

Гнойно- воспалительные заболевания женских половых органов

Кравчук Т.А., к.м.н., доцент кафедры
акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО
ИГМА

Тубоовариальный абсцесс – гнойное образование придатков



Причины-провокаторы гнойногo воспаления

- ВМК



Известен также «фитильный эффект» нитей ВМК:

способность усиков к восходящему и персистирующему распространению инфекции



Тубоовариальный абсцесс



Тубоовариальный абсцесс. Клиника.

- особая тяжесть на фоне ВМК
- извлечение ВМК усугубляет состояние
- волнообразность течения
(обострения, ремиссии)

□ Субъективно

- боли
- повышение t
- нарушение менструального цикла
- гнойные бели (признак гнойного эндометрита)
- симптомы тяжелой гнойной интоксикации
(слабость, снижение работоспособности, нарушение сна, анорексия)

Тубоовариальный абсцесс. Клиника.

□ Объективно

- придатки с маткой пальпируются в едином конгломерате
- нечеткие контуры, неравномерная консистенция, резкая болезненность, полная неподвижность
- матка отдельно не пальпируется
- вовлечение в процесс параметрия, паравезикальной клетчатки, задне-боковой параметрит
- конгломерат доходит до стенок таза

Полиорганные нарушения при тубоовариальных абсцессах

Длительному течению гнойного процесса сопутствует нарушение функции практически всех органов и систем.

Печеночная недостаточность: гипопротеинемия
диспротеинемия

Почечная недостаточность: «мочевой синдром»
протеинурия
лейкоцитурия
микрогематурия
цилиндрурия

Кровь: анемия
гиперкоагуляция

Диагностика тубоовариального абсцесса

- **Анамнез** (развитие): **ВМК**
- **Жалобы**: упорно нарастают во времени с периодическим улучшением и ухудшением
- **Бимануальное исследование**
конгломерат до стенок таза
- **Прямокишечно-влагалищное исследование**: вовлечение слизистой, её отечность, неподвижность, деформация (выпячивание)
- **Дополнительные методы**: УЗИ, КТ, МРТ

Эхография – основной дополнительный метод диагностики

- Эндометрит (включения с нечеткими контурами – микроабсцессы)
- Спаечный процесс в малом тазу
- Придатковые образования фиксированы к ребру и задней поверхности матки
- В малом тазу – единый конгломерат без четких контуров
- Форма неправильная
- Размеры S – 20-30 см
- Внутренняя структура гнойника неоднородна, отсутствие сосудистой сети

Диагноз раньше, чем клинически!

УЗИ-диагностика



Диагностика тубоовариального абсцесса

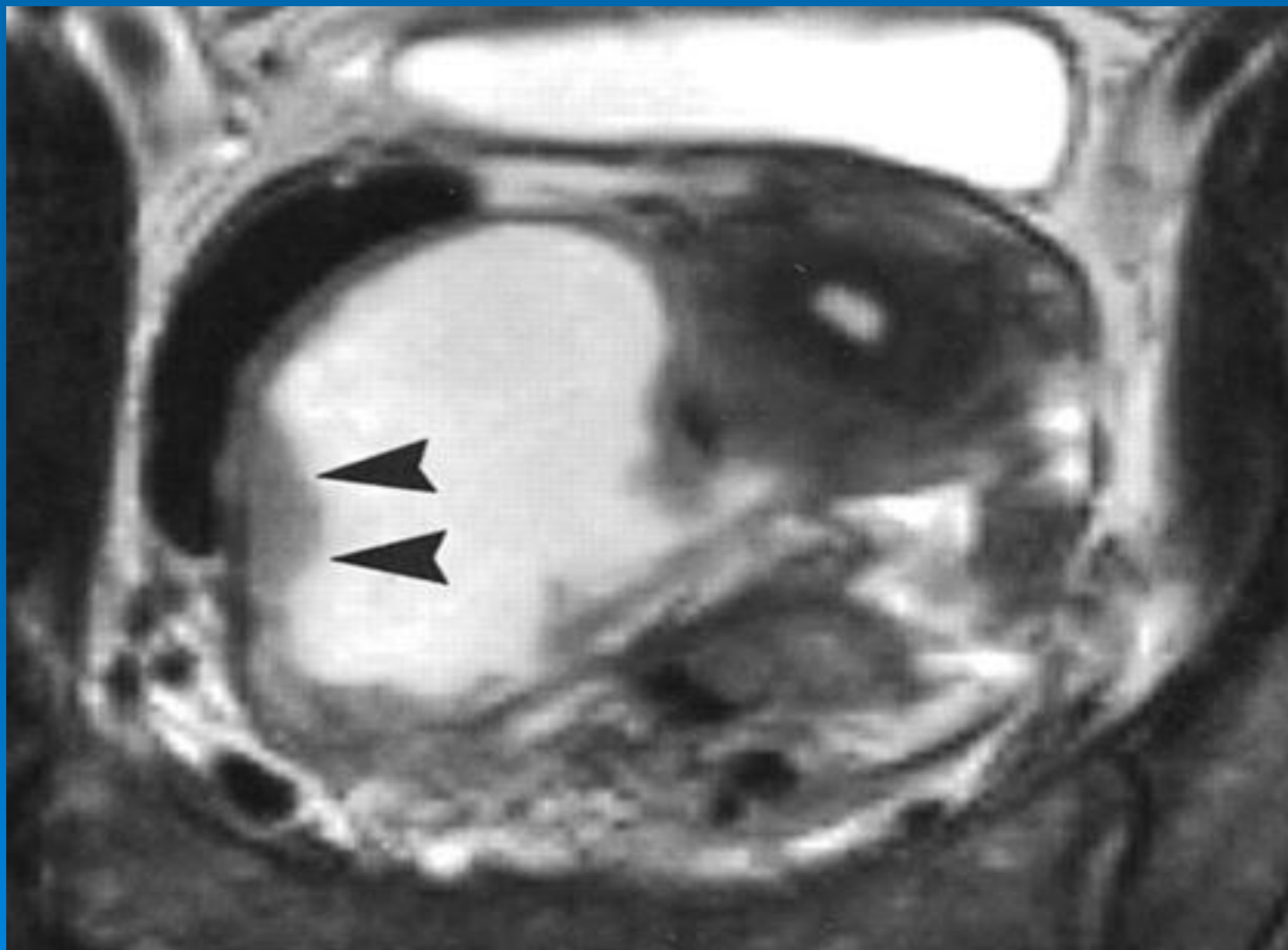
□ Компьютерная томография

- самая высокая информативность (100%)
- возможности ограничены
- содержат полости с гнойным содержимым (от 1 до 5)
- толщина капсулы до 1 см!
- вовлечение соседних органов, клетчатки
- лимфаденит – 50%

Инвазивные методы диагностики
неинформативны и противопоказаны

- лапароскопия
- пункция
- кульдоцентез

КТ диагностика



Осложнения тубоовариального абсцесса

- Перфорация гнойника
- Разлитой гнойный перитонит
- Сепсис, септический шок

Перфорации гнойника предшествуют:

- Ухудшение общего состояния
- Повышение t^0 до 38-39 $^{\circ}$ C
- Ознобы
- Нарастающие боли внизу живота пульсирующего характера
- Появление тенезмов, жидкого стула
- Учащенное мочеиспускание

Тубо-овариальный абсцесс (гнойное мешотчатое образование придатков)

- Интубационный наркоз
- Нижнесрединная лапаротомия
- Гистерэктомия с трубами, (яичники-на операционном столе)
- Лечение сепсиса

Перитонит

В акушерско-гинекологической практике (вторичный)



диффузный воспалительный процесс
брюшины любой этиологии, формы
локализации, степени выраженности

Акушерский перитонит

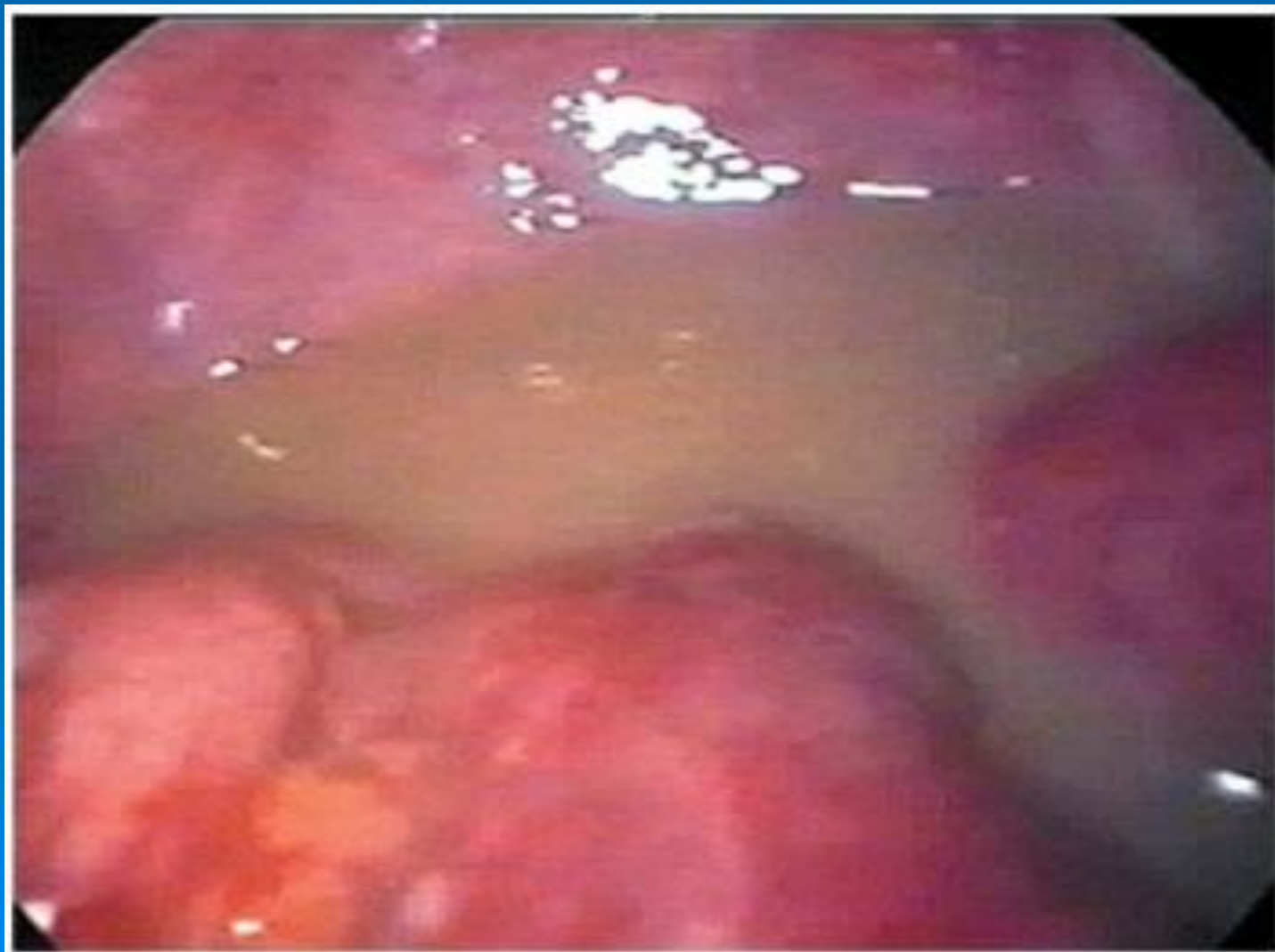
- Острое воспаление брюшины, сопровождающееся тяжелыми общими симптомами заболевания организма и последующим развитием полиорганной недостаточности



Перитонит

- **Акушерский** (после кесарева сечения)
 - ранний (2 сутки) – хориоамнионит
 - средний (4-5 сутки) – парез кишечника
 - поздний (7-12 сутки) – несостоятельность швов на матке
- **Гинекологический** (вторичный)
 - тубоовариальный абсцесс (перфоративный)
 - послеоперационный

гной в брюшной полости



Формы перитонита после кесарева сечения

Формы	«Ранний перитонит» (инфицирование во время операции)-30%	Перитонит – «парез» 20%	В следствие неполноценности швов на матке -50%
Начало	1-2 сутки	3-4 сутки	4-9 сутки
П р и з н а к т е т у о	Выраженные симптомы интоксикации (гипертермия, озноб, тахикардия)	Стойкий парез кишечника → динамическая непроходимость	Симптомы эндометрита с обильными гнойными выделениями, несостоятельность швов на матке
	Парез кишечника	Выраженная интоксикация	Выраженные симптомы раздражения брюшины
	Клиника острого живота выражена слабо	Симптомы раздражения брюшины	Парез кишечника, симптомы интоксикации

Клиника.

▣ Субъективно

- усиление болей в животе
- одышка
- тошнота, рвота
- жидкий стул
- жар, озноб
- сухость во рту, жажда
- бели, выделения ихорозные
- отсутствие отхождения газов

Клиника.

□ Объективно

- бледность с цианозом
- язык сухой, обложен
- гемодинамика АД, P_s
- живот не участвует в акте дыхания
- живот вздут
- парез – перистальтики нет
- пальпация живота болезненная во всех отделах

Возвратность симптомов в акушерстве

Клиника.

