

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ

Работу подготовила студентка 508 группы Голубева Анна

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) - воспалительные заболевания органов верхнего отдела женского репродуктивного тракта, включающие эндометрит, параметрит, сальпингит, оофорит, tuboовариальный абсцесс, пельвиоперитонит и их сочетания

Пельвиоперитонит – воспалительное заболевание висцеральной и париетальной брюшины малого таза.

N73.3 Острый тазовый перитонит у женщин

N73.3 Хронический тазовый перитонит у женщин

N73.5 Тазовый перитонит у женщин неуточненный

N73.8 Другие уточненные воспалительные болезни женских тазовых органов

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. По характеру экссудата различают пельвиоперитониты:

- серозный;
- фибринозный;
- гнойный (часто с развитием распространённого перитонита)

2. Клиническая гинекология различает:

- первичный пельвиоперитонит, развивающийся при непосредственном проникновении инфекции в полость малого таза
- вторичный пельвиоперитонит, обусловленный воспалительными заболеваниями;

3. С учетом местной распространенности выделяют:

- частичный пельвиоперитонит с ограниченным участком воспаления вблизи источника инфекции;
- диффузный, захватывающий париетальную и висцеральную брюшину малого таза.

4. По типу преобладающих изменений в малом тазу пельвиоперитониты подразделяются на:

- адгезивные (слипчивые, протекающие с образованием спаек);
- экссудативные (выпотные).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ



Первичный пельвиоперитонит возникает при прямом проникновении микробных возбудителей в полость малого таза. Может возникнуть вследствие:

- Перфорации стенки матки при гинекологических операциях и манипуляциях (установке ВМС, хирургическом аборте, диагностическом выскабливании)
- Метросальпингографии
- Введения в полость матки с целью прерывания беременности химических веществ
- Повреждения свода влагалища в ходе акушерских операций

Пельвиоперитонит нередко манифестирует на фоне снижения общей резистентности, стрессов, менструации, переохлаждения.

Вторичный пельвиоперитонит развивается как осложнение острого сальпингоофорита или гнойного воспаления матки и придатков.

Первичный очаг инфекции может возникнуть:

- в маточных трубах;
- в яичниках, матке;
- при нагноении заматочной гематомы при внематочной беременности;
- при нагноении кисты или цистаденомы (при перекруте её ножки);
- в аппендикулярном отростке или других органах брюшной полости, откуда инфекция распространяется лимфогенным или гематогенным путями.

ФАКТОРЫ РИСКА

- молодой возраст (до 25 лет)
- смена полового партнёра в пределах последних 3х месяцев
- в анамнезе ИППП у пациентки или её полового партнёра
- установка ВМС в течение последних 3х недель ;
- акушерские и гинекологические операции и внутриматочные диагностические манипуляции

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- 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;
- 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.

ДИАГНОСТИКА

При осмотре: $t = 38-39$, гиперемия лица, синдром интоксикации, вздутие живота, рвота, выраженная мышечная защита в гипогастральных областях, болезненность при мочеиспускании и дефекации, вялая перистальтика кишечника, симптом Щёткина-Блумберга

При ректальном исследовании — нависание и болезненность прямой кишки

УЗИ: свободная жидкость, ослабление перистальтических волн

Клинический анализ крови (лейкоцитоз со сдвигом

лейкоцитарной формулы влево) , повышение уровня СОЭ)

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проведение молекулярно-биологического исследования отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на ИППП

Диагностическая и лечебная лапароскопия)

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 !

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

*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.

*Болезненные, тестоватой консистенции увеличенные придатки.

*Боль при тракции за шейку матки.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- борьба с инфекцией;
- нормализация водно-электролитного, кислотно-основного состояния организма и белкового обмена;
- восстановление нарушенных функций внутренних органов;
- уменьшение интоксикации организма.

1. Медикаментозное лечение.

1.1. Антибиотикотерапия.

Вариант 1:

Амоксициллин/клавуланат в/в 1000 мг/200 мг 3—4 р/сут + Доксциклин в/в 100 мг 2 р/сут

Вариант 2:

Клиндамицин в/в 900 мг 3 р/сут + Гентамицин в/в или в/м 5—6 мг/кг 1 р/сут

Парентеральное введение может быть прекращено через 24—48 ч после клинического улучшения. Пероральная терапия доксициклином, клиндамицином или защищенными пенициллинами должна составлять 14 дней.

1.2. Инфузионная терапия. (0,9 % раствор натрия хлорида, 5—10 % раствор глюкозы с инсулином, альбумин, трисоль, дисоль, ацесоль, мафусол, реамберин, рефортан, стабизол, рингер-лактат, гелофузин)

1.3. Анальгетики. (промедол, морфин, трамадол)

2. Хирургическое лечение показано, если пельвиоперитонит протекает на фоне пиосальпинкса, пиовара, tuboовариального абсцесса

Показания к хирургическому лечению

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

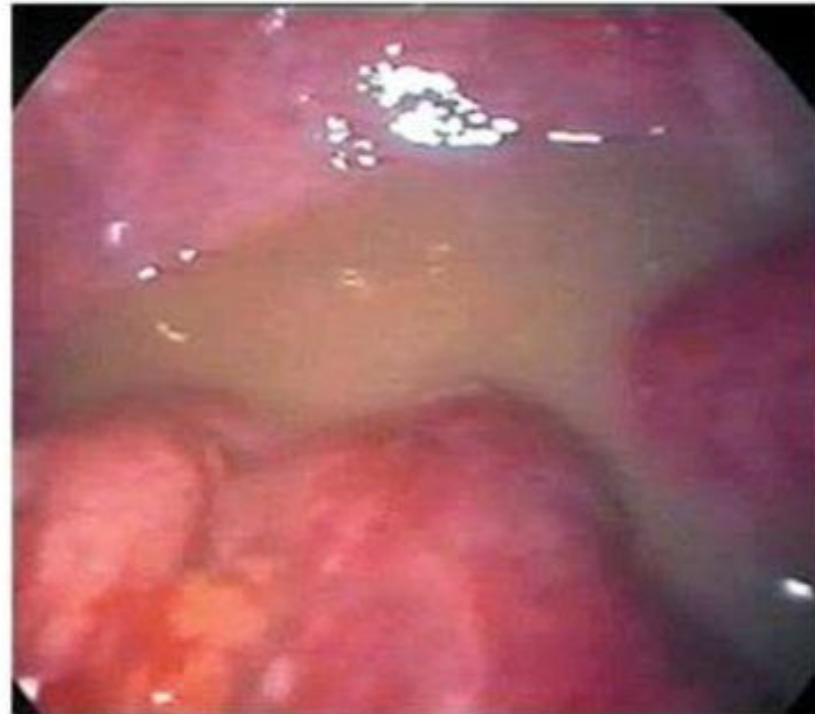
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Хирургическая тактика ведения пациенток с ВЗОМТ, выбор объема и доступа оперативного вмешательства зависят от возраста, реализации репродуктивной функции, тяжести течения воспалительного процесса, наличия осложнений. С появлением современных антибактериальных препаратов стало возможно проведение органосохраняющих оперативных вмешательств.

Выбор доступа для хирургического лечения зависит от распространенности воспалительного процесса, наличия сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, предполагаемого объема вмешательства, а также условий и возможностей для их проведения.

При возможности вопрос об объеме и доступе хирургического вмешательства решается врачебной комиссией после получения информированного согласия пациентки.

Рекомендуется проведение дренирующих паллиативных операций (дренирование заднего свода, кольпотомия) у пациентки с осложненными формами ВЗОМТ при отсутствии возможности или условий для проведения адекватного хирургического



Лапароскопическая картина пельвиоперитонита.

ПРОФИЛАКТИКА

В рамках профилактики ВЗОМТ рекомендованы:

- 1) ранняя диагностика ИППП для предотвращения ВЗОМТ (проведение ежегодного скрининга на хламидиоз и гонорею у всех сексуально активных женщин моложе 25 лет и у сексуально активных женщин 25 лет и старше с повышенным риском заражения ИППП.
- 2) применения методов барьерной контрацепции для снижения риска инфицирования ИППП.

Рекомендовано санаторно-курортное лечение пациенткам при хроническом сальпингите/оофорите не ранее, чем через 2 месяца после окончания антибактериальной терапии

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ

Послеоперационная реабилитация с применением физиотерапевтических методов на фоне адекватной антибактериальной терапии оказывает анальгетический, противовоспалительный эффекты и имеет важное значение для восстановления функции органов репродуктивной системы

При ВЗОМТ могут применяться следующие виды физиолечения:

1) абдоминальная и/или абдоминально-вагинальная методики переменного магнитного поля. Курс лечения №20, проводится 1-2 раза в день независимо от дня менструального цикла.

- абдоминальная или вагинальная методики низкоинтенсивного лазерного излучения и магнитолазерной терапии. Курс лечения № 10, проводятся 1 раз в день независимо от дня менструального цикла.

- абдоминальная методика сверхвысокочастотного электромагнитного поля (СВЧ-терапия). Курс лечения № 10, проводится 1 раз в день.