

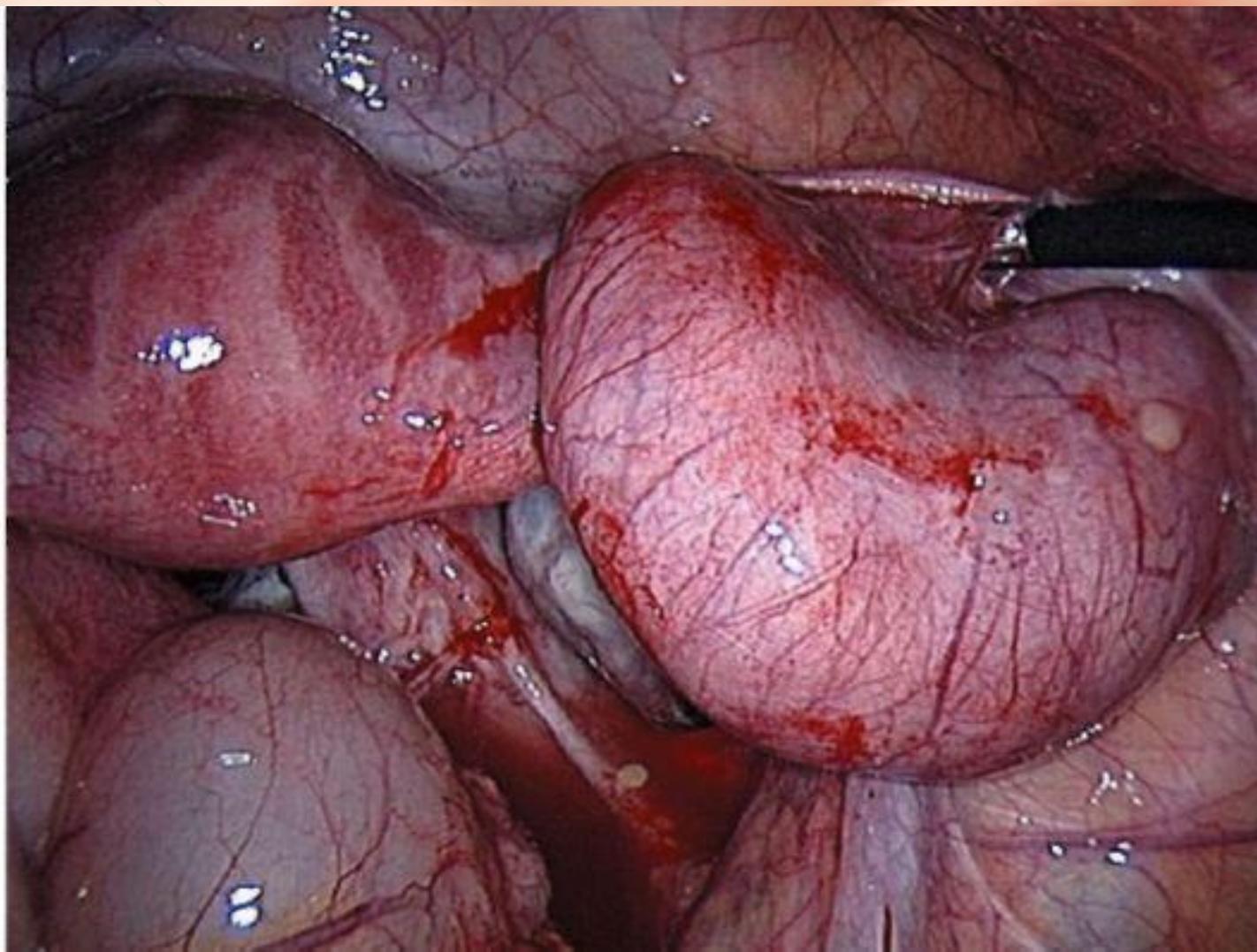
Острый живот при воспалительных заболеваниях органов малого таза

Подготовила: Ондар Ай-Суу Амировна
526 группа

Причины возникновения острого живота в гинекологии

- 1. Острые внутрибрюшные кровотечения:** причиной их возникновения может послужить нарушенная внутриматочная беременность или апоплексия яичника.
- 2. Нарушение кровообращения внутренних половых органов женщины:** это происходит при перекруте ножек опухолей и кист яичников или перекрутах и некрозах миоматозных узлов.
- 3. Острые воспалительные процессы:** к этой категории относятся воспалительные заболевания внутренних половых органов, при которых в патологический процесс вовлекается брюшина.

Пиосальпинкс

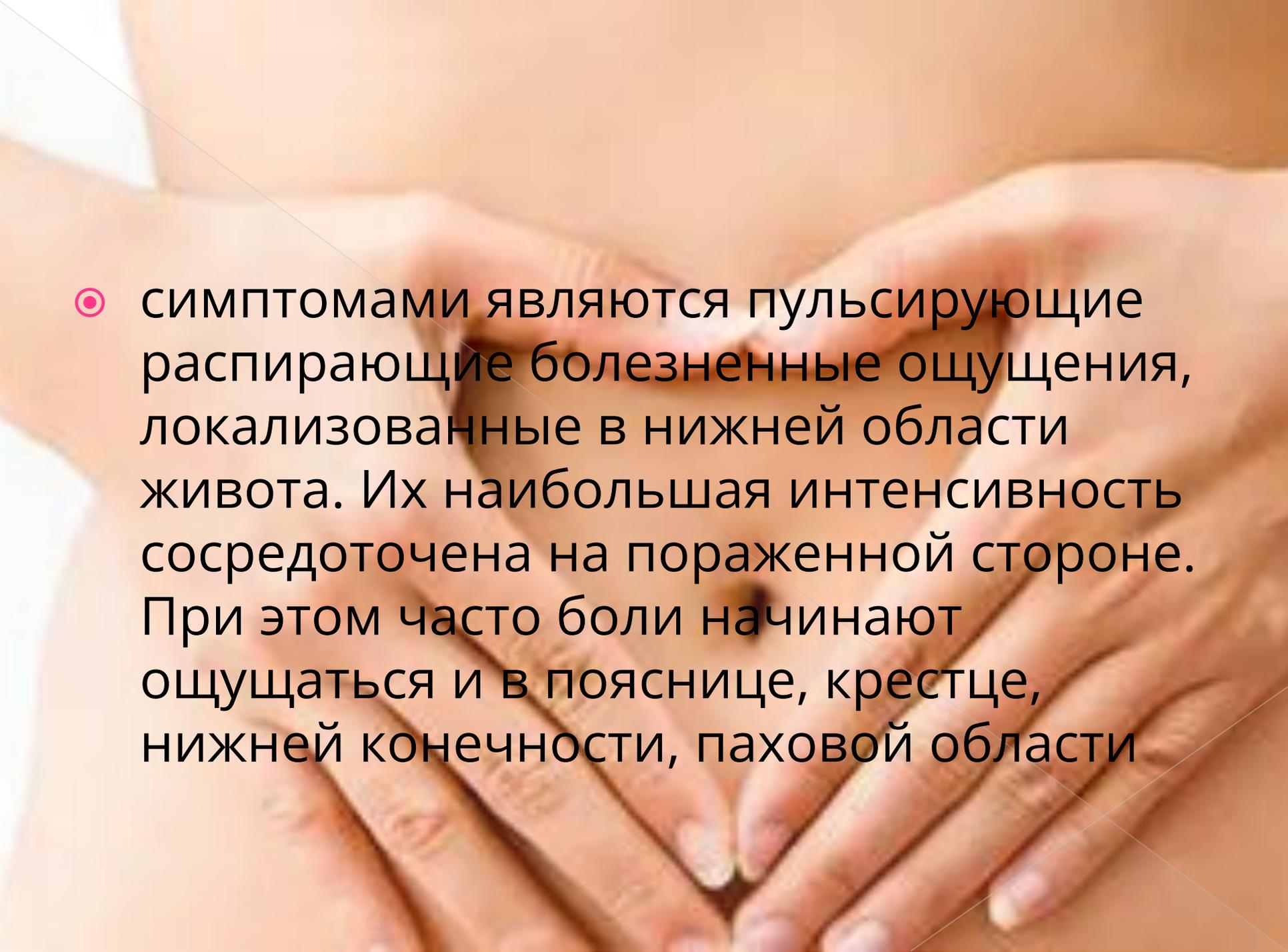


Пиосальпинкс - что это такое?