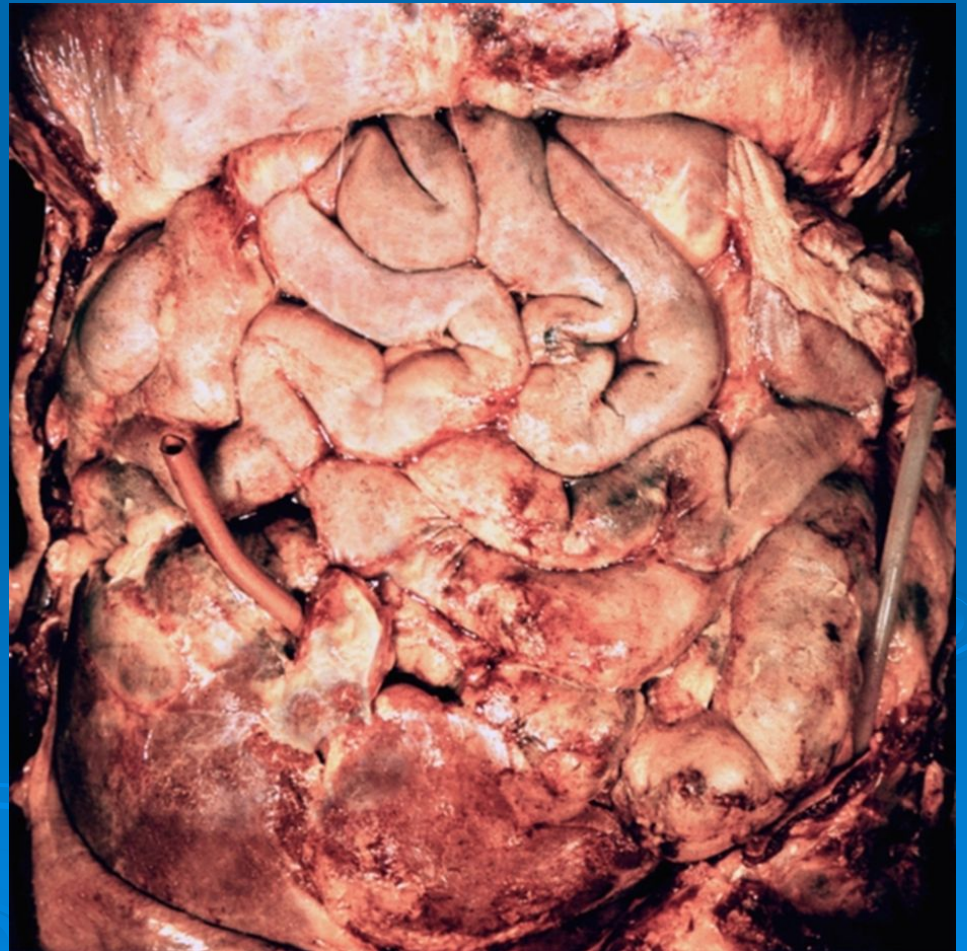
□ Объективно

- живот напряжен даже при поверхностной пальпации
- глубокая пальпация невозможна
- симптомы напряжения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Менделя положительны)
- перкуторно – жидкость в брюшной полости
- нависание сводов влагалища
- адинамия, спутанность сознания
- лицо «маска Гиппократа»

Возвратность симптомов в акушерстве

Фазы перитонита

- Реактивная
- Токсическая
- Терминальная



Стадии акушерского перитонита

Реактивная	Токсическая	Терминальная
24 часа	24-72 часа	?
Эйфория Возбуждение	Вялость Апатия	Заторможенность адинамия, с-мы поражения ЦНС
Сухость во рту Тошнота	Тошнота Рвота, икота	-
Умеренный парез кишечника	Отсутствие перистальтики	Выраженный метеоризм
Местная → разлитая болезненность живота	Разлитая болезненность по всему животу	Снижение болевого синдрома
Симптомы раздражения брюшины выражены слабо	Симптомы раздражения брюшины резко выражены	Снижение напряжения мышц живота
Гипертермия Тахикардия	Выраженная интоксикация Развитие синдрома полиорганной недостаточности	

Перитонит. Диагностика.

- Локальная и распространенная боль в животе
- Локальная или распространенная болезненность при пальпации живота
- Локальная или распространенная мышечная защита (напряжение – «дефанс») при пальпации
- Положительная перитонеальная симптоматика

Диагностика.

Общие признаки перитонита.

□ диспептический синдром

тошнота, рвота, застойное содержимое в желудке, вздутие живота, парез, отсутствие отхождения кала, газов

□ признаки дегидратации гиповолемии, эндотоксикоза

сепсис (SIRS) абдоминальный
полиорганная недостаточность

Перитонит.

Дополнительные диагностические критерии.

□ Лабораторные исследования

Кровь.

