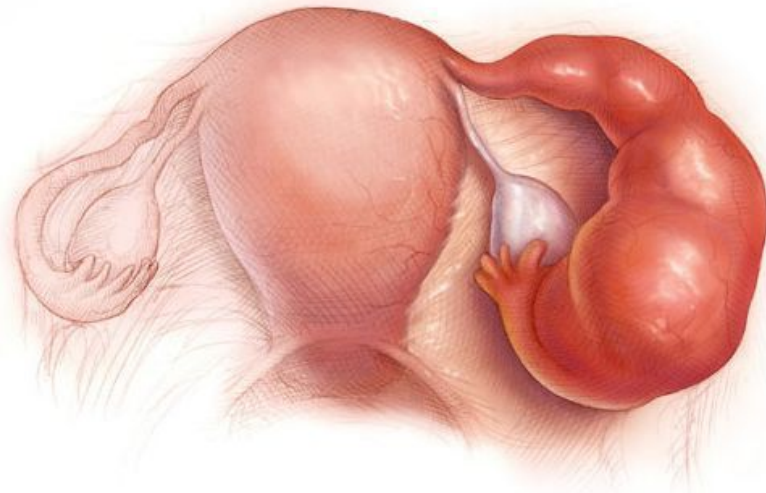


**«Острые
воспалительные
заболевания
придатков матки,
перитонит»**

К.М.Н. КОРАБЛИНА НАТАЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

Сальпингоофорит - воспаление придатков матки - наиболее часто встречается среди воспалительных заболеваний внутренних половых органов (70%). Относительная редкость изолированных форм воспаления придатков матки (сальпингита и, особенно, оофорита) объясняется анатомической близостью и общностью в крово- и лимфообращении.



Острое воспаление придатков матки чаще встречается в молодом возрасте; его частота в последние годы возросла на 13% среди общей популяции женщин детородного возраста и на 25% среди женщин, применяющих внутриматочные контрацептивы. У 85% больных с этой патологией воспалительный процесс принимает затяжное течение, из них у 20 - 30% требуется стационарное лечение. В современных условиях воспалительный процесс в придатках матки нередко протекает без выраженных клинических проявлений ("стёртые формы"); типичная картина заболевания наблюдается лишь в 37% случаев.

Острые воспалительные заболевания придатков матки

- ✓ могут быть обусловлены одним или несколькими возбудителями;
- ✓ в зависимости от поступления инфекционного агента они могут быть: эндогенными и экзогенными (после аборта, внутриматочной контрацепции),
- ✓ первичными (инфекция распространяется из нижних отделов половых путей) и вторичными (инфекция распространяется из близлежащих органов - например, аппендикса).

Инфицирование внутренних половых органов возможно различными путями:

- ❖ занесение микробов во влагалище половым путём, которым передаются трансмиссивные болезни, вызванные гонококками, хламидиями, микоплазмой, вирусами (число этих заболеваний приближается к 20 и имеет тенденцию к росту);
- ❖ проникновение микробов в матку бывает также обусловлено оперативными вмешательствами (выскабливание стенок полости матки, гистеросальпингография, кимографическая перитубация, внутриматочная контрацепция), если нарушается асептика;
- ❖ микробы могут попадать в матку после абортов и родов, если имеется воспалительный процесс во влагалище, шейке матки,
- ❖ из кишечника (воспалительные процессы в кишечнике, аппендицит),
- ❖ из отдалённых очагов инфекции (отит, ангина).

ЭТИОЛОГИЯ

1. Гонококк - один из распространённых возбудителей острых воспалительных заболеваний придатков матки и придатков.
2. Хламидии - грамотрицательные кокки, облигатные внутриклеточные паразиты (то есть они могут существовать только внутри клеток).
3. Микоплазмы могут быть выделены из содержимого шейки матки как у женщин с воспалительными процессами органов малого таза, так и у здоровых (в том числе у женщин, в анамнезе которых не было клинически выраженных заболеваний половых органов).
4. Трихомонады являются патогенными возбудителями влагалищных инфекций, удельный вес трихомониаза в структуре венерических заболеваний составляет от 10 до 30%.
5. Аэробная и анаэробная микрофлора. Из аэробных микроорганизмов наиболее часто выделяются грамотрицательные условно-патогенные бактерии (кишечная палочка, вульгарный протей, клебсиеллы), из неспорообразующих анаэробов - бактероиды, пептококки, пептострептококки. Нередко выделяемая микрофлора носит ассоциативный характер (сочетание аэробных и анаэробных микроорганизмов).