- это заболевание чаще всего является осложнением острого сальпингита, воспалительные процессы которого служат причиной заражения фимбриальной и маточной частей фаллопиевой трубы. В результате образуется замкнутая мешотчатая полость с гнойным содержимым. При разрыве стенок пиосальпинкса или (разрыв пиосальпинкса) гной может изливаться в прямую кишку, мочевой пузырь, влагалище с образованием длительно не заживающего трубно-кишечного, трубно-пузырного или трубно-вагинального свища; иногда прорыв гноя происходит в свободную брюшную полость и полость малого таза с развитием диффузного перитонита или пельвиоперитонита.

Основные причины пиосальпинкса

- хирургические аборты,
- самопроизвольные прерывания беременности,
- диагностические выскабливания,
- роды,
- аднексит или сальпингит,
- ВМС,
- менструации,
- пониженная реактивность организма.

- 
- симптомами являются пульсирующие распирающие болезненные ощущения, локализованные в нижней области живота. Их наибольшая интенсивность сосредоточена на пораженной стороне. При этом часто боли начинают ощущаться и в пояснице, крестце, нижней конечности, паховой области

К другим наиболее распространенным симптомам пиосальпинкса относятся:

- высокая лихорадка,
- признаки интоксикации,
- потливость,
- тахикардия,
- слабость, недомогание,
- тошнота,
- диспепсия,
- дизурия,
- задержка стула,
- нарушение менструальной функции,
- гнойные или серозо-гнойные выделения из половых путей.

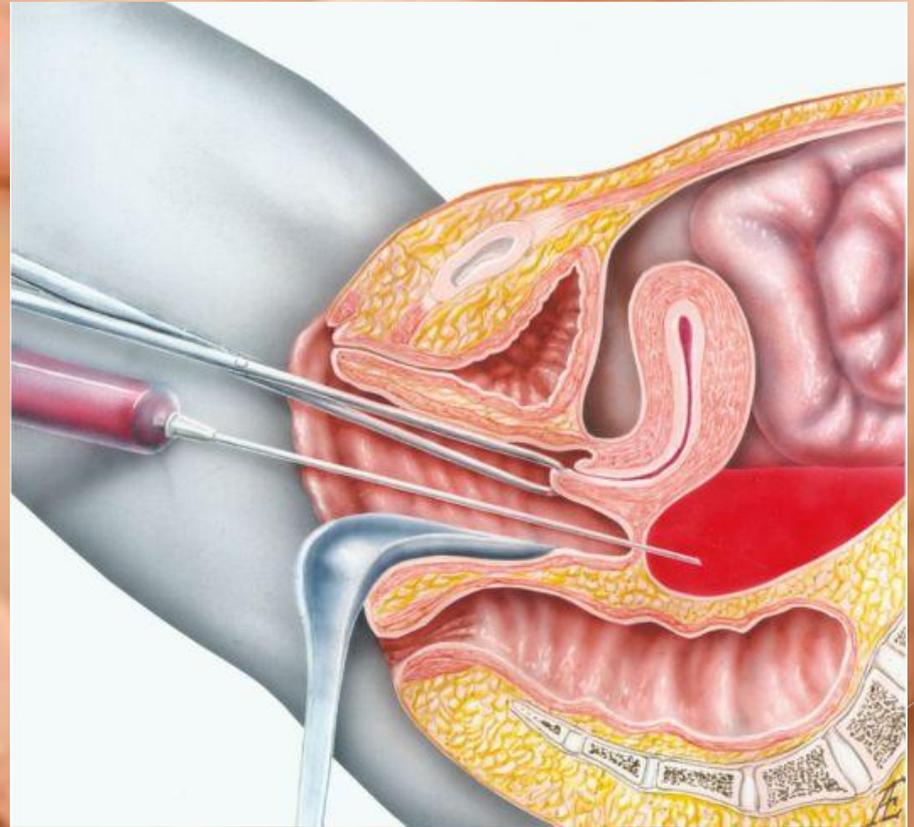
Диагностика

- -данные анамнеза;
- -лабораторные исследования;
- -гинекологическое исследование;
- -инструментальное исследование

- Бимануальное влагалищное исследование проводится в области пораженного придатка. Оно заключается в выявлении болезненного опухолеподобного образования, у которого отсутствуют четкие контуры.



- Двусторонний пиосальпинкс характеризуется занятием маточными трубами всей полости малого таза, что приводит к затруднению определения матки. Уточнение диагноза проводится пункцией через задний свод влагалища



УЗИ



- Трансвагинальное или трансабдоминальное УЗИ позади матки позволяет определить расширение фаллопиевой трубы с неоднородностью эхогенности.

Лечение

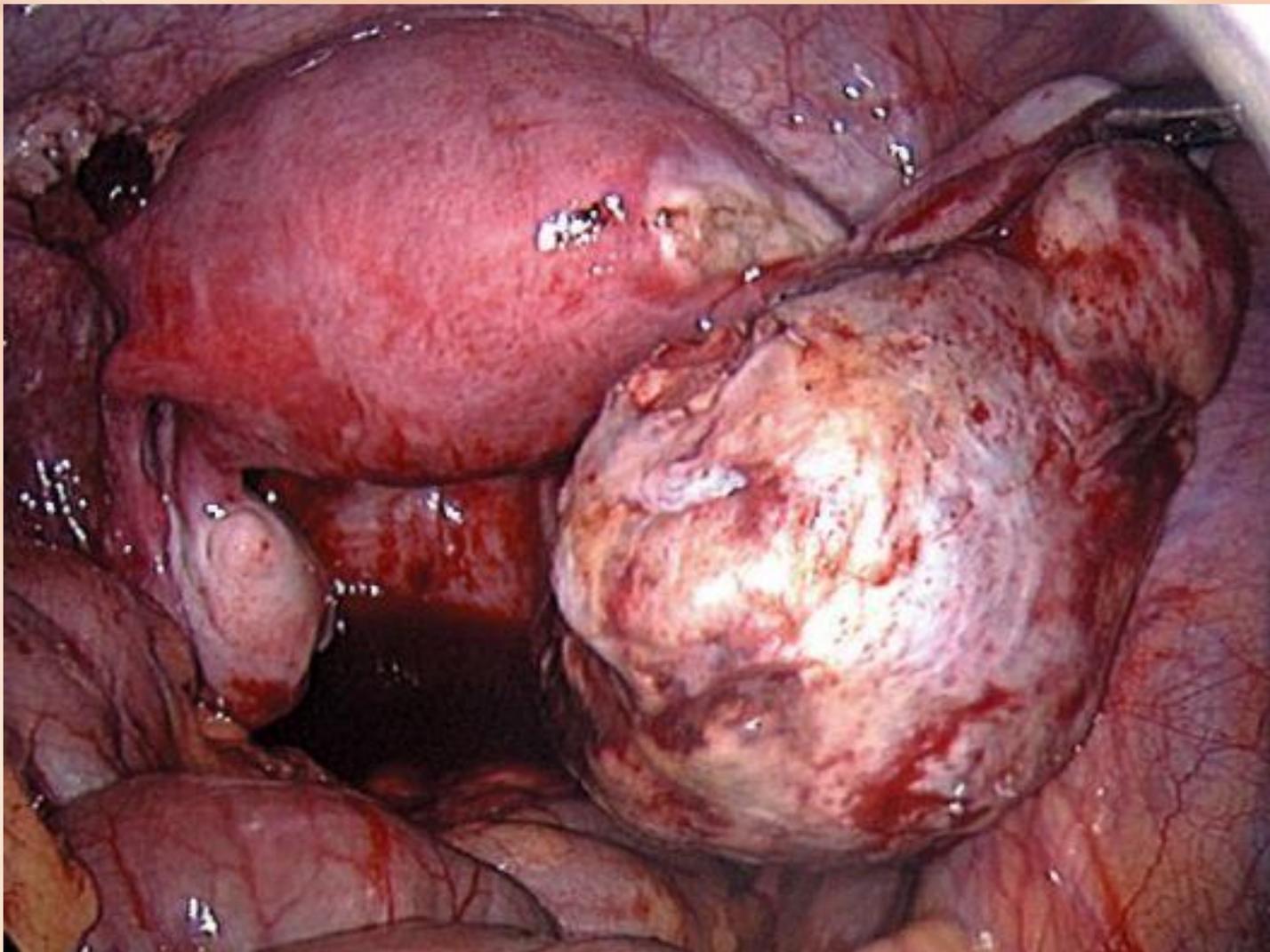
- Если эта болезнь выявлена у молодых женщин, которым необходимо сохранение фаллопиевой трубы, то выполняется сальпингостомия, представляющая собой прицельную пункцию пиосальпинкса, проводимую с санацией полости гнойника и аспирацией его содержимого (используются антисептики, антибиотики и ферменты). Курс пункций, проводимых через задний свод влагалища (используется УЗ-контроль), составляет 3 – 5 процедур, выполняемых через день. Для вскрытия фимбриального отдела трубы может применяться и лапароскопия, которая, к тому же, обеспечивает:
 - вскрытие гнойного образования,
 - лизис спаек,
 - дренирование или санацию брюшной полости.

