

***ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ
III и IV ЭТАПОВ***



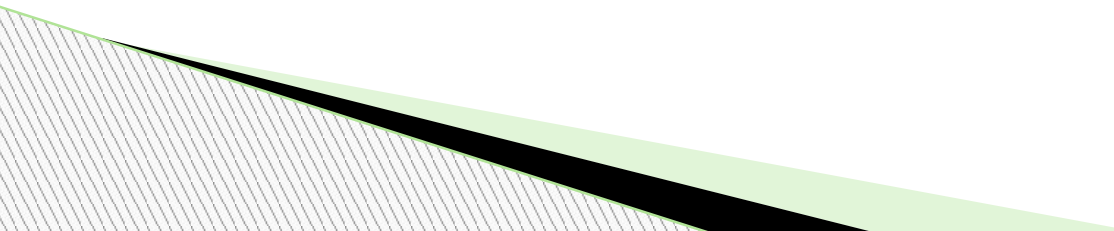
***КОНОНОВА В.Н.
преподаватель высшей
категории***

КЛАССИФИКАЦИЯ ВЗ

III этап - инфекция вышла из матки, но локализована в пределах малого таза:

- 1.** Параметрит
- 2.** Пельвиоперитонит
- 3.** Метротромбофлебит

IV этап – генерализованная инфекция:

- 1.** Перитонит
 - 2.** Сепсис
- 

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ И ОКОЛОМАТОЧНОЙ КЛЕТЧАТКИ

1. **Параметрит** – изолированное воспаление околоматочной клетчатки.

Различают параметрит по локализации:

- передний;
- задний;
- боковой

Три стадии заболевания:

- **инфильтрация** – переваскулярный отек, расширяются и частично тромбируются сосуды;
- **экссудация** – выход из сосудистого русла лейкоцитов и других форменных элементов крови с образованием мелких абсцессов и **индурация** – инфильтрат уплотняется в связи с выпадением из экссудата фибрина;
- **разрешение** – абсцедирование и прорыв в мочевой пузырь, прямую кишку, брюшную полость; либо рубцевание



ПАРАМЕТРИТ

Клиника:

I стадии (инфильтративной):

1. Развивается на **10-12** день после травмы живота.
2. Матка смещается в противоположную сторону от параметрия (назад, или в стороны). Инфильтрат в м/тазу без чётких границ, сначала болезненен.
3. Длится **4-5** дней.
4. Температура **38-39** градусов, с-м воспалительного ответа (лейкоцитоз до **15** тысяч, сдвиг влево) - средний воспалительный ответ, дизурия, боли, проблемы с дефекацией.

ПАРАМЕТРИТ

Клиника:

II стадии (индурации):

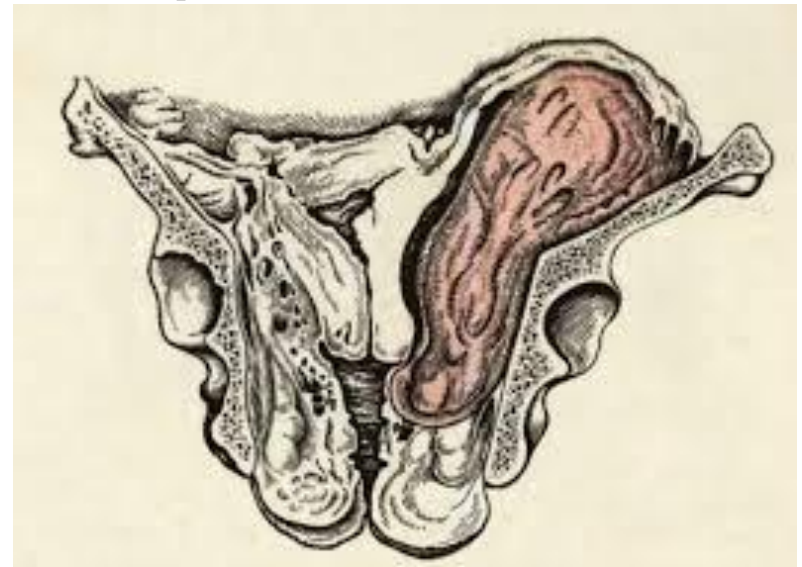
- 1.** Появляется симптом "зыбкости влагалища" - с-м Шарпея (влагалище катается по твёрдому инфильтрату).
- 2.** Деревянистое образование без чётких контуров, болезненно, не смещается.
- 3.** Температура **> 38** градусов, озноб, лейкоцитоз, поражение соседних органов (перестаёт мочиться, нарушена функция кишечника).