Воспаление придатков матки наблюдается в 67 - 98,8% случаев одновременно с эндометритом (воспалением слизистой матки).

Офорит (воспаление яичника) обычно развивается вслед за сальпингитом (воспаление маточной трубы).

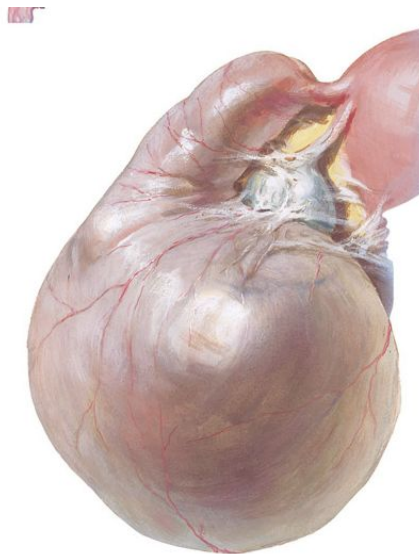
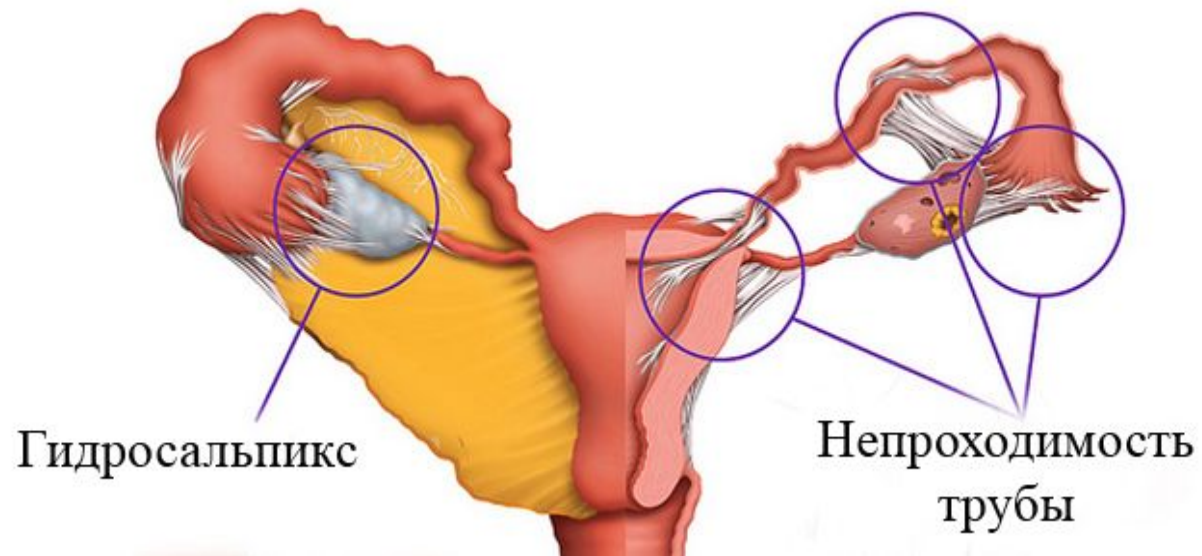
Под острым воспалением придатков матки подразумевают сальпингит (воспаление маточной трубы), сальпингоофорит (воспаление маточной трубы и яичника), пиосальпинкс (гнойное воспаление маточной трубы), гидросальпинкс (воспаление маточной трубы с сопутствующим выпотом), воспалительное тубоовариальное образование, тубоовариальный абсцесс (гнойное воспаление маточной трубы и яичника).

воспаленные яичники

воспаление
матки

воспаленные
фаллопиевы
трубы





Клиника:

- Билатеральная болезненность внизу живота (боль иногда иррадирует в промежность и нижние конечности);
- Наличие патологических выделений из половых путей;
- Лихорадка (температура тела выше 38° С);
- Патологическое влагалищное кровотечение;
- Выраженная диспареуния;
- Чувствительность и болезненность шейки матки при бимануальном влагалищном обследовании (только для специализированной бригады СМП);
- Чувствительность придатков матки при бимануальном влагалищном обследовании, с или без пальпируемых уплотнений (только для специализированной бригады СМП);
- Перитонеальная симптоматика (пельвиоперитонит, перитонит);

Внимание! При наличии перитонеальной симптоматики важно оценить наличие/отсутствие признаков системного воспалительного ответа:

Температура более 38° или менее 36° С;

Тахикардия более 90 ударов в 1 минуту;

Частота дыхания более 20 в 1 минуту.

