

СЗГМУ имени И.И.Мечникова
Кафедра акушерства и гинекологии имени С.Н.Давыдова

Доклад на тему: Параметрит

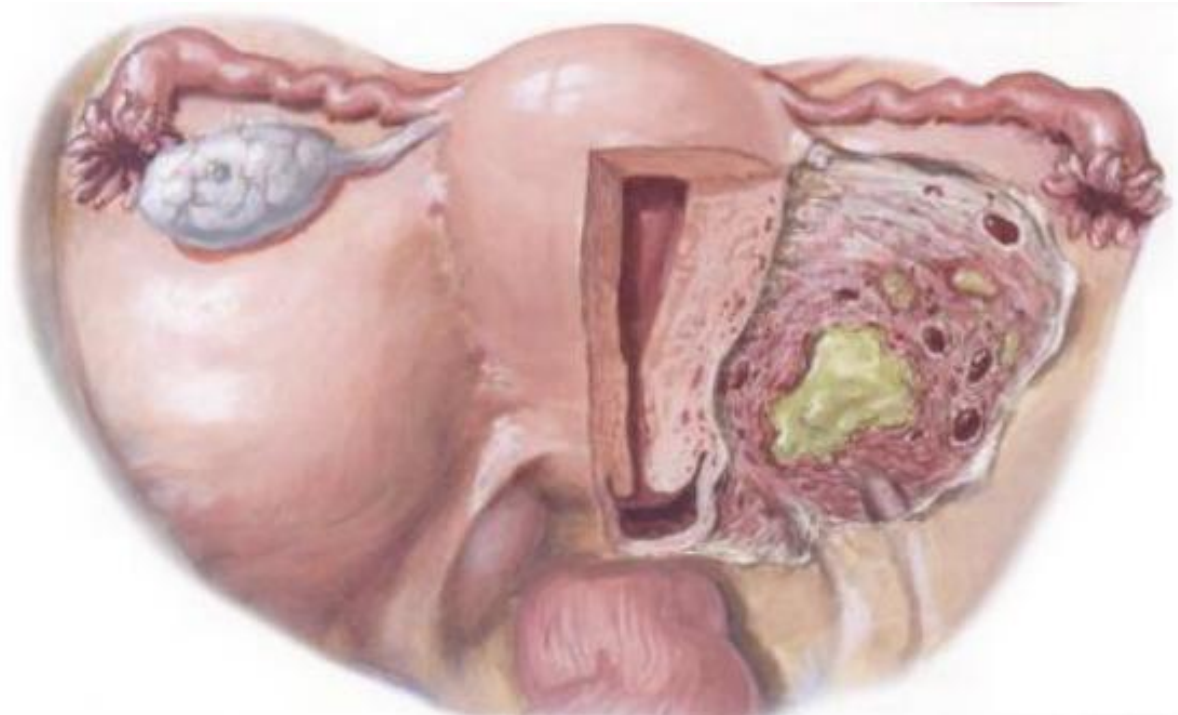
Рассолько Д.С.

Муртазалиева М. О.