- лейкоцитоз – нарастание
- сдвиг формулы влево – нарастание (юные)
- лейкоцитарный индекс интоксикации – нарастание
- «токсическая зернистость»
- анемия
- гипоальбуминемия (гипопротеинемия)
- гипербилирубинемия
- повышение уровня креатинина
- показатели системы коагуляции (признаки ДВС)

Перитонит. Дополнительные диагностические критерии.

- ЭКГ – снижение вольтажа
- УЗИ брюшной полости – жидкость
- Обзорная R-графия легких – билатеральные инфильтраты



Узи Картина-Перитонеальная жидкость чаще определяется в позадиматочном 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).

Перитонит. Лечение.

Основой комплекса лечебных мероприятий является своевременное оперативное вмешательство с обязательной ликвидацией источника перитонита, качественной санацией брюшной полости и адекватным дренированием.

Перитонит является абсолютным показанием к экстренному (срочному) оперативному вмешательству

Перитонит после кесарева сечения

Гинекологический перитонит

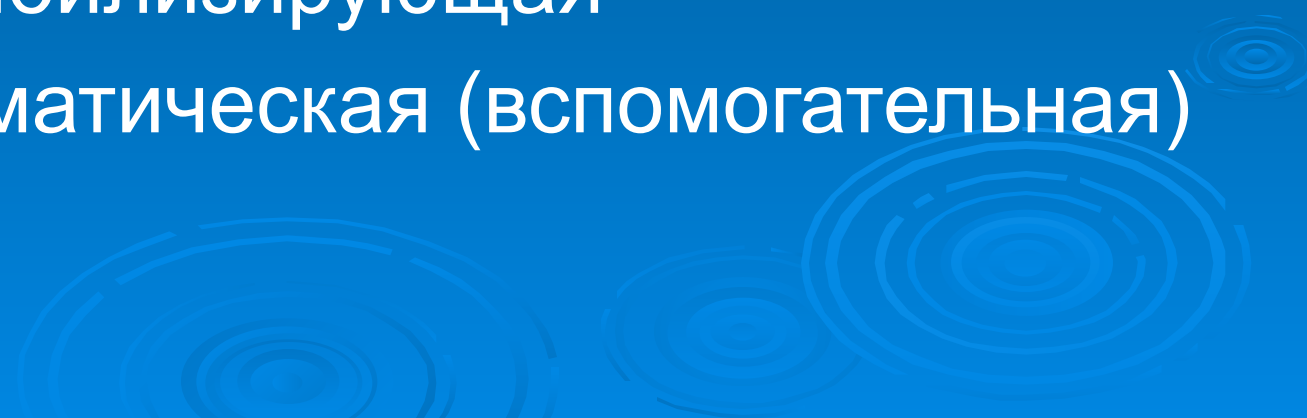
- Нижнесрединная лапаротомия
- Аспирация содержимого
- Ревизия органов м/т, брюшной полости
- Гистерэктомия с трубами
- Разъединение сращений
- Санация. Дренажирование

Перитонит.

Ведение в послеоперационном периоде

- в условиях отделения реанимации и ИТ
- адекватное обезболивание
- инфузионная терапия (по показаниям)
- препараты инотропного действия (допамин, норадреналин, сердечные гликозиды)
- антибиотики (β -лактамные пенициллины, цефалоспорины III поколения, карбопенемы)

Компоненты терапии

- Эмпирическая рациональная антибактериальная терапия
 - Противовоспалительная
 - Дезинтоксикационная
 - Иммуномодулирующая
 - Десенсибилизирующая
 - Симптоматическая (вспомогательная)
- 

Антибактериальная терапия



Принципы:

- Воздействие на аэробов, анаэробов
- Учесть грам(+) и грам(-)возбудителей
- Элиминация внутриклеточных (ИППП)
- Профилактика раневой и нозокомиальной (госпитальной) инфекции-резистентные формы
- Обеспечить перекрытие всего спектра возбудителей

Эмпирическая терапия

- Максимальные разовые и суточные дозы
- Ступенчатая терапия(парентерально, - энтерально)
- Длительность терапии 5-10 сут.(до $N t^{\circ} + 48$ ч)
- При угрозе материнской смертности, тяжелых осложнениях- а/б резерва
(цефалоспорины IVп. карбапенемы)
- Комбинированная терапия

~~НЕ применять незащищенные
пенициллины!~~

Перитонит.

Ведение в послеоперационном периоде

- Коррекция ПОН (ИВЛ, гемодиализ,...)
- Нутритивная поддержка (парентеральное питание)
- Иммунокорректоры (пентаглобин)
- антимикотики

Длительная реабилитация