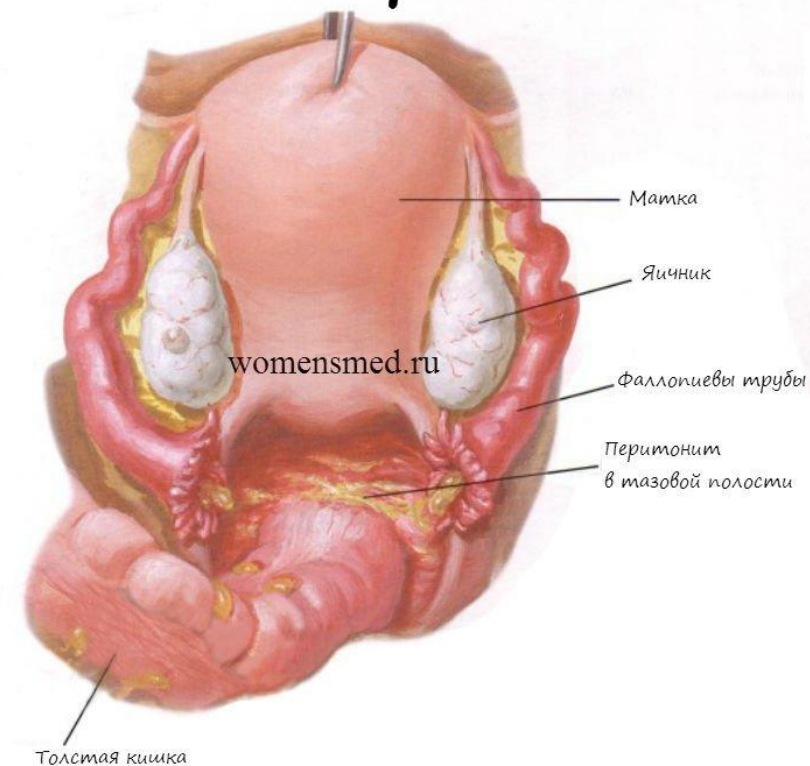


# Пельвиоперитонит. Классификация, этиопатогенез, клиника.

## Пельвиоперитонит



Подготовила: студентка 408 гр.  
педиатрического факультета  
Антонова Е.А.

# Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)

**ВЗОМТ** – группа самостоятельных воспалительных нозологических форм в области верхних отделов женского репродуктивного тракта, которая может включать любую комбинацию:<sup>1,2</sup>

- эндометрит
- сальпингит
- параметрит
- оофорит
- tuboовариальный абсцесс



**ВЗОМТ является основной причиной развития бесплодия, хронической тазовой боли и эктопической беременности**

# Эпидемиология ВЗОМТ

- В России женщины с ВЗОМТ составляют **60-65% амбулаторных гинекологических больных** и до 30% - госпитализированных<sup>1</sup>
- Наиболее подвержены риску возникновения ВЗОМТ сексуально активные **женщины в возрасте до 25 лет**<sup>2</sup>
- За последние 10 лет, по данным ВОЗ, число женщин в возрасте 20–24 лет с диагнозом **ВЗОМТ увеличилось в 1,5 раза**<sup>3</sup>



1. Савельева Г.М., Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщин. М., 1987, 160 с.
2. Ness, Roberta B. Trautmann, Gail ffectiveness of Treatment Strategies of Some Women With Pelvic Inflammatory Disease: A Randomized Trial
3. Controlling Sexually Transmitted Diseases, Population Reports, June 1993, Page 5.

▣ **Пельвиоперитонит** — воспаление висцеральной и париетальной брюшины малого таза.

▣ **КОД ПО МКБ-10**  
N73.3 Острый тазовый перитонит у женщин.



# Классификация

## по стадиям.

- реактивный
- терминальный
- токсический.