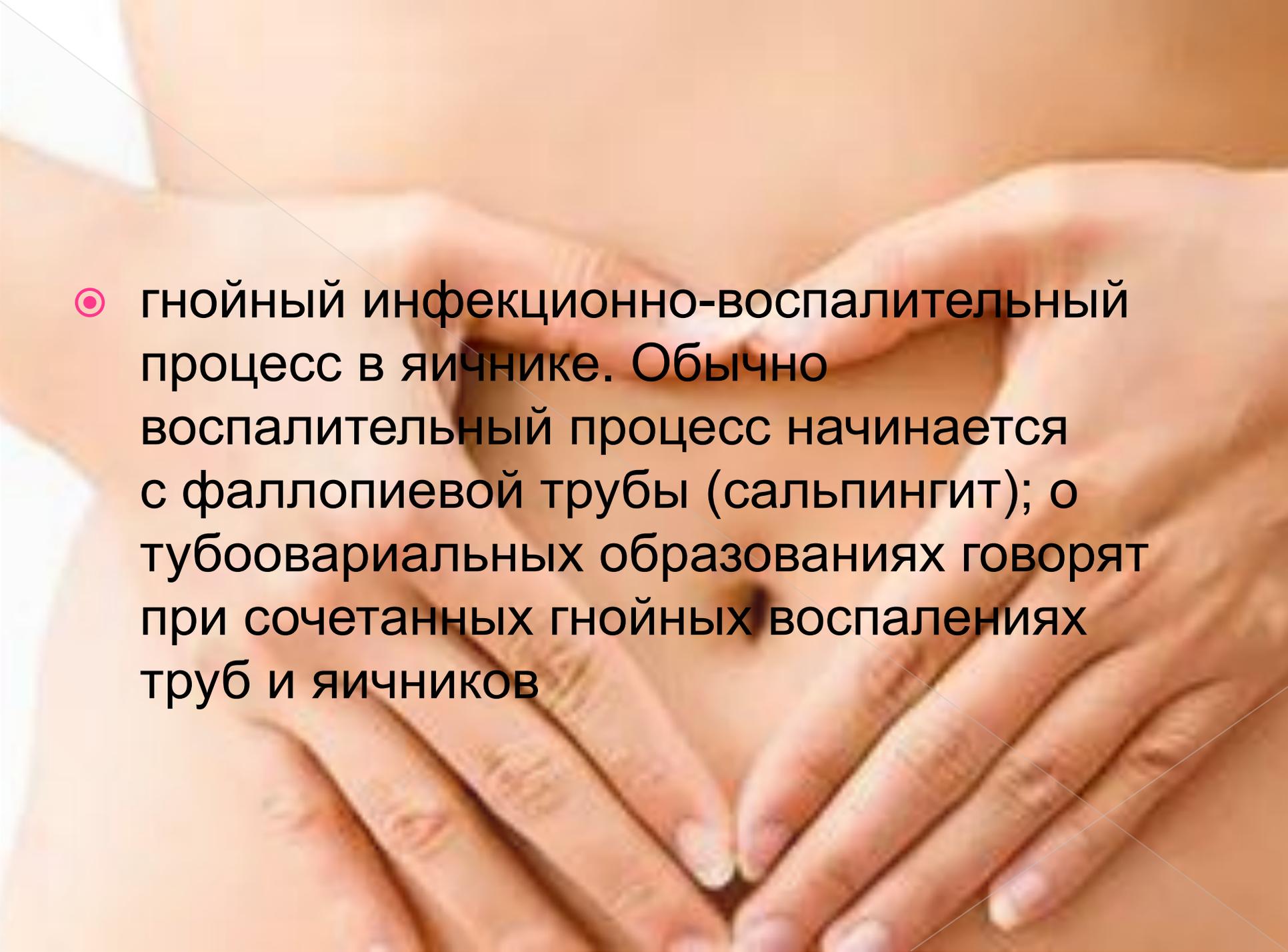
- 
- Если эффект от сальпингостомии невысокий, то применяется одно- или двухсторонняя тубэктомия (при этом маточная труба не сохраняется). Выявление турбовариальной гнойной опухоли требует удаления придатков. В некоторых случаях применяют надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки с придатками.

Профилактика

- отказаться от абортов,
- своевременно лечить гонорею и сальпингит,
- не допускать развития послеоперационных и послеродовых осложнений.

Пиовар



- 
- гнойный инфекционно-воспалительный процесс в яичнике. Обычно воспалительный процесс начинается с фаллопиевой трубы (сальпингит); о тубоовариальных образованиях говорят при сочетанных гнойных воспалениях труб и яичников

Факторы риска

- ⦿ внутриматочные манипуляции,
- ⦿ гинекологические операции,
- ⦿ послеродовые и постаппендоктомические осложнения,
- ⦿ анатомо-физиологические нарушения функций половой системы,
- ⦿ соматические заболевания,
- ⦿ социально-демографические условия,
- ⦿ особенности половой функции (раннее начало, половой акт во время менструации, частая смена партнеров).

Патогенез

- возникновение на слизистой оболочке маточных труб классических признаков воспаления: гиперемия, нарушения микроциркуляции, отёчность, экссудация и клеточная инфильтрация. Стенка трубы утолщается, в её полости происходит накопление экссудата, появляются изъязвления на поверхности эпителия. Яичники в воспалительный процесс вовлекаются не всегда, так как покрывающий их зародышевый эпителий служит хорошим барьером на пути инфекции. Но после овуляции возбудители инфицируют гранулезную оболочку фолликула, образуются единичные или множественные гнойные полости, при слиянии которых образуется пиовар с фиброзной капсулой.

При пиоваре ярко выражен симптомокомплекс острого ЖИВОТА

- Интоксикационный синдром проявляется головными болями, заторможенностью, страхом смерти, диспепсическими расстройствами и нарушениями работы ССС. Болевой синдром характеризуется постоянной нарастающей болью в нижних отделах живота, резкой болезненностью при смещении шейки матки. Также характерны лихорадка, озноб, лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Диагностика

- анамнез жизни и болезни,
- объективный и гинекологический статус (заболевание нередко начинается в последние дни менструации или сразу после неё; гнойные выделения из половых путей, возможна дисменорея),
- лабораторные исследования,
- пункцию брюшной полости,
- УЗИ,
- лапароскопию.