ПАРАМЕТРИТ

Клиника:

III стадии (разрешения):

1. Гектическая температура, профузный пот, озноб.
2. Через **7 дней** идёт разрешение процесса:
 - ▣ абсцедирование - флюктуация, пульсирующая боль, размягчение;
 - ▣ рубцевание клетчатки - через **2** недели от начала болезни.



ЛЕЧЕНИЕ ПАРАМЕТРИТОВ

- 1.** Антибиотики (3 а/б: а/б резерва (амоксиклав + метронидазол).
- 2.** При температуре **37,5** на фоне а/биотиков раннее физиолечение: ректальный электрофорез с ихтиолом (он склерозирует клетчатку), со свечами ранидазы, клизмы с натрием салицилата.
- 3.** Лечение **1-2 месяца**, пока все клеточки не выгниют.
- 4.** Массивная инфузия!
- 5.** При абсцедировании – вскрытие и дренирование: передний параметрит - над пупартовой связкой; задний параметрит - при задней кольпотомии; боковые параметриты - методом прицельной пункции.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПАРАМЕТРИТОВ

Осложнения параметритов:

1. Абсцедирование прорыв в соседние органы: свищи в мочевой пузырь, прямую кишку.
2. Сдавление соседних органов: при боковом сдавливаются мочеточники (вторичный гидронефроз и ч/з 3-4 дня будет вторично сморщенная почка). Обязательно **УЗИ почек!**

Профилактика параметритов:

1. Рациональное ведение родов.
2. Предупреждение аборт.
3. Строгое соблюдение правил асептики при проведении внутриматочных манипуляций.
4. Своевременное выявление и лечение воспалительных заболеваний органов малого таза.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ И ОКОЛОМАТОЧНОЙ КЛЕТЧАТКИ

2. Пельвиоперитонит – воспаление тазовой брюшины.

Возбудители: стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, гонококк, хламидии, микоплазмы.



вовлечение в инфекционный процесс тазовой брюшины

выпот в маточно-прямокишечном углублении



MyShare

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

Выделяют стадии:

серозно-фибринозная - характеризуется расстройством микроциркуляции, повышением проницаемости сосудов, появлением серозного экссудата, выходом из сосудистого русла альбумина, фибриногена, форменных элементов (лейкодиапедез); в эндотелии брюшины возникают дистрофические процессы и спайки между органами малого таза и сальником, кишечником, мочевым пузырём;

гнойная - экссудат накапливается в прямокишечно-маточном пространстве с образованием абсцесса Дугласова пространства (может вскрыться в прямую кишку или в брюшную полость с развитием распространённого перитонита)

СИМПТОМЫ ЦЕЛЪВИОПЕРИТОНИТА

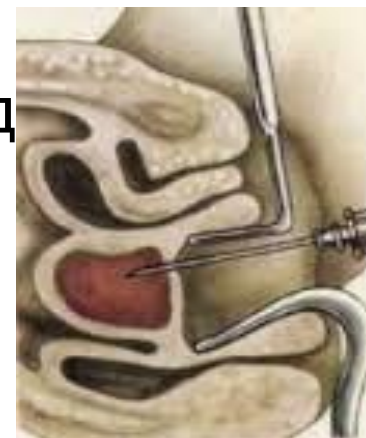
- Резкая боль внизу живота.
- Повышение температуры тела до 38—39°C.
- Появляется тошнота, рвота.
- Пульс частый, слабого наполнения и напряжения.
- Язык сухой.
- Живот не принимает участие в акте дыхания, резко болезненный в нижних отделах.
- Симптомы раздражения брюшины положительные.
- Перистальтика кишечника ослаблена.
- Отмечается лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, резкое увеличение СОЭ.

При бимануальном исследовании:

- резкая боль при движении шейки матки;
- уплотнение или нависание сводов влагалища в результате наличия свободной жидкости в малом тазу.

ДИАГНОСТИКА ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

1. Анамнез жизни.
2. Общее объективное обследование.
3. Гинекологическое исследование (в пространстве определяется выпот, матку кпереди и вверх и выпячивающий заднюю часть свода).
4. Общий анализ крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, лимфопения).
5. Пункция брюшной полости через зад влагалища.
6. УЗИ органов малого таза



ЛЕЧЕНИЕ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

Принципы лечения зависят от стадии пельвиоперитонита.