Руководитель: доцент

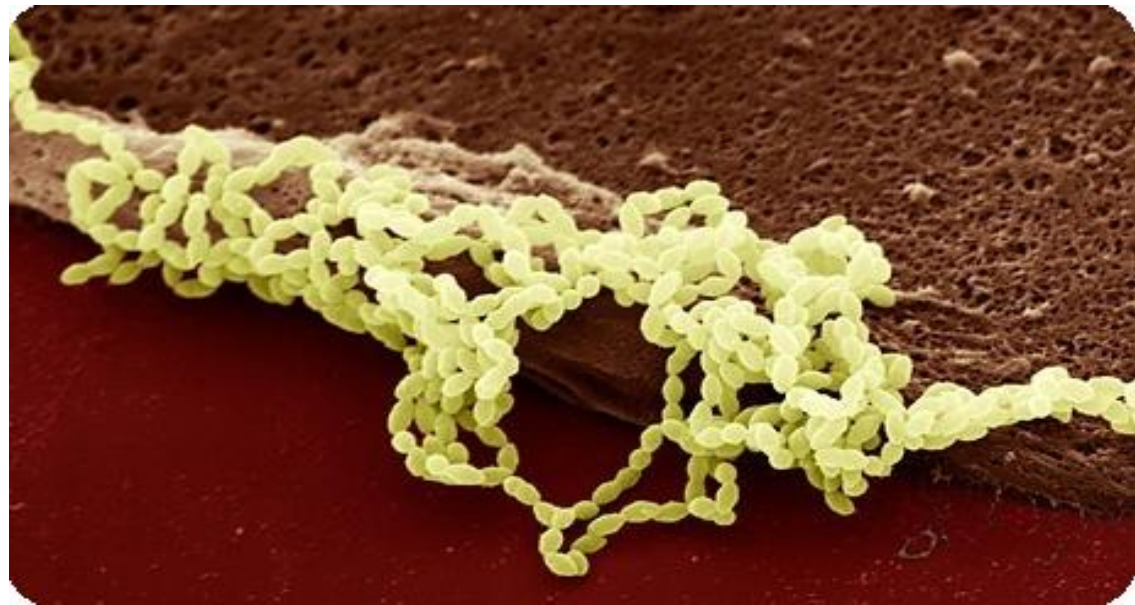
Выполнила : интерн

Параметрит – гнойно-инфильтративное воспаление параметрия – соединительнотканной клетчатки, окружающей матку в области шейки и листков широкой связки.



Этиология

- Обусловлена той же микрофлорой что и большинство неспецифических воспалительных заболеваний матки и придатков:
- стафилококки, стрептококки, энтерококки, кишечная палочка, пептококки, пептострептококки, бактероиды.