## по составу экссудата.

- серозный
- гнойный
- фибринозный;

## по локализации.

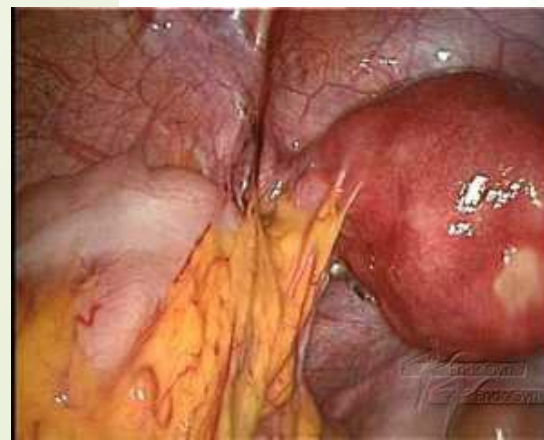
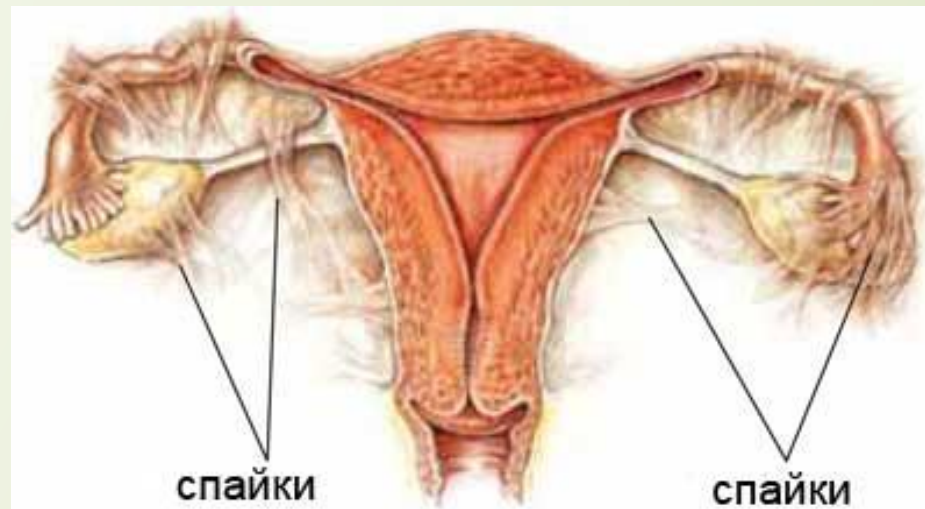
- местный
- диффузный
- ограниченный процесс

## по характеру.

- первичный
- вторичный;

## по изменениям в органах

- адгезивный
- экссудативный



# Этиология ВЗОМТ

Возбудители ИППП <sup>1-3</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Chlamydia trachomatis</i></li><li>• <i>Neisseria gonorrhoeae</i></li><li>• <i>Mycoplasma genitalium</i></li></ul>
Эндогенная микрофлора <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Mycoplasma hominis</i></li><li>• <i>Ureaplasma urealyticum</i></li></ul>
Анаэробные бактерии <sup>1-3</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Bacteroides spp.</i></li><li>• <i>Peptostreptococcus spp.</i></li><li>• <i>Prevotella spp.</i></li></ul>
Факультативные (аэробные) бактерии <sup>1-3</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Escherichia coli</i></li><li>• <i>Gardnerella vaginalis</i></li><li>• <i>Haemophilus influenzae</i></li><li>• <i>Streptococcus spp.</i></li><li>• <i>Staphylococcus spp.</i></li></ul>
<b>В большинстве случаев ВЗОМТ ассоциированы более, чем с одним возбудителем</b>	

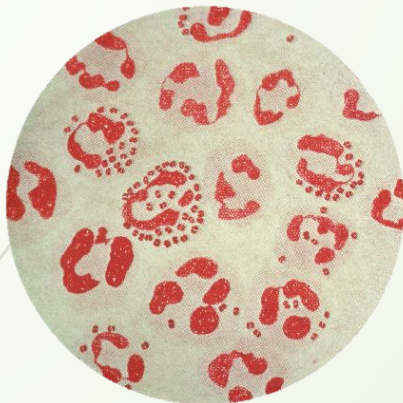
1. 2012 European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease. [http://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2012/PID\\_Treatment\\_Guidelines-Europe2012v5.pdf](http://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2012/PID_Treatment_Guidelines-Europe2012v5.pdf)

2. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR. 2006

3. 2010 United Kingdom National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease

# Этиология ВЗОМТ: возбудители ИППП

## *N.gonorrhoeae*

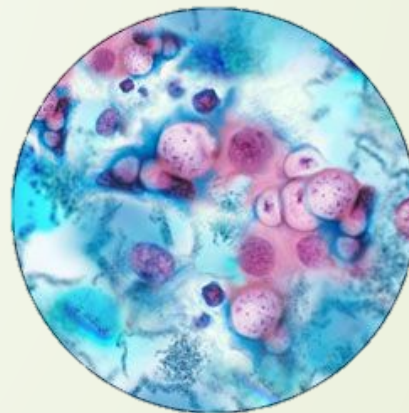


Фактор вирулентности гонококка Ribosomal protein L12 считается ответственным за возникновение восходящей гонореи у женщин

Клеточные пептогликаны обеспечивают устойчивость мембраны гонококка к бактерицидным препаратам

Частота выделения *N.gonorrhoeae* при ВЗОМТ варьирует от 11 до 98%

## *C.trachomatis*

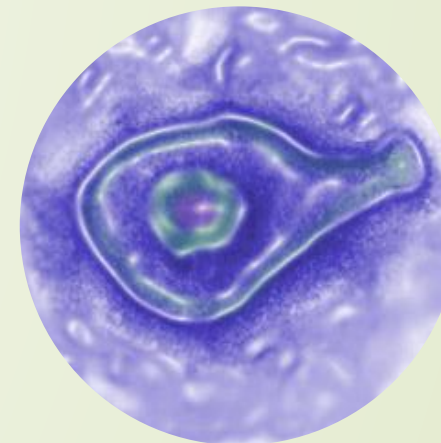


В исследованиях, где забор материала для микробиологического исследования выполнялся лапароскопически, частота выделения варьировала от 9 до 30%

По зарубежным данным *C.trachomatis* вызывает острые ВЗОМТ в 18,8% случаев

В среднем частота выделения при ВЗОМТ колеблется от 1,2 до 44%

## *M.genitalium*



Выделена из эндометрия и фаллопиевых труб женщин с ВЗОМТ<sup>1,2</sup>

Вызывает морфологические изменения в клетках реснитчатого эпителия фаллопиевых труб<sup>3</sup>

Серологические исследования свидетельствуют о существовании четкой связи между перенесенной ранее инфекцией, вызванной *M.genitalium*, и трубным бесплодием<sup>4</sup>

Получены доказательства роли в этиологии цервицита и эндометрита у женщин<sup>5</sup>



# Патогенез

- Острое инфицирование брюшной полости микробной флорой (через мочеполовую систему, матку и маточные трубы).
- Аборт (особенно если он криминальный или при его проведении не соблюдались все необходимые меры предосторожности).
- Разрыв аппендикса, что часто бывает, если пациенту с соответствующими симптомами не была вовремя оказана квалифицированная медицинская помощь.
- Хирургическое вмешательство, в ходе которого было допущено инфицирование матки.
- Острое состояние при опухоли яичников: разрыв капсулы опухоли, её некроз, образование субмукозного узла, перекрутка ножки кисты.
- Следствие тубоовариального процесса (гнойное расплавление маточной трубы и яичника, сопровождаемое образованием единой полости, которая окружена пиогенной капсулой. По-простому, это гнойное воспаление матки и её придатков).