УЗИ

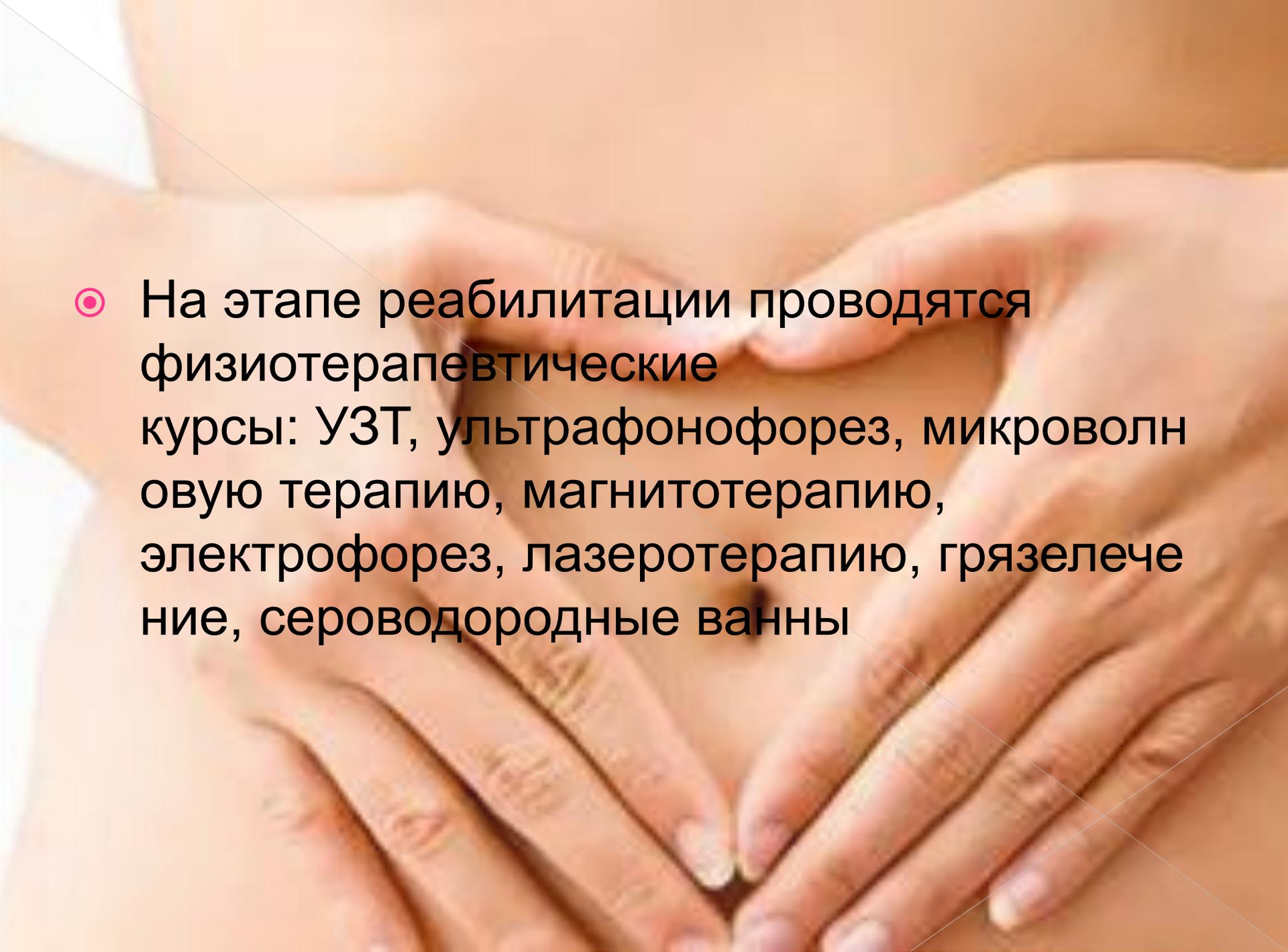
- По данным гинекологического УЗИ пиовар визуализируется в виде эхопозитивного округлого образования с неоднородным внутренним содержимым из-за множественных включений, неравномерно утолщенной капсулой (6-10 мм)