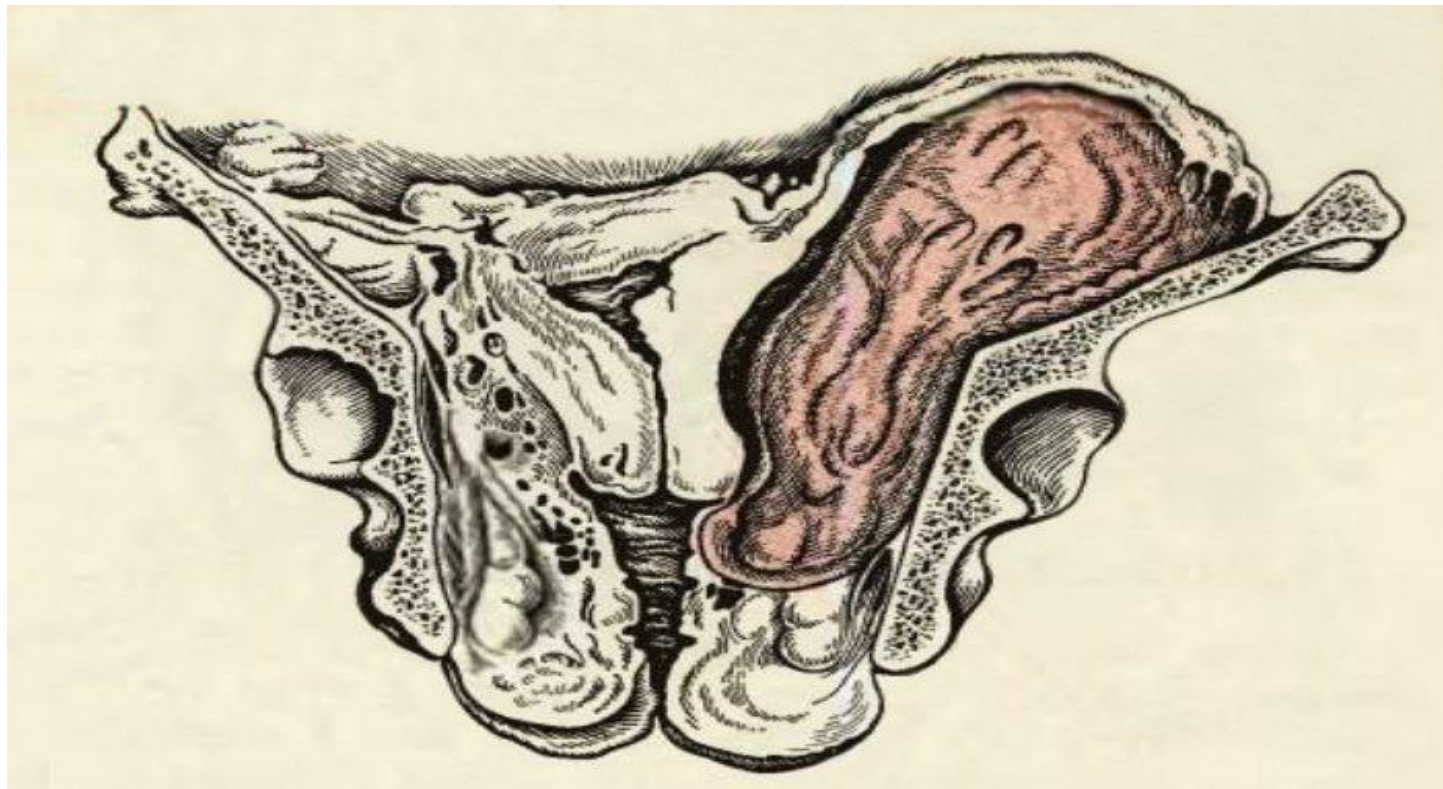



Патогенез

- Параметрит вызывается инфекцией, обычно распространяющейся по лимфатическим сосудам из первичного очага. Реже- гематогенным путем из очагов, существующих в шейке и теле матки или в придатках.
- После внедрения инфекции в параметрий возникает диффузная воспалительная реакция, выражающаяся в экссудации и инфильтрации клеточных пространств.
- При неблагоприятном течении процесса следующим этапом является нагноение клетчатки, образование абсцесса.
- При благоприятном исходе инфильтрат рассасывается или на его месте формируется рубцовая ткань.

Классификация

- **Боковой параметрит-** при котором воспалительный процесс сверху ограничивается верхним отделом широкой связки ,снизу – нижним отделом кардинальных связок, сбоку-стенкой малого таза.



- 
- Инфильтрат располагается рядом с боковой поверхностью матки и переходит на боковую поверхность стенки таза;
 - при этом происходит сглаживание бокового свода влагалища и слизистая оболочка под инфильтратом быстро теряет подвижность.

- **При переднем параметрите-** инфильтрат определяется спереди от матки, сглаживая передний свод; инфильтрат может распространяться на предпузырную клетчатку и переднюю брюшную стенку.
- **Задний параметрит-**воспаление клетчатки между маткой и прямой кишкой. Инфильтрат плотно охватывает прямую кишку, нередко вызывая сужение ее просвета.



Клиническая картина

- Ранние проявления: постоянная тупая боль внизу живота с иррадиацией в крестец, поясницу
- Повышение температуры тела до 38-39 С, тахикардия (частота соответствует степени повышения температуры)
- Головная боль, сухость во рту, жажда, нарушение сна, аппетита, ухудшение самочувствия



Диагностика

● **Анамнез**

- осложненные роды, аборты;
- внутриматочные инвазивные манипуляции (выскабливание полости матки, введение или извлечение ВМС);
- удаление интралигаментарно расположенной опухоли;
- воспаление матки, ее придатков (эндоцервицит и сальпингоофорит, кольпит и аднексит);



Физикальное обследование

- При бимануальном исследовании – выраженная болезненность матки.
- На 3-4й день сбоку от матки, реже сзади или спереди от нее возникает плотный, неподвижный инфильтрат, четко не определяются крестцово-маточные связки.

Лабораторные исследования

- При нагноении:
 - t принимает гектический характер;
 - появляется озноб;
 - возрастает лейкоцитоз, увеличивается сдвиг нейтрофилов влево;
 - резко повышается СОЭ

- Гнойник может прорвать в мочевой пузырь или прямую кишку.
- Прорыв в мочевой пузырь диагностируют на основании исследования мочи и цистоскопии;
- Прорыв гнойника в прямую кишку –на основании обнаружения гноя в каловых массах и по данным ректороманоскопии.
- Важным дифференциально-диагностическим признаком является притупление перкуторного тона над верхне-передней подвздошной остью на стороне поражения.

Инструментальные методы обследования

- УЗИ малого таза-эхопозитивные образования без четких контуров, имеющие неправильную форму. При нагноении в структуре инфильтратов определяется четкая капсула, внутри которой лоцируется густое гетерогенное содержимое.
- Компьютерная томография
- Магнитно-резонансная томография

Лечение

Консервативное

- *Антибактериальная терапия:*

- 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 500 мг;
- Клиндамицин 900 мг 3 раза в сутки и гентамицин 180 мг 1 раз в сутки внутривенно.

● Инфузионная терапия:

- Глюкоза;
- Солевые растворы;
- Коллоидные трансфузионные среды;
- Белковые препараты.

Объем вливаемых растворов 1500-1800мл

-Нестероидные противовоспалительные (диклофенак,кетонал) и антигистаминные (супрастин,тавегил)

Физиотерапия

- УФ-облучение;
- Магнитотерапия (низкочастотная, среднечастотная импульсная, магнитолазеротерапия).

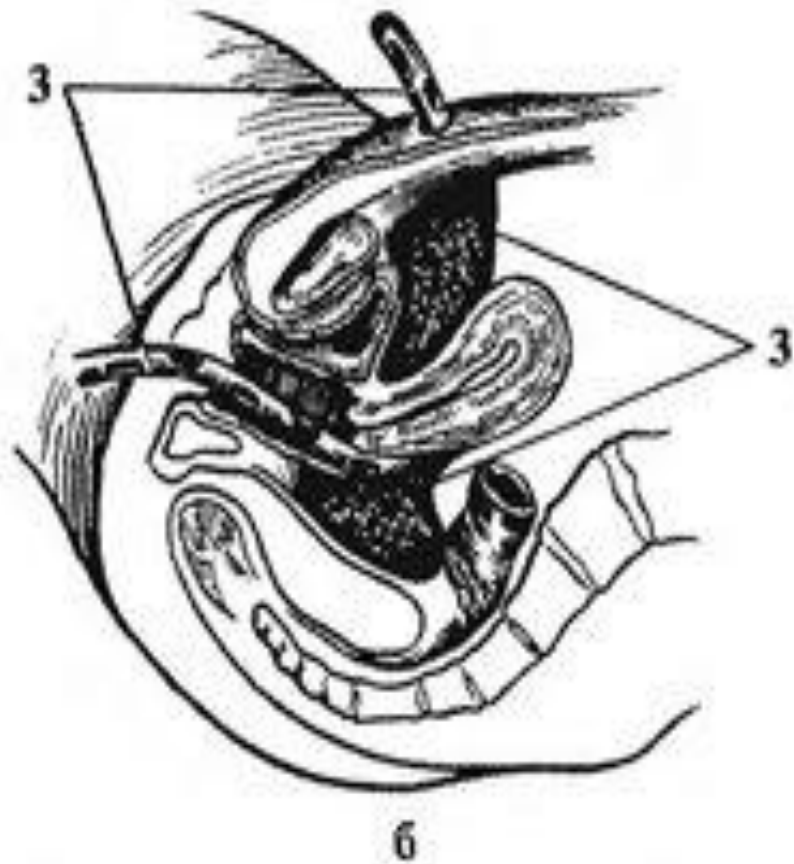
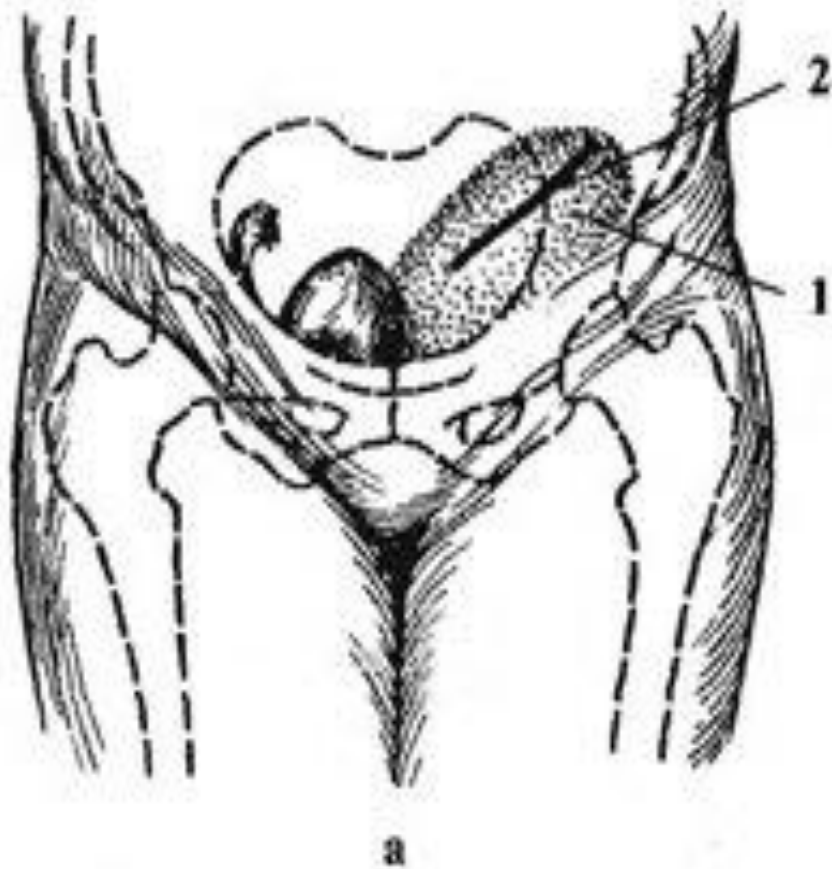
Стругацкий В.М.,Маланова Т.Б.,Арсланян К.Н,2005г

