

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Перитоніт в гінекології (код курсу 14.2)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Гінекологічний перитоніт викликається специфічною та неспецифічною флорою. Розвиток неспецифічних перитонітів зв'язано з гематогенним, лімфогенним проникненням мікроорганізмів в черевну порожнину із гнійних джерел в придатках матки (тубоваріальний абсцес, перфорація пухлини, перекрут кісти яєчника) або в самій матці (параметрит, ендометрит); в результаті операцій на геніталіях.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Визначення пельвіоперитоніту.
2. Причини пельвіоперитоніту.
3. Клініка, діагностика, лікування пельвіоперитоніту.

В результаті проведення заняття интерн повинен уміти:

1. Провести лабораторне та інструментальне обстеження жінки.
2. Вагінальне обстеження.
3. Скласти план обстеження для хворої для проведення гістероскопії.
4. Скласти план лікування.

III. Базові знання

1. Анатомія і фізіологія жіночих статевих органів.
2. Шляхи поширення інфекції в малому тазу.
3. Техніка виконання інфузійної терапії.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження хворих та виконанні лікарських маніпуляцій.

При обстеженні вагітної дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів, будову плоду в різні терміни розвитку	
II. Наступні дисципліни		
Анестезіологія	Перитоніт в гінекології	Діагностика та лікування
III. Внутрішньопредметна інтеграція Пельвіоперитоніт	Причини, клініка пельвіоперитоніту	Діагностика, лікування та профілактика

V. Зміст теми семінарського заняття

Пельвіоперитоніт (pelvioperitonitis) - [запалення](#) очеревини малого тазу.

За даними вітчизняних і зарубіжних авторів гострі гінекологічні захворювання, ускладнені [перитонітом](#), зустрічаються у 3,3-11,2% хворих.

Очеревина (peritoneum) - серозна оболонка, що вистилає внутрішню поверхню черевної стінки і покриває розташовані в черевній порожнині органи. Серозний покрив очеревини має здатність всмоктувати велику кількість рідин, причому одночасно з всмоктуванням відбувається і виділення. [Як](#) виділення, так і всмоктування здійснюється шляхом осмосу, дифузії, фільтрації та ін. Таким чином, в нормі черевна поверхня людини може всмоктати протягом години до 2,5 і більше літрів рідини.

Очеревина має складну будову, в ній розрізняють шість шарів - мезотелій, прикордонну базальну мембрану, поверхневий хвилястий колагеновий шар, [поверхневу](#) дифузну неорієнтовану еластичну мережу, глибоку поздовжню еластичну мережу, глибокий гратчастий колагеново-еластичний шар. Кровообіг очеревини інтенсивне: на кожен її міліметр припадає 75 000 [капілярів](#), особливо багато кровоносних судин у вісцеральній очеревині і сальнику. [Лімфатична система](#) очеревини має велике значення в нормі і при запаленні. Ще в 1900 р. В. М. Зиков писав: "Порожнина очеревини являє собою величезний лімфатичний мішок, у якому постійно відбувається рух лімфи, що виділяється з крові в очеревину і звідси знову надходить у кров".

Важливе значення у фізіології черевної порожнини має великий сальник, що з чотирьох листків очеревини. У ньому знаходиться сильно розвинена [мережа](#) кровоносних судин і тонких еластичних волокон, багато жирової [тканини](#) та лімфатичних вузлів. Як і очеревина, великий сальник приймає активну участь у [процесах](#) резорбції (всмоктування) різних речовин із черевної порожнини. [Він](#) володіє великою пластичністю. Сальник часто знаходять у вогнищах запалення і по його локалізації під час лапоротомія іноді діагностують джерело [перитоніту](#). Цей механізм пояснюють його [електростатичним](#) дією. Різниця потенціалів очеревини і сальника в нормі незначна (кілька мілівольт). При виникненні запального [процесу](#), різниця потенціалів збільшується від 8 до 58 мВ, що позначається на русі країв сальника в напрямку запалення.

