

*Икаев Заур Эдуардович
студент, лечебный факультет,
Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Россия, г. Владикавказ*

*Таймазова Ангелина Сергеевна
студентка, лечебный факультет,
Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Россия, г. Владикавказ
e-mail: taymazova.1999@mail.ru*

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ. ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ

***Аннотация:** В статье анализируются неотложные состояния в гинекологии, пельвиоперитонит. Авторы исследуют эпидемиологию воспаления, клиническую картину, проводят классификацию пельвиоперитонита, указывают меры профилактики и способы лечения.*

Ключевые слова: гинекология, неотложные состояния, пельвиоперитонит.

*Ikaev Zaur Eduardovich
student, faculty of medicine,
North Ossetian State Medical Academy
Russia, Vladikavkaz*

*Taymazova Angelina Sergeevna
Student of the Faculty of Medicine,
North Ossetian State Medical Academy
Russia, Vladikavkaz*

EMERGENCY CONDITION IN GYNECOLOGY. PELVIOPERITONITIS

***Abstract:** The article analyzes emergency conditions in gynecology, pelvioperitonitis. The authors investigate the epidemiology of inflammation, the clinical picture, classify pelvioperitonitis, indicate preventive measures and treatment methods.*

Key words: gynecology, emergency conditions, pelvioperitonitis.

«Острый живот» в гинекологии — синдром, развивающийся в результате острой патологии в брюшной полости и проявляющийся внезапно возникшими болями в любом отделе живота, перитонеальными симптомами и выраженными изменениями в состоянии больной [1].

Острая боль в нижних отделах живота у женщин с выраженными перитонеальными симптомами возможна:

*при внутрибрюшном кровотечении (внематочная беременность, апоплексия яичника);

*перекруте ножки кисты (кистомы) яичника;

*перфорации гнойных образований придатков;

*пельвиоперитоните

Пельвиоперитонит (местный перитонит, отграниченный перитонит, острый тазовый перитонит у женщин) — воспаление висцеральной и париетальной брюшины малого таза.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. Воспаление брюшины малого таза — вторичный воспалительный процесс; 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. Пельвиоперитонит практически всегда развивается при восходящей острой гонорее или прогрессирующем восходящем инфицировании брюшины из нижнего отдела половых путей [2]. Часто возникает после оперативных вмешательств или как осложнение применения ВМК.

ПРОФИЛАКТИКА. Для предупреждения специфических воспалительных процессов и ИППП используют барьерные способы контрацепции. Важно следить, чтобы сроки экспозиции ВМК не превышали 3–4 лет. Целесообразно

проводить послеоперационную антибактериальную терапию для профилактики послеоперационных осложнений.

КЛАССИФИКАЦИЯ. По характеру экссудата различают пельвиоперитониты:

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

авторы выделяют серознофибринозный и гнойный пельвиоперитонит.

ЭТИОЛОГИЯ Причиной развития пельвиоперитонита обычно становится патогенная и условнопатогенная микрофлора, вызывающая воспалительные заболевания половых органов.

ПАТОГЕНЕЗ. Острая стадия серозного или серознофибринозного пельвиоперитонита характеризуется расстройством микроциркуляции, гиперемией и отёком брюшины. В малом тазу скапливается серозный экссудат, содержащий фибрин, сегментоядерные лейкоциты, альбумин. В эндотелии возникают дистрофические процессы [3]. Стихание воспаления сопровождается образованием большого количества спаек между париетальной брюшиной малого таза, маткой и придатками, петлями тонкой и сигмовидной кишки. Между спайками иногда образуются замкнутые полости, где скапливается жидкость. Этот процесс иногда называют саккатным перитонитом. При гнойном пельвиоперитоните отграничение процесса течёт медленнее. Гнойный экссудат скапливается в прямокишечно-маточном углублении, и образуется абсцесс Дугласова кармана.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА. Пельвиоперитонит начинается остро, ведущий симптом — резкая боль в нижних отделах живота. Отмечают значительное ухудшение самочувствия, повышение температуры тела до 38–39 °С, гиперемиию лица. Возникают тахикардия, признаки общей интоксикации, сухость во рту, однократная рвота, вздутие живота, симптомы раздражения брюшины ниже пупка и над лоном. Больные жалуются на болезненность при мочеиспускании и дефекации. В анализах — лейкоцитоз. При гинекологическом

обследовании в первые дни отмечают ригидность 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. Пельвиоперитониту всегда сопутствуют сальпингоофорит или эндометрит [4]. Это обуславливает образование обширного воспалительного конгломерата и развитие спаечного процесса.

ДИАГНОСТИКА. Основана на характерных проявлениях заболевания и данных клиниколабораторных исследований.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Подтверждают диагноз пельвиоперитонита:

- симптомы раздражения тазовой брюшины при пальпации и влагалищном исследовании;
- резкая болезненность в области придатков матки и при движении за шейку матки в сочетании с острой клинической симптоматикой.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. В крови — умеренная анемия, резкое увеличение СОЭ, умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, гипопротеинемия и диспротеинемия, сдвиг в электролитном балансе (умеренная гипокалиемия).

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Включают:

- УЗИ органов малого таза (наличие свободной жидкости в Дугласовом пространстве);
- пункцию заднего свода влагалища (серознофибринозный или гнойный экссудат);
- бактериологическое исследование пунктата;
- рентгенографию органов брюшной полости (наличие уровней жидкости в кишечнике свидетельствует о паралитической непроходимости);
- диагностическую и лечебную лапароскопию;
- бактериологическое исследование перитонеальной жидкости.

ЛЕЧЕНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. Применяют холод на низ живота для отграничения процесса, профилактики распространения пельвиоперитонита и как болеутоляющее средство.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ Основано на принципах комплексного лечения острого сальпингоофорита.

- Антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия (гентамицин, оксациллин, метициллин, амоксициллин+клавулановая кислота, цефалоспорины, метронидазол и др.).

- Дезинтоксикационная терапия (Полидез, Реополиглюкин, полиионные растворы, белковые препараты и др.).

- Обезболивающие средства (свечи с экстрактом белладонны, метамизол натрия, диклофенак).

- Седативные средства, витамины, фолиевая кислота; антигистаминные и десенсибилизирующие средства (хлоропирамин, клемастин, глюконат кальция).

- Анаболические стероиды (нандролон, Амиглурацил).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ. При пельвиоперитоните с дифференциально-диагностической целью применяют лапароскопию. Она может быть диагностической и лечебной (удаление аппендикулярного отростка или маточных труб, яичников при остром гнойном сальпингоофорите, санация и дренирование брюшной полости) [5]. При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения и прогрессии воспалительного процесса необходима лапаротомия (для полной ревизии брюшной полости и органов малого таза). Гинекологическую операцию проводят в полном объеме, вскрывают и дренируют тазовые и межкишечные абсцессы, при необходимости удаляют аппендикулярный отросток и др.

ПРОГНОЗ. Для жизни — благоприятный; для восстановления репродукции — сомнительный (большой риск внематочной беременности, невынашивания, бесплодия, обострения воспалительных заболеваний органов малого таза, возникновения синдрома тазовых болей).

Список литературы:

1. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1990. 544 с.
2. Краснопольский В.И., Кулаков В.И. Хирургическое лечение воспалительных заболеваний придатков матки. М.: Медицина, 1984. 160 с.
3. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. М.: Медицина, 1992. 464 с.
4. Эндоскопия в гинекологии / под ред. Г.М. Савельевой. М.: Медицина, 1983. 200 с.
5. Sweet R.I. Pelvic inflammatory Disease // Update in Obs. and Gynecol. 1994. 26 p.