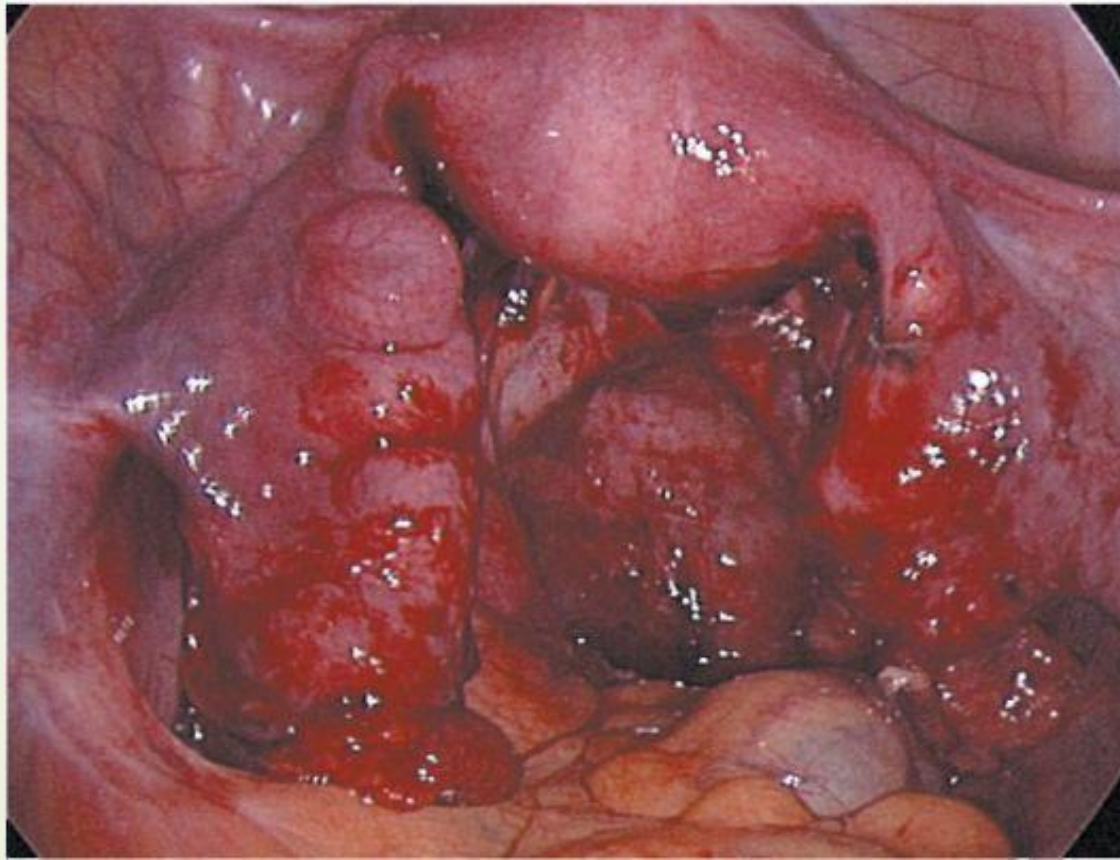


# Клиническая картина острой стадии

- ухудшение общего состояния
- боли в низу живота
- Резко повышается температура тела до 38-39 °С
- тошнота, иногда одно- или двукратная рвота
- частый пульс, несколько опережающий температурную реакцию.
- Язык остается влажным, может быть обложенным белым налетом.
- Живот слегка вздут в нижних отделах, там же определяются некоторое напряжение мышц брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины.
- Перистальтика кишечника становится более вялой, однако брюшная стенка всегда участвует в акте дыхания.

# Клиническая картина по стадиям

- При реактивной фазе компенсаторные механизмы сохранены. Нет нарушений клеточного метаболизма. Отсутствуют признаки гипоксии. Общее состояние пока еще относительно удовлетворительное. Больные несколько эйфоричны, возбуждены. Отмечается умеренный парез кишечника, перистальтика его вялая. Тахикардия несколько опережает температурную реакцию тела. В крови умеренный лейкоцитоз с небольшим сдвигом формулы влево.



- Токсическая фаза перитонита связана с нарастающей интоксикацией. Страдает общее состояние больной: она становится вялой, меняется цвет кожных покровов, появляются рвота, икота. Нарушаются обменные процессы, изменяется электролитный баланс, развивается гипо- и диспротеинемия. Перистальтика кишечника отсутствует, живот вздут. Нарастает лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, появляется токсическая зернистость нейтрофилов.

Рис. 5. Пальмоперитонит.



- При **терминальной фазе** все изменения имеют более глубокий характер. Преобладают симптомы поражения центральной нервной системы. Состояние больных крайне тяжелое, резкая заторможенность, адинамия. Пульс аритмичный, резкая одышка, снижение артериального давления. Полностью нарушена моторная функция кишки.



**Спасибо за  
внимание**