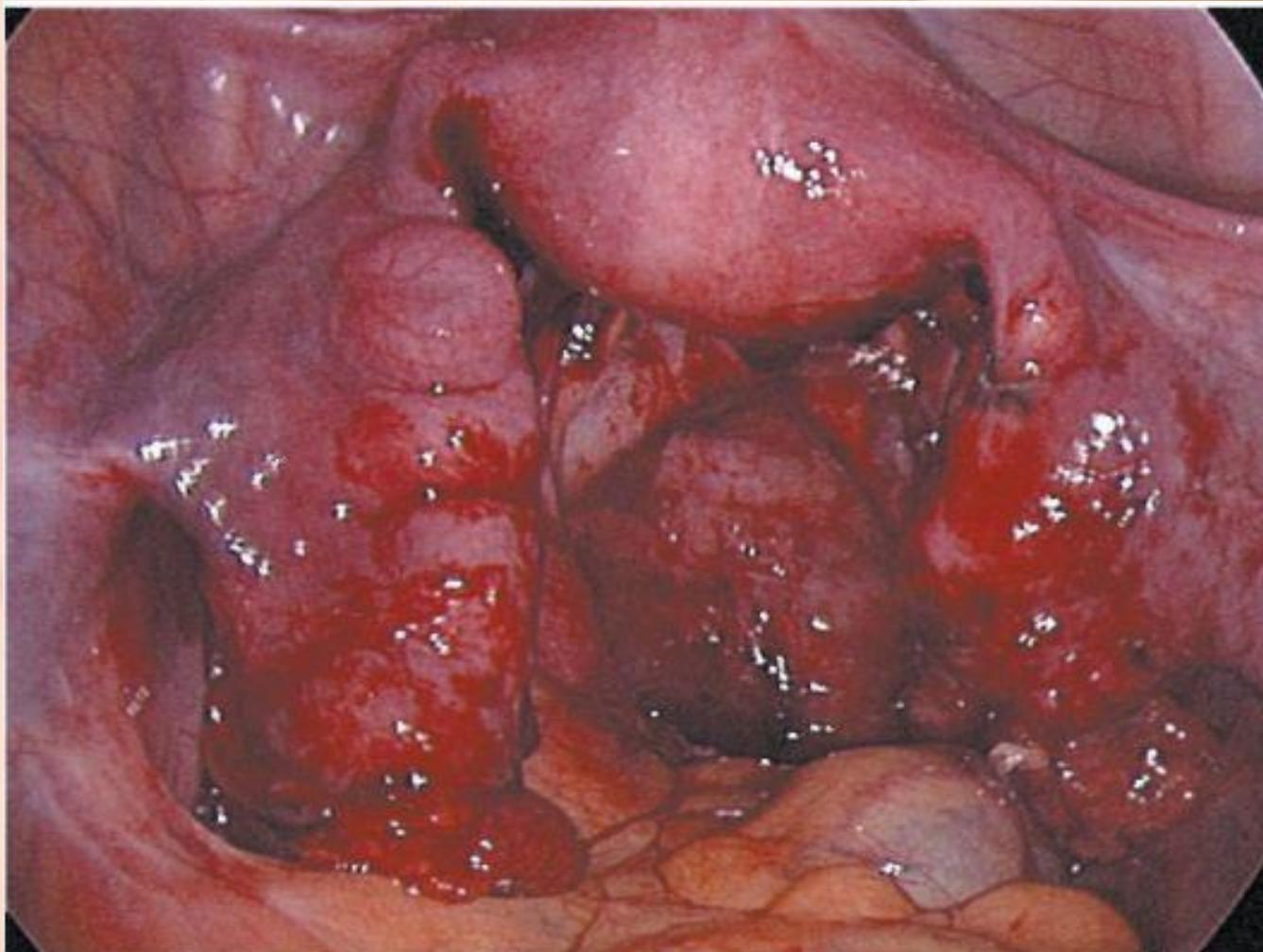
Лечение

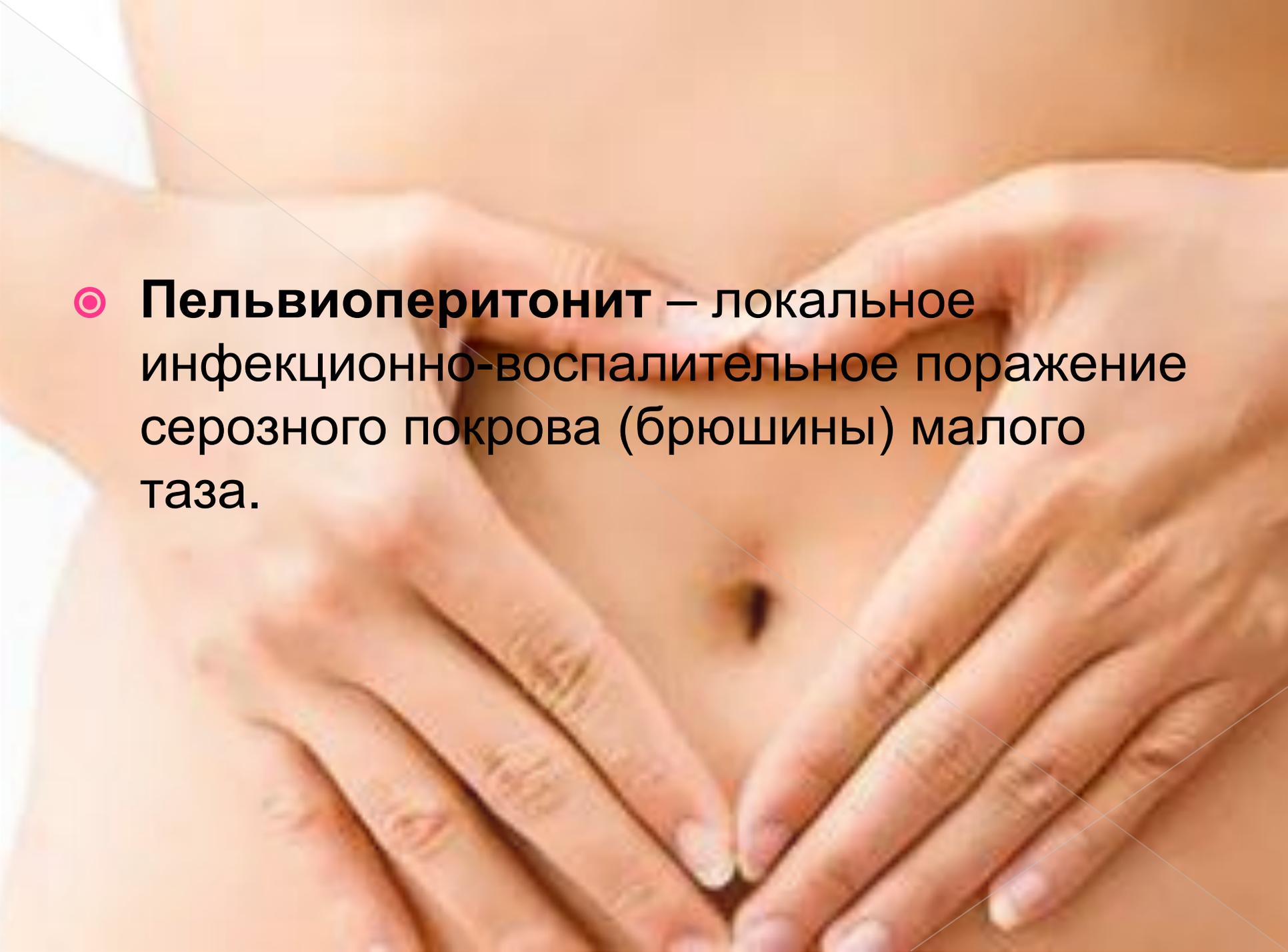
- Пункция гнойных образований через задний свод влагалища под контролем УЗИ. При пункции проводят аспирацию содержимого с последующим бактериологическим исследованием и промыванием гнойных полостей антисептиками.

- На хирургическом этапе производится удаление гнойно-деструктивного очага. Паллиативные вмешательства при пиоваре (кольпотомия, пункция абсцесса) оправданы в случае высокой вероятности перфорации гнойника в брюшную полость, его прорыва в полые органы либо при общей тяжести состояния.
- Радикальным вмешательством при пиоваре у молодых женщин служит односторонняя аднексэктомия – удаление воспалительно-измененных придатков лапароскопическим или лапаротомическим способом. У женщин в постменопаузе оптимальным считается выполнение надвлагалищной ампутации или экстирпации матки с придатками.
- При вторичном пельвиоперитоните и перитоните после удаления гнойно-некротических тканей осуществляется пролонгированное дренирование брюшной полости с проведением перитонеального диализа.

- 
- На этапе реабилитации проводятся физиотерапевтические курсы: УЗТ, ультрафонофорез, микроволновую терапию, магнитотерапию, электрофорез, лазеротерапию, грязелечение, сероводородные ванны

Пельвиоперитонит





◎ **Пельвиоперитонит** – локальное инфекционно-воспалительное поражение серозного покрова (брюшины) малого таза.

Классификация

- **вторичный** пельвиоперитонит, обусловленный воспалительными заболеваниями,
- **первичный** пельвиоперитонит, развивающийся при непосредственном проникновении инфекции в полость малого таза.
- **С учетом местной распространенности:**
- частичный пельвиоперитонит с ограниченным участком воспаления вблизи источника инфекции
- диффузный, захватывающий париетальную и висцеральную брюшину малого таза.
- **По типу преобладающих изменений в малом тазу:**
- адгезивные (слипчивые, протекающие с образованием спаек)
- экссудативные (выпотные).
- **По характеру воспалительного экссудата:**
- серозно-фиброзным, геморрагическим или гнойным.

Симптомы

- Развитие пельвиоперитонита острое: заболевание начинается с резкого нарастания температуры до 39-40° С, появления интенсивных болей внизу живота, периодических ознобов, тахикардии (до 100 и более уд. в мин.), тошноты, задержки газов, болезненного мочеиспускания, вздутия живота.
- Объективно при пельвиоперитоните выявляются симптомы интоксикации, ослабленная перистальтика, сухой, обложенный сероватым налетом язык. Положительные признаки раздражения брюшины более выражены в нижних отделах живота и слабее - в его верхней половине.

Диагностика

- Предположение о наличии пельвиоперитонита может быть высказано гинекологом на основании анамнеза больной. Анализ периферической крови при пельвиоперитоните выявляет повышенную СОЭ, значительный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
- Бимануальное влагалищное исследование сопровождается резкой болезненностью в области матки и придатков; из-за выпота отмечается выпячивание заднего свода влагалища, смещение матки кпереди и кверху.

- С целью идентификации микробных агентов проводится бактериологическое исследование отделяемого влагалища и шейного канала, ИФА-диагностика.
- При лапароскопии отмечается гиперемия брюшины малого таза и прилежащих петель кишечника.

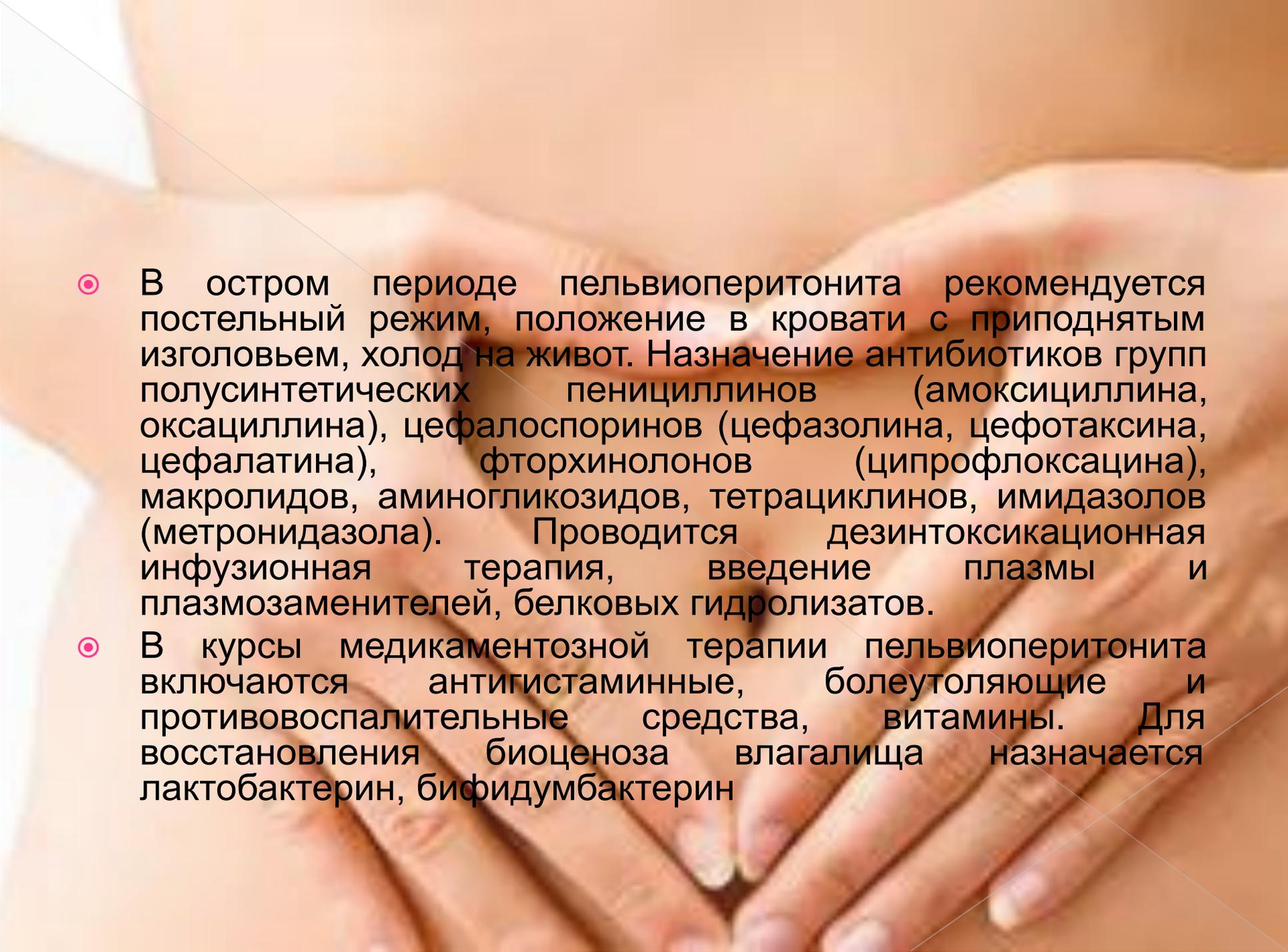
- УЗИ влагалищным датчиком позволяет уточнить распространенность воспаления, выявить наличие выпота в малом тазу. Для исключения острой патологии в брюшной полости выполняется обзорная рентгенография.

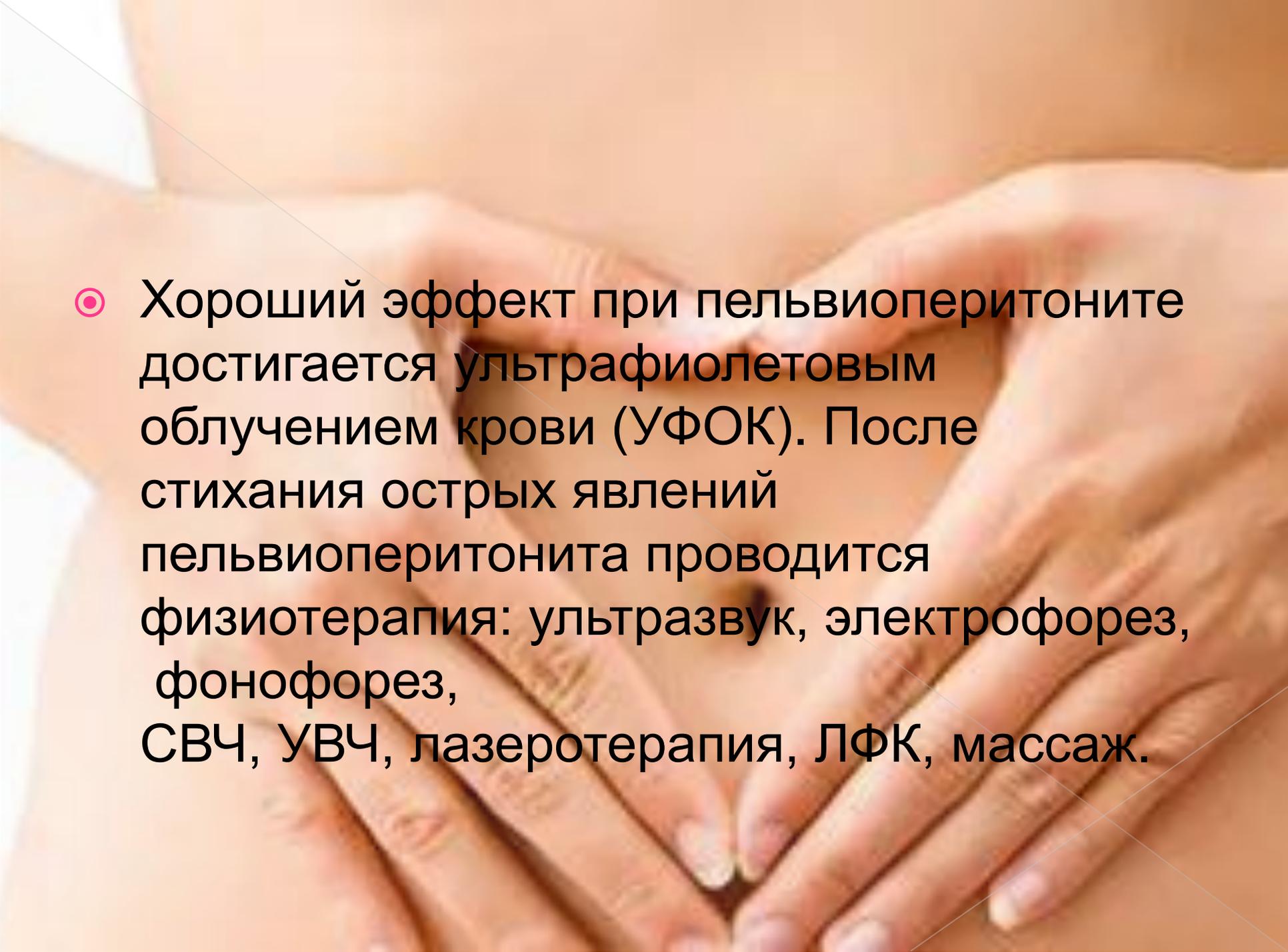
Выпот при пельвиоперитоните



Лечение

- Терапия пельвиоперитонита комплексная, направлена на подавление инфекционного процесса, снятие болевой симптоматики и интоксикации. По показаниям проводится хирургическое вмешательство.

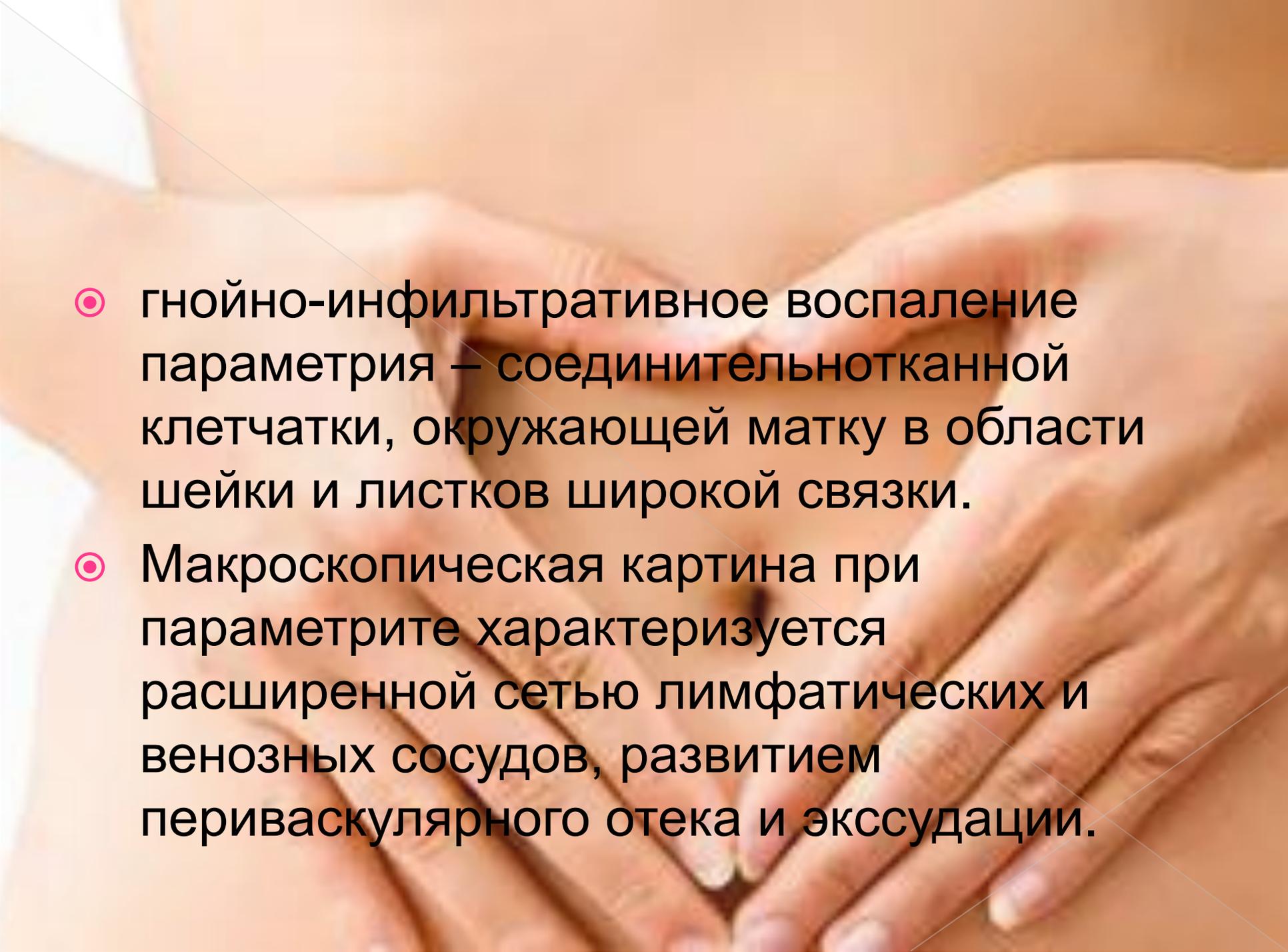
- 
- В остром периоде пельвиоперитонита рекомендуется постельный режим, положение в кровати с приподнятым изголовьем, холод на живот. Назначение антибиотиков групп полусинтетических пенициллинов (амоксцициллина, оксациллина), цефалоспоринов (цефазолина, цефотаксина, цефалатина), фторхинолонов (ципрофлоксацина), макролидов, аминогликозидов, тетрациклинов, имидазолов (метронидазола). Проводится дезинтоксикационная инфузионная терапия, введение плазмы и плазмозаменителей, белковых гидролизатов.
 - В курсы медикаментозной терапии пельвиоперитонита включаются антигистаминные, болеутоляющие и противовоспалительные средства, витамины. Для восстановления биоценоза влагалища назначается лактобактерин, бифидумбактерин

- 
- Хороший эффект при пельвиоперитоните достигается ультрафиолетовым облучением крови (УФОК). После стихания острых явлений пельвиоперитонита проводится физиотерапия: ультразвук, электрофорез, фонофорез, СВЧ, УВЧ, лазеротерапия, ЛФК, массаж.

- 
- Пациенткам с пельвиоперитонитом показаны лечебные пункции через задний свод влагалища с эвакуацией выпота, введением антибиотиков, антисептиков. При обнаружении гнойного экссудата для его эвакуации показано проведение задней кольпотомии или лапароскопии с дренированием полости малого таза и проведением внутрибрюшных инфузий.

Параметрит



- 
- гнойно-инфильтративное воспаление параметрия – соединительнотканной клетчатки, окружающей матку в области шейки и листков широкой связки.
 - Макроскопическая картина при параметрите характеризуется расширенной сетью лимфатических и венозных сосудов, развитием периваскулярного отека и экссудации.

Классификация

- По топографии воспаления околоматочной клетчатки:
 - передний,
 - задний,
 - боковые.
- С учетом патогенеза:
 - первичный ,
 - вторичный.

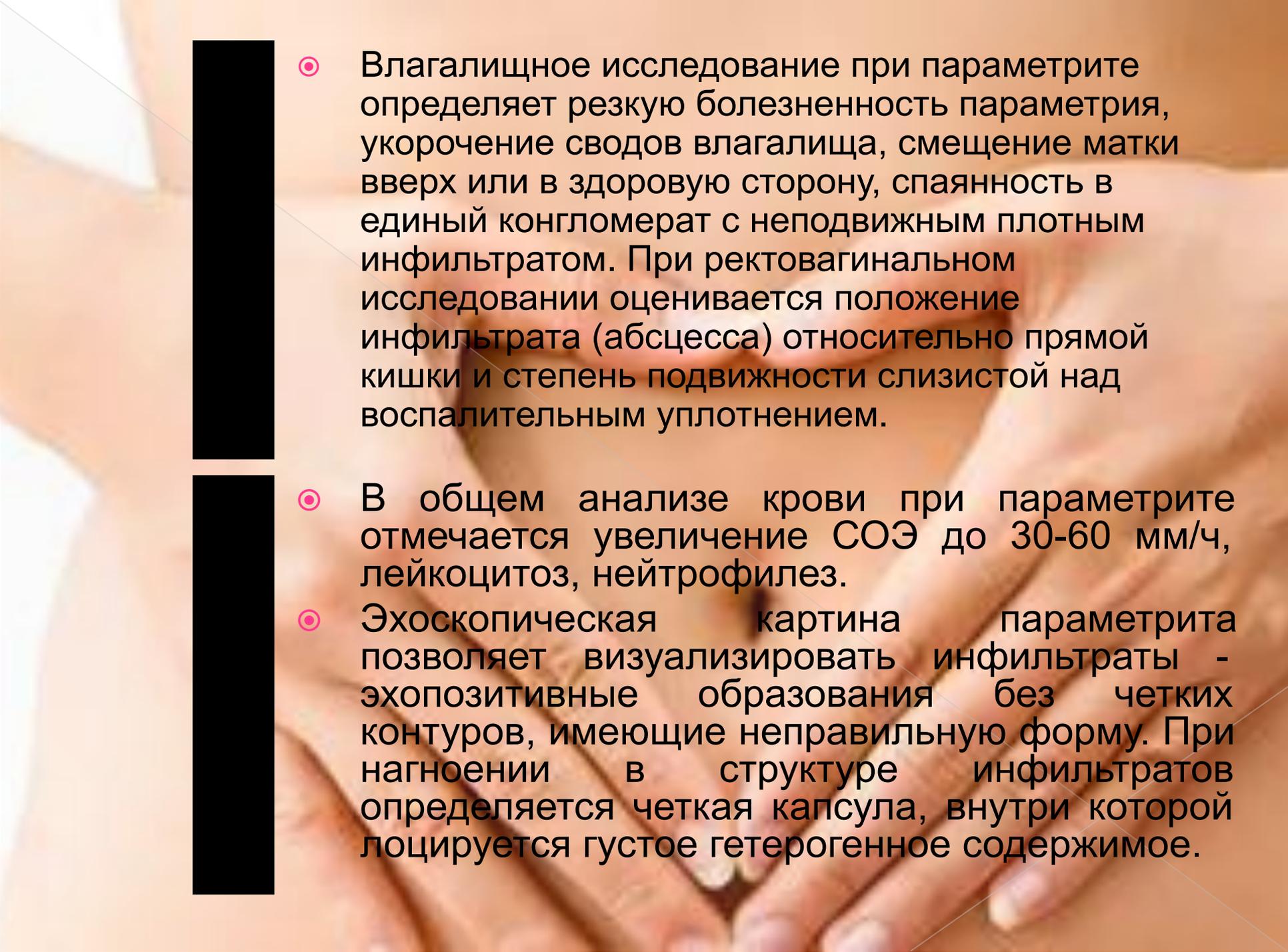
Стадии развития

- инфилтративная,
- экссудативная,
- стадия уплотнения
- рассасывания экссудата

Симптомы

- К первым и ранним проявлениям параметрита относятся фебрилитет (t° тела 38-39 $^{\circ}\text{C}$), постоянные, часто колющую или режущие боли в животе, иррадиирующие в крестец и поясницу. При нагноении параметрия состояние пациентки ухудшается: еще больше повышается температура, принимая гектический характер; отмечается тахикардия, ознобы, жажда, головные боли.



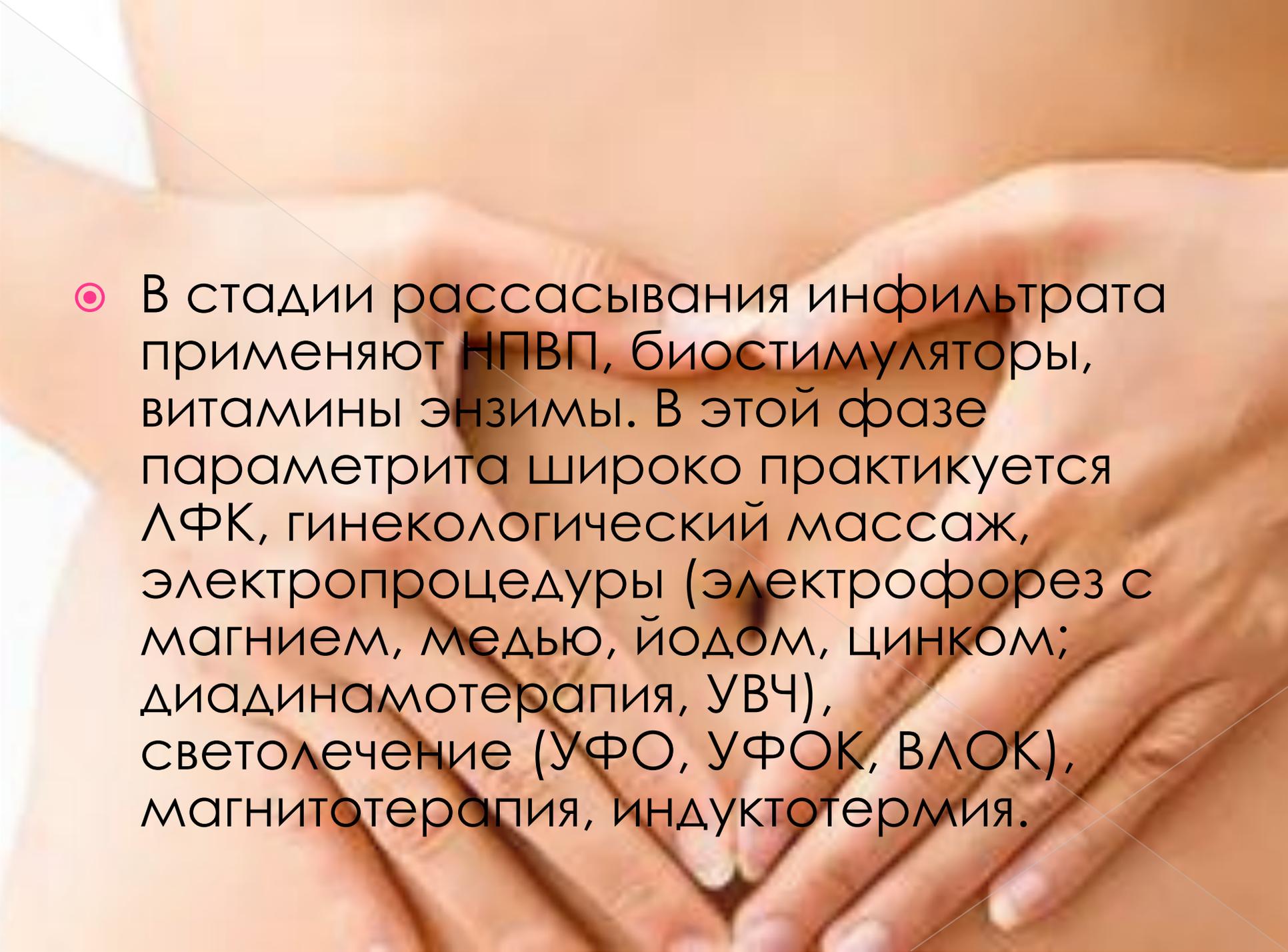


○ Влагалищное исследование при параметрите определяет резкую болезненность параметрия, укорочение сводов влагалища, смещение матки вверх или в здоровую сторону, спаянность в единый конгломерат с неподвижным плотным инфильтратом. При ректовагинальном исследовании оценивается положение инфильтрата (абсцесса) относительно прямой кишки и степень подвижности слизистой над воспалительным уплотнением.

- В общем анализе крови при параметрите отмечается увеличение СОЭ до 30-60 мм/ч, лейкоцитоз, нейтрофилез.
- Эхоскопическая картина параметрита позволяет визуализировать инфильтраты - эхопозитивные образования без четких контуров, имеющие неправильную форму. При нагноении в структуре инфильтратов определяется четкая капсула, внутри которой лоцируется густое гетерогенное содержимое.

Лечение

- В инфильтративной стадии параметрита проводится лечение, как при остром сальпингоофорите: назначается постельный режим, холод на живот; антибиотики с учетом типа возбудителя или микробных ассоциаций и их чувствительности к препаратам; инфузионная терапия, десенсибилизирующее, иммуномодулирующее лечение.

- 
- В стадии рассасывания инфильтрата применяют НПВП, биостимуляторы, витамины энзимы. В этой фазе параметрита широко практикуется ЛФК, гинекологический массаж, электропроцедуры (электрофорез с магнием, медью, йодом, цинком; диадинамотерапия, УВЧ), светолечение (УФО, УФОК, ВЛОК), магнитотерапия, индуктотермия.

При формировании параметрального абсцесса показана его пункция через свод влагалища. При получении гноя требуется вскрытие гнойника влагалищным или брюшностеночным путем и дренирование параметрия. После установки дренажа в гнойную полость проводятся санлирующие мероприятия: промывание дезрастворами, введение антибиотиков.