В начальной стадии - направлено на ограничение воспалительного процесса:

- постельный режим с поднятым головным концом кровати;
- холод на низ живота.

□ Медикаментозная терапия:

1. антибиотики с учётом вида возбудителя и его чувствительности к антибактериальным препаратам:

- природные **пенициллины** (бензилпенициллин), полусинтетические пенициллины (оксациллин, амоксициллин, пиперациллин), **цефалоспорины** (цефазолин, цефалатин, цефакситин, цефотаксин, цефаперазон), **монобактамы**, **карбопенемы**;

- **аминогликозиды**, **тетрациклины**, **фторхинолоны** (ципрофлоксацин), **макролиды**, **имидазолы** (метронидазол), **метрогил**

ЛЕЧЕНИЕ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

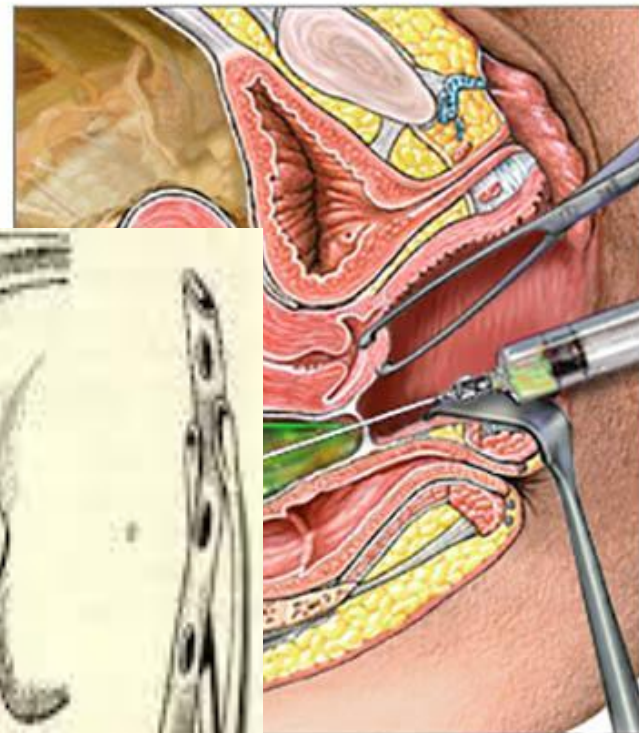
2. Дезинтоксикация — инфузионно-трансфузионная терапия:

- ▣ **0,9% раствор натрия хлорида;**
- ▣ **5–10% раствор глюкозы с инсулином;**
- ▣ **плазма крови и плазмозаменители: альбумин, протеин, реополиглюкин, рефортан, стабизол; белковые гидролизаты.**

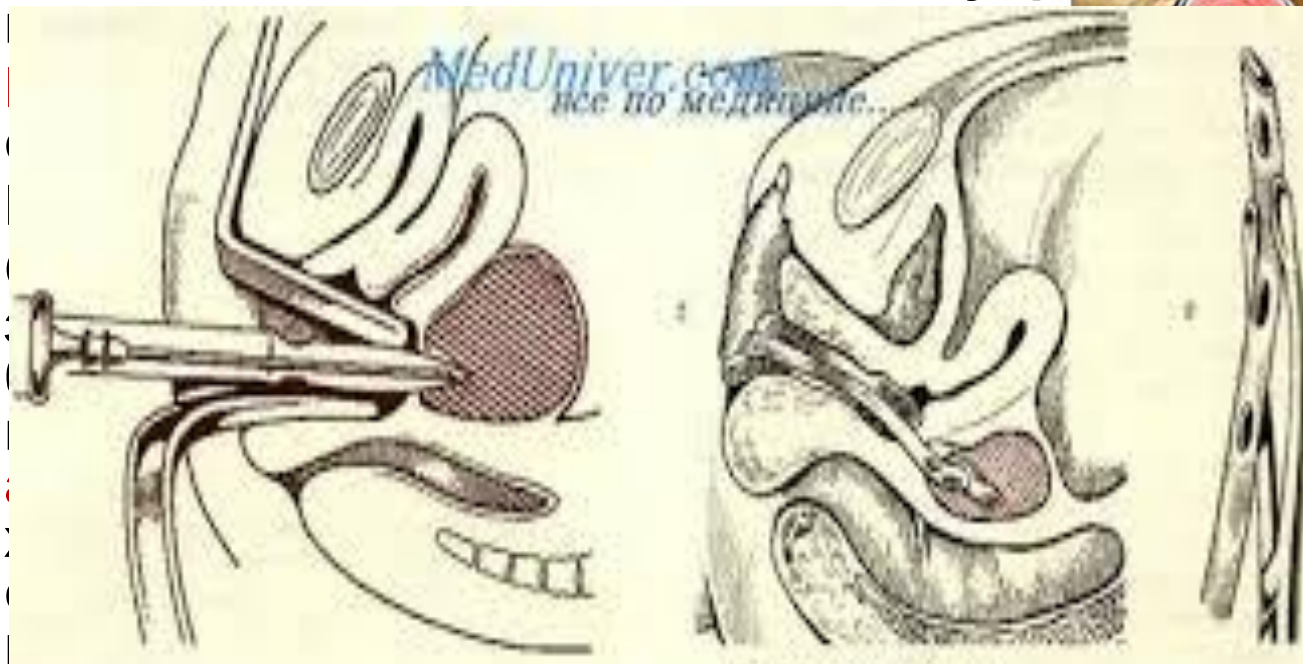
При выраженной интоксикации на протяжении суток вводят **2-3 л** жидкости вместе с мочегонными препаратами (лазикс, фуросемид)

ЛЕЧЕНИЕ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

1. **Антигистаминные препараты** - диметилхлорид, лоратадин, фенкарбол.
2. **Противовоспалительные препараты** - ацетилсалициловая кислота, ибупрофен.



- 3.
- 4.
- 5.



... всего 2-3
пункций).

Эвакуацию гноя лучше проводить посредством выполнения **задней кольпотомии**.

6. **Хирургическое** лечение – если пельвиоперитонит протекает на фоне пиосальпинкса, пиовара, тубоовариального абсцесса.

IV ЭТАП – ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ИНФЕКЦИЯ

ПЕРИТОНИТ – воспаление брюшины.
Занимает **1-е место** в смертности от инфекционно-септических заболеваний.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

I. По причине возникновения :

- 1.** После аборта.
- 2.** После гинекологических операции.
- 3.** После перфорации трубно-яичниковых абсцессов.
- 4.** Редкие формы (гинатрезия --> гематокольпос --> гематометра --> гематосальпинкс --> перитонит).

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИТОНИТА

II. По характеру возбудителя:

А) Специфический :

- 1. туберкулёз**
- 2. гонорея**

Б) Неспецифический :

- 1. Анаэробы - 2%,**
- 2. Строго аэробы - 38%**
- 3. Микст-инфекция (анаэробы + аэробы) - до 70%.**

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИТОНИТА

III. По распространённости:

1. Местный
2. Отграниченный
3. Распространённый :
 - ▣ диффузный (до 2-го этажа брюшной полости)
 - ▣ разлитой (2-й этаж)
 - 1 этаж - до терминальной линии
 - 2 этаж - до поперечно-ободочной кишки
 - 3 этаж - выше п/ободочной кишки
 - ▣ тотальный (все 3 этажа)

IV. По характеру выпота (в N до 20 мл в брюшине):

1. Фибринозный
2. Серозный
3. Сухой (на фоне клостридий - анаэробов),
4. Геморрагический
5. Гнойный
6. Каловый

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИТОНИТА

V. По фазам клинического течения:

- 1. Реактивная фаза: 24 часа**, пульс 120 в 1 минуту, положительный симптом Салюса, падает АД. Через 2-3 дня выпот в брюшной полости (развивается механизм бактериальной транслокации). В крови умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.
- 2. Токсическая фаза: 24-72 часа**, пульс 106 в 1 минуту, клиника выраженной интоксикации, снижается АД, но ЦВД повышается (нагрузка в малом круге кровообращения). Больная вялая, изменяется цвет кожных покровов, появляется тошнота, рвота. Нарастает лейкоцитоз с токсической зернистостью нейтрофилов. Живот вздут.
- 3. Терминальная стадия: более 72 часов**, характеризуется декомпенсацией синдромных нарушений, полное отсутствие перистальтики кишечника, выраженный метеоризм, разлитая болезненность по всему животу. Формируется гиповолемический и септический шок с полиорганной недостаточностью. Больная заторможена, пульс аритмичный, появляется одышка, снижается АД.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНИТА

Хирургическое (зависит от фазы процесса)

Перед операцией следует произвести промывание желудка (при необходимости).

Подготовка к операции включает:

инфузионную терапию - внутривенное введение гидрокарбоната натрия, глюкозо-калиевой смеси, витаминов, сердечных гликозидов, раствора Рингера. Объем трансфузируемой жидкости зависит от тяжести состояния больной, должен составлять **1 –1,5 л**. Инфузионная терапия необходима для коррекции обменных нарушений. Показано введение гормонов коры надпочечников и антибиотиков. Проводится экстракорпоральная дезинтоксикация - плазмоферез проводится до операции.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНИТА

В I фазу лечим **48 часов консервативно:**

- а/б 3-го поколения цефалоспоринового ряда (не менее 3-х антибиотиков);
- форсированный диурез ;
- кишечный диализ ;
- УФО крови ;
- ГБО.

Через **2 суток** , если нет улучшения - **хирургическое лечение:**

- экстирпация матки с придатками;
- дренирование влагалища (не ушивается наглухо);
- лечение пареза (назо-гастральный зонд, газоотводная трубка).

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНИТА

II фаза перитонита - лечим 24 часа консервативно:

Пульс до 160 в 1 минуту, гипотония (95-80/60-50 мм.рт.ст.) (при отсутствии эффекта).

III фаза терминальная
3-5 часов консервативного
оперативному лечению



ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ

Показан при **разлитом гнойном** перитоните.

В диализирующий раствор (раствор Рингера с

содерж

антиби

иррига

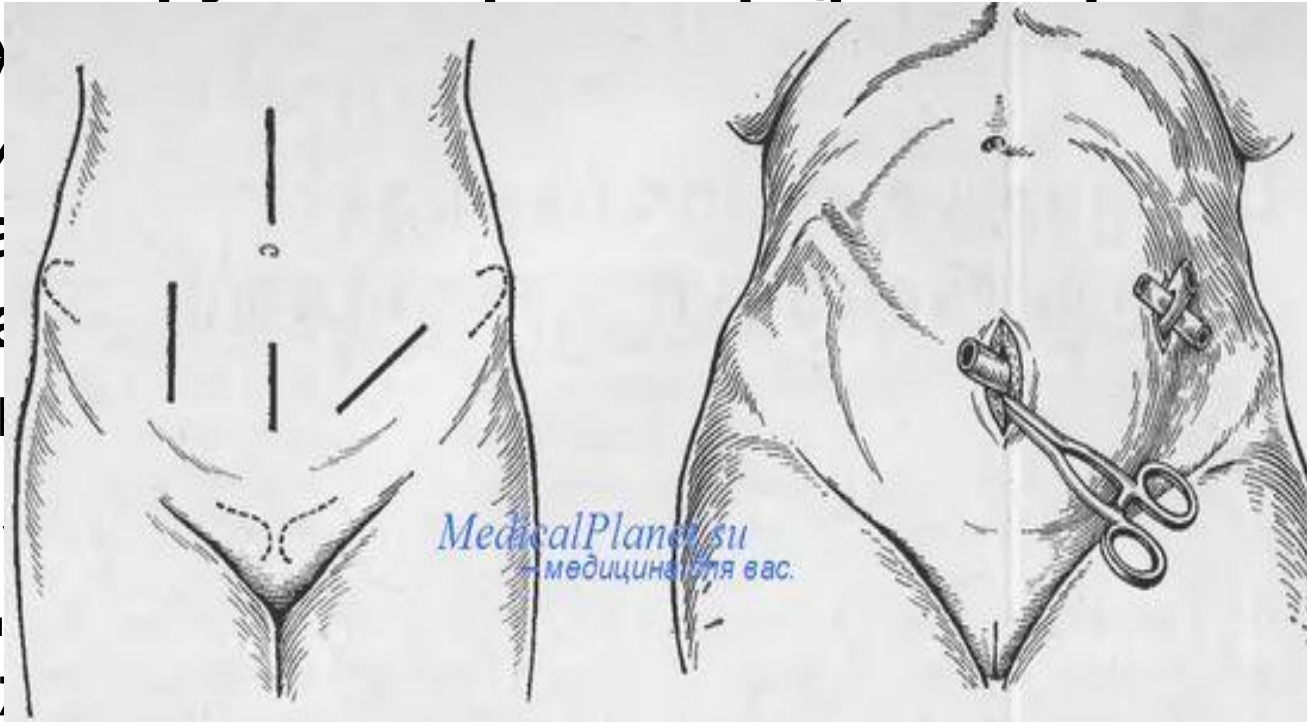
новока

В сутки

Диали

фракц

проме



ляют

через

твора

кость.

а.

затем

дят с

Пациентке рекомендуется менять положение для наилучшего оттока жидкости.

ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ

Или промывание брюшной полости в течение **3-5 дней** раствором следующего **состава**: 3 г канамицина, 2400 мл раствора Рингера-Локка и 600 мл 0,25% раствора новокаина в сутки.

В настоящее время в некоторых ведущих клиниках страны производят **промывание открытой брюшной полости** ежедневно или каждый день большим количеством дезинфицирующего раствора под наркозом.

При этом брюшную полость не зашивают наглухо, производят завязывание лигатур на пластинках, которые развязывают во время промывания.

Метод дает обнадеживающий эффект при тяжелых формах перитонита.

СЕПСИС

Сепсис - тяжелый инфекционный процесс, возникающий на фоне местного очага инфекции, снижения защитных свойств организма и сопровождающийся полиорганной недостаточностью.

Генерализованный септический процесс возникает:

- после внебольничных абортов (инфицированные);
- как закономерное развитие гнойных тубовариальных абсцессов (могут выполнять весь малый таз);
- как осложнение после оперативных вмешательств;
- при онкологических заболеваниях (рак шейки матки - прорастает в соседние органы и дает распространенную гнойную инфекцию в виде уросепсиса, перитонита, свищей и т.п.);

Способствующими факторами: кровопотеря (при

СЕПСИС

По возбудителям выделяют виды сепсиса :

- грамм + и грамм -;
- стафилококковый;
- колибациллярный;
- клостридиальный;
- неклостридиальный сепсис

По темпу развертывания:

- молниеносный (септический шок, развивается в течение 1-2 суток, встречается у 2% больных)
- острый сепсис (40%, продолжается до 7 суток)
- подострый сепсис (60%, продолжается 7-14 суток)
- хронический сепсис
- септический шок

СЕПСИС

По фазам течения (клиническим формам) гинекологический сепсис:

- септицемия (сепсис без метастазов)
- септикопиемия
- септический перитонит
- анаэробный сепсис (изолированно - чрезвычайно агрессивная форма)

Фазы течения:

- **Фаза напряжения или фаза реакции** на внедрение возбудителя. Нестабильность барьера приводит к распространению инфекционного агента по микроциркуляторному руслу.

Постоянно идет уменьшение или недостаточность энергетических ресурсов.

В клинике доминируют гемодинамические расстройства и токсические проявления в виде интоксикационного синдрома - энцефалопатии, очаговые нарушения со стороны ЦНС.

Несоответствие между защитой и агрессией нарастает, и развиваются тяжелые гемодинамические нарушения - несоответствие центрального объема сосудистой

ФАЗЫ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА

▣ **Катаболическая фаза:**

по клиническому течению эта самая тяжелая фаза - идет прогрессирующий расход ферментных и структурных факторов. Нарушаются все виды обмена. В местный процесс вовлекаются все большее количество тканей, органов.

Если в первой фазе повреждаются матка и придатки ограничено, то в этой фазе поражаются соседние органы - мочевой пузырь, прямая кишка.

В этой фазе идет разрушительные процесс в виде септикопиемии и развиваются системные нарушения, приводящие к полиорганной недостаточности (ОПН, острая печеночная недостаточность, надпочечниковая недостаточность, развивается сердечно-легочная недостаточность, ДВС-синдром), и большинство больных погибает в этой фазе.

ФАЗЫ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА

▣ Анаболическая фаза:

Восстановление утраченных резервов, переход из катаболической фазы переходит медленно, слабо.

Сепсис приобретает волнообразное течение. Может быть выздоровление.

Иногда переход в хронический сепсис.

КЛИНИКА СЕПСИСА

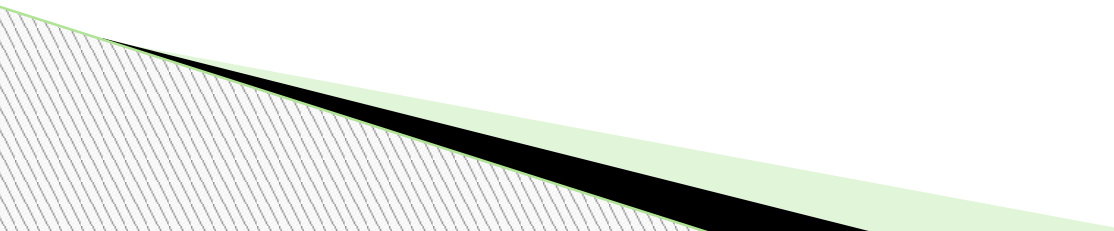
Септицемия – проявляется бурно и быстротекуще:

- озноб
- повышение температуры тела до 40-41°C
- тахикардия до 140 ударов в м
- выраженная интоксикация
- в крови – микроорганизмы
- нарастает токсинемия
- нарушение функции всех органов и систем – печени, почек, сердечно-сосудистой системы.



КЛИНИКА СЕПСИСА

Септикопиемия – интоксикация и образование метастатических абсцессов в различных органах и тканях:

- септический эндокардит
 - септикопиемия в легких
 - септикопиемия в печени
 - септикопиемия в почках
 - септикопиемия в селезенке
 - септикопиемия в суставах
 - септикопиемия в мышцах
 - септикопиемия в жировой клетчатке
- 

КЛАССИФИКАЦИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА

I. По степени тяжести :

1 степень :

- ▣ АД удерживается самостоятельно на уровне **100/60**
- ▣ сознание сохранено, иногда лёгкая эйфория
- ▣ кожа и слизистые бледные (быстрый прорыв токсинов)
- ▣ шоковый индекс = **0,7-0,8**

2 степень:

- ▣ АД **75/50** мм.рт.ст.
- ▣ тахикардия
- ▣ при диастолическом АД = **40** – анурия
- ▣ одышка
- ▣ шоковый индекс = **1,2**

3 степень:

- ▣ АД < **75/30** мм.рт.ст.
- ▣ шоковый индекс > **1,2**

КЛАССИФИКАЦИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА

II. По фазам развития шока (лейкоцитоз, температура):

1 фаза – дебют тёплая нормотония, длительность **2-3** часа, АД - N.

2 фаза - тёплая гипотония, **5-8** часов, АД снижается, температура **40**, лейкоцитоз. Может быть до **2-х** суток, как и реактивная фаза перетонита.

Патогенез шока: артериолы расширены, снижается периферическое сопротивление сосудов --> депонирование крови --> крови мало - дефицит ОЦК --> гипотония + острая сердечная недостаточность (сердце пустое, гипертахикардия, асистолия) □ гипоксия циркуляторная --> острая дыхательная недостаточность --> гипоксия продолговатого мозга (активизируется сосудистый центр, тепловой центр) --> развивается гипертермия --> гипопротейнемия (нарушается функция печени) --> гиповолемия --> развивается ДВС-синдром.

КЛАССИФИКАЦИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА

3 фаза - холодная гипотония: температура < 36,6°C. Держится до **2-х суток**, усугубляются все показатели:

централизация крови,

кризис микроциркуляции (ишемия --> некроз органа, могут отпасть мочки ушей)

геморрагические изменения --> ДВС (с-м жгута положителен, свёртываемость > 80 минут),

гипотония, при АД < 70/30 --> ишемия и некроз почек --> олиго- и анурия, симптомы полиорганной недостаточности.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА /по Серову/

I. Устранение гипотонии (пустое сердце может остановиться) и коррекция нарушений микроциркуляции:

- гормоны
- антогонисты эндорфинов
- сосудистые средства

II. Дезинтоксикация :

- форсированный диурез
- перитонеальный диализ
- пламоферез

III. Антибиотики.

IV. Удаление септического очага:

гистерэктомия с трубами и дренирование ч/з влагалище. Перед операцией 1 дискретный сеанс плазмофереза.

V. Адекватная ИВЛ, ГБО.

VI. Коррекция тромбо-геморрагического синдрома.

VII. Симптоматическая терапия по ликвидации полиорганной недостаточности.

ПРОФИЛАКТИКА СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА

- 1. Рациональная терапия инфекционного процесса.**
- 2. Санация очагов ЭГЗ.**
- 3. Профилактика различных воспалительных осложнений (ферменты, абсорбционная санация влагалища).**

Спасибо за внимание!