Сочетание данных признаков со снижением систолического АД менее 90 мм рт. ст. следует расценивать, как септический шок.

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ

С учетом местной распространенности выделяют:

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

По типу преобладающих изменений в малом тазу пельвиоперитониты подразделяются на:

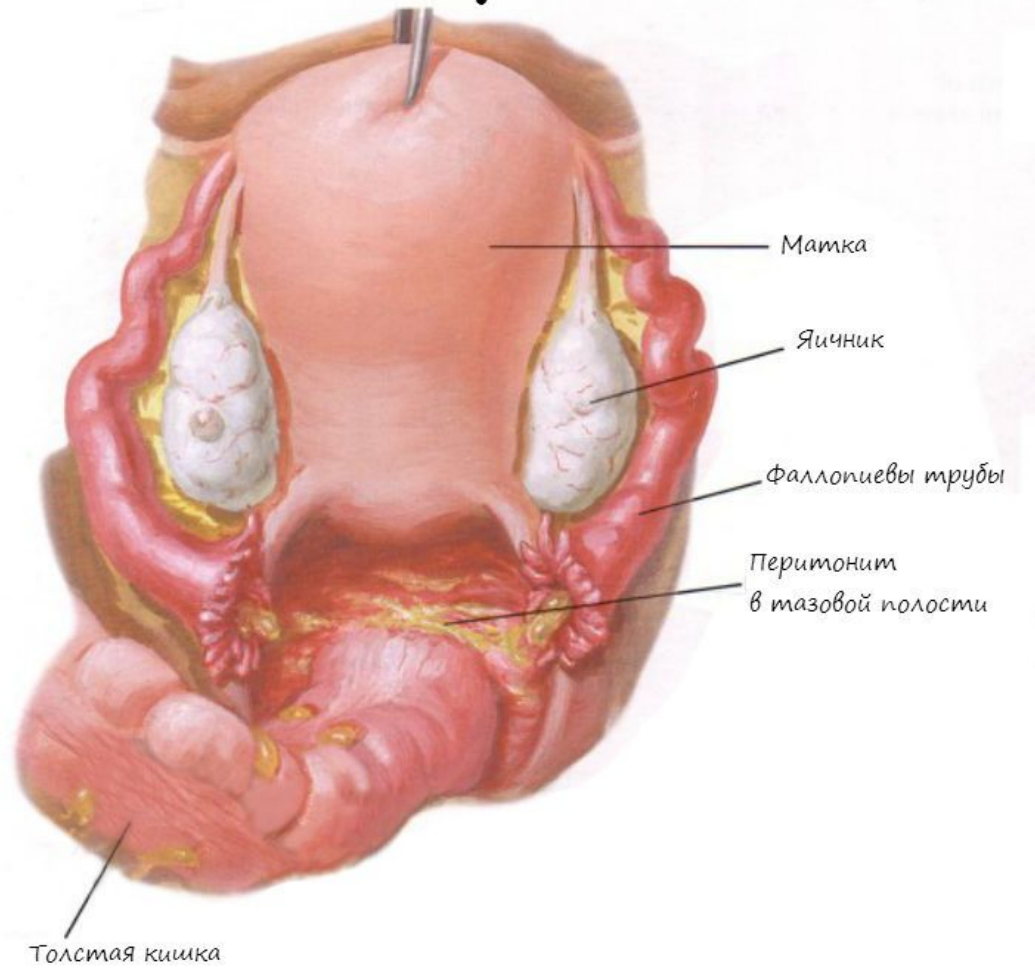
- адгезивные (слипчивые, протекающие с образованием спаек)
- экссудативные (выпотные).

По характеру воспалительного экссудата пельвиоперитонит может быть:

- серозно-фиброзным,
- геморрагическим,
- гнойным.

Характер экссудата при пельвиоперитоните зависит от вида возбудителей или их ассоциаций. Стафилококковый пельвиоперитонит сопровождается серозно-гнойным или гнойным выпотом; при палочковой флоре экссудат серозно-гнойный со зловонным каловым запахом. При вирусных и хламидийных пельвиоперитонитах воспалительное отделяемое чаще серозное или серозно-гнойное; при гонорейной этиологии - гнойно-геморрагическое.