На підставі експериментальних даних багатьох дослідників доведено, що ділянками резорбції є діафрагма, сальник, сліпа кишка.

Як показали дослідження, першою реакцією судинного апарату очеревини у [відповідь](#) на пошкодження (дія подразника), за який може бути, поряд з інфекційним агентом, та утримання органів черевної порожнини при їх пошкодженні, і вплив механічного пошкоджуючого фактора на очеревині покрив, є спазм великої капілярно-судинної [мережі](#) (мікроциркуляторного русла), який потім змінюється розширенням судин, викликаючи тим самим гіперемію і ексудативну реакцію. [Характер](#) ексудату змінюється в залежності від тяжкості та фази розвитку перитоніту, а кількість його може бути від кількох мілілітрів до декількох літрів. Доведено також, що всмоктування [мікробів](#) і токсинів з черевної порожнини відбувається як через лімфатичні, так і через кровоносні шляхи. Встановлено, що при декомпенсованих стадіях розлитого гнійного перитоніту наступають виражені деструктивні зміни лімфатичних капілярів, результатом чого є резорбційно недостатність лімфатичного русла. У силу цього виникає ретроградний струм лімфи, що посилює деструктивні [процеси](#) черевної порожнини. Вплив екзогенних і ендогенних факторів, [біологічно](#) активних речовин білкової природи, ацидоз, гіпоксія, зневоднення і втрата великої кількості білка з ексудатом і травними соками роблять надзвичайно несприятливий вплив на перебіг [метаболічних процесів](#) і функціональну діяльність печінки і нирок. Порушуються ферментативні механізми детоксикації.

Дослідженнями багатьох авторів показали, що внаслідок порушення ентеральних метаболических процесів, бар'єрної [функції](#) печінки і видільної [функції](#) нирок крові накопичуються токсичні продукти метаболізму. Так, вміст у кровоносному руслі аміаку, біогенних амінів і поліпептидів перевищує норму в кілька разів. Відбувається значна активація перекисного окислення [ліпідів](#) (ПОЛ). При важких формах розлитого гнійного перитоніту порушуються і різні фази імунного захисту виснаження антиінфекційних імунітету.

Взаємодія перерахованих факторів призводить до виснаження [механізмів](#) захисту і виникнення важкої інтоксикації. Токсичні речовини, які всмоктуються з черевної порожнини і кишечника, а також недоокислені продукти, що накопичуються в результаті збочених обмінних процесів, долають печінковий детоксикаційний бар'єр внаслідок його [функціональної](#) неспроможності і поряд з нервово-рефлекторними впливами викликають ряд [функціональних і морфологічних](#) змін з боку центральної і вегетативної нервової, ендокринної систем, зокрема, розбудовується діяльність судинно-рухового центру, що може, в кінці кінців, привести до зупинки серцевої діяльності.

Пельвіоперитоніт розвивається як ускладнення запалення матки і придатків, позаматкової вагітності та апоплексії яєчника. І може бути викликаний [стафілококом](#), кишковою флорою (ешерихії, ентерококи), стрептококом, гонококом та іншими аеробними і анаеробними мікробами або змішаною інфекцією.

Класифікація.

Існує багато класифікації гострого перитоніту, при яких враховуються такі моменти:

- 1) фази перебігу;
- 2) поширеність процесу;
- 3) протягом десятиліть і [характер](#) ексудату;
- 4) причини виникнення.

К. С. Симонян класифікує [гострий перитоніт](#) за фазами перебігу (1976):

1. Предфаза (гострий деструктивний [процес](#)). Характеризується наявністю гіперергії. Відзначаються порушення на рівні позаклітинної маси.
2. Реактивна фаза. [Характерна](#) реакцією нервово-рефлекторного типу. Реакція визначається циркуляцією в крові біологічно активних речовин. Порушення на рівні позаклітинної маси.
3. Токсична фаза. [Характерна](#) інтоксикацією, обумовленою циркуляцією в крові екзо-і ендотоксинів. Порушