичниками, окружающими их тканями;
- 3) Вскрытие гнойных tuboовариальных образований, эвакуация гноя, санация полости патологических образований;
- 4) Удаление tuboовариального образования, аднексэктомия;
- 5) Экстирпация матки с маточными трубами;
- 6) Дренирование брюшной полости, малого таза.



Эндоскопическая картина острого  
первичного пельвиоперитонита



Лапароскопия. Пельвиоперитонит



- При подозрении на перфорацию матки, некроз опухолевых узлов, пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальный абсцесс производится экстренное чревосечение. При осложненном течении пельвиоперитонита может быть произведена аднексэктомия, надвлагалищная ампутация матки с придатками, пангистерэктомия.
- После операции проводят дренирование брюшной полости в сочетании с кольпотомией для капельного введения лекарственных средств и эвакуации экссудата.