Пельвиоперитонит



Симптомы пельвиоперитонита

Развитие пельвиоперитонита острое:

- заболевание начинается с резкого нарастания температуры до 39-40° С,
- появления интенсивных болей внизу живота, периодических ознобов,
- тахикардии (до 100 и более уд. в мин.),
- тошноты, рвоты, задержки газов, вздутия живота;
- болезненного мочеиспускания.

Объективно при пельвиоперитоните выявляются симптомы интоксикации, ослабленная перистальтика, сухой, обложенный сероватым налетом язык.

Положительные признаки раздражения брюшины более выражены в нижних отделах живота и слабее - в его верхней половине.

Дифференциальную диагностику пельвиоперитонита необходимо проводить с:

- разлитым перитонитом (в начале заболевания),
- нарушенной трубной беременностью,
- перекрутом ножки кисты яичника,
- острым аппендицитом.

При **разлитом перитоните** явления интоксикации бывают более выраженными (тахикардия, рвота, резкая боль в животе и др.). Перистальтика снижена во всех областях живота, а не только в его нижних отделах, как это имеет место при тазовом перитоните. Это же относится и к перитонеальным симптомам.

При **тазовом перитоните** сравнительно быстро наблюдается тенденция к ограничению воспалительного процесса, в то время как при диффузном перитоните процесс продолжает оставаться распространенным.

При **нарушенной внематочной беременности** с образованием позадматочной гематомы в анамнезе имеются указания на задержку менструаций и другие признаки беременности. Типичны указания на обморочные состояния, боль иррадиирующую в прямую кишку, появление темных кровянистых выделений из влагалища.

При пункции заднего свода влагалища получают характерную темную кровь, а не серозный или гнойный экссудат, как при пельвиоперитоните.

Диагностика **перекрута ножки кисты яичника** облегчается указаниями в анамнезе на наличие этого образования при предыдущих гинекологических осмотрах. При влагалищном исследовании сбоку и кзади от матки находят образование типичной округлой формы тугоэластической консистенции, болезненное при пальпации и смещении.

Диагноз **острого аппендицита** основывается на наличии характерной боли с начальной локализацией в эпигастральной области или в области пупка. Выраженные характерные аппендикулярные симптомы отсутствуют при пельвиоперитоните.

Тактика:

1. При локальных и распространенных формах без признаков системного воспалительного ответа терапия на догоспитальном этапе не требуется.
2. При наличии перитонита и/или признаках системного воспалительного ответа:
 - Для фельдшерской бригады - вызов специализированной бригады СМП;
 - Катетеризация двух кубитальных вен;
 - Катетеризация мочевого пузыря;
 - Пульсоксиметрия;
 - Холод на низ живота;
 - Не есть, не пить (возможность оперативного лечения!);
 - При температуре выше $38,5^{\circ}\text{C}$ парацетамол 500-1000мг (1-2 табл.) или ибуклин 1-2 таб., выше $39,0^{\circ}\text{C}$ - метамизол натрия 50% 2мл в/м;
 - Инфузия: гидроксикрахмал 6% или 10% раствор по 500 - 1000 мл, раствор натрия хлорида 0,9% - 1000мл капельно; или полиионные растворы (раствор Рингера, квинтасоль или реамберин) 400мл или гемодез 200мл в/в;
 - Преднизолон 60 мг внутривенно;
 - Контрикал 200 - 300000 ЕД внутривенно (гордокс, трасилол);
 - Ингаляция кислорода.

При признаках септического шока:

- Для общепрофильной бригады СМП - вызов специализированной бригады СМП;
- Катетеризация подключичной и периферических вен;
- Катетеризация мочевого пузыря;
- Глюкометрия;
- Пульсоксиметрия;
- ЭКГ;
- Инфузия: гидроксикрахмал 6% или 10% раствор по 1000 - 1500мл, раствор натрия хлорида 0,9% - 1000мл струйно;
- преднизолон 90 - 120мг внутривенно;
- при отсутствии эффекта (САД <70) допамин 200мг на 250мл 0,9% натрия хлорида 14-18 капель в минуту
- не поднимать САД выше 90 мм рт.ст.;
- ингаляция кислорода;
- при нарушении функции дыхания: атропина сульфат 0,1% - 1,0 в/в, реланиум - 2,0мл в/в, кетамин 1мг/кг в/в с последующей интубацией и ИВЛ.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