Хирургическое лечение

- Образовавшиеся гнойники подлежат вскрытию и дренированию.
- Доступ к абсцессу избирают соответственно его локализации:
- Либо через влагалище, либо через брюшную стенку над пупартовой складкой.

- Пункция гнойного очага через брюшную стенку опасна из-за повреждения кишки, мочевого пузыря. Операцию выполняют после обязательного опорожнения мочевого пузыря и кишечника с целью профилактики их повреждения. Используют доступ Кромптона—Пирогова. Полость гнойника дренируют трубкой.
- При обнаружении гнойника, занимающего всю переднюю поверхность нижнего отдела живота, необходимо произвести дополнительные разрезы — контрапертуры — на противоположной стороне, определив границы гнойника с помощью корнцанга или другого тупого инструмента, введенного в полость абсцесса, а также с помощью пальцевого исследования. Полость гнойника дренируют через основной разрез и через контрапертуру.

- Шейку матки обнажают зеркалами и фиксируют. Корнцангом, введенным через разрез брюшной стенки, выпячивают задний свод. Над местом выпячивания свода, придерживаясь задней поверхности шейки матки, поперечным разрезом рассекают ткани, делают контрапертуру и конец корнцанга выводят во влагалище. Корнцангом захватывают дренажную трубку с боковыми отверстиями и выводят ее через разрез в подвздошной области.
- В послеоперационном периоде, когда выделение гноя прекращается, конец трубки, выведенный на брюшную стенку, отсекают у края раны, а влагалищный конец подтягивают по мере того, как свищ закрывается. Если происходит гнойное расплавление перегородок между отдельными воспалительными очагами и процесс распространяется в сторону какого-либо органа (кишка, влагалище, мочевого пузыря), может произойти прорыв гноя в эти органы с формированием свища. Свищи также могут сформироваться в области основного разреза.



- Вскрытие (а) и дренирование (б) бокового параметрия при гнойном процессе, распространившемся в подвздошную ямку:
- 1 — локализация гнойника
- 2 — линия разреза брюшной стенки;
- 3 — дренирование дренажной трубкой

При влагалищном доступе чаще всего используют заднюю кольпотомию для вскрытия задних и боковых флегмон околоматочного пространства.



а



б

- Вскрытие заднего параметрия (а) и дренирование заднего околоматочного абсцесса (б)

- Непосредственно перед операцией обследуют больную с целью уточнения локализации инфильтрата в малом тазу и определения его консистенции: в положении больной для обычной влагалищной операции широко раскрывают зеркалами влагалище, захватывают заднюю губу шейки матки пулевыми щипцами и отводят в сторону лобка. В результате обнажается задний свод влагалища, доступный для исследования. Делают диагностическую пункцию. При этом длинным зажимом Кохера захватывают слизистую оболочку свода (лучше всего на 1-1,5 см ниже шейки матки по средней линии) и слегка подтягивают вперед.
- Фиксация свода обеспечивает правильное проведение иглы при пункции и скальпеля при вскрытии гнойника. Длинной иглой производят пункцию свода. Получив гной и убедившись в правильном направлении иглы по отношению к инфильтрату, производят собственно кольпотомию. В намеченном участке свод и плотную капсулу гнойника прокалывают скальпелем, направляя его параллельно шейке матки. Через сделанное отверстие удаляют гной, вводят дренажную трубку.
- На внутреннем конце трубки устанавливают перекладину (крестовину) с целью предупреждения выскользывания дренажа из полости абсцесса. Дренажную трубку извлекают после окончательной ликвидации симптомов воспаления: нормализации показателей крови, пульса, температуры, общего состояния больной и прекращения гнойных выделений из раны.

СПАСИБО

ЗА

ВНИМАНИЕ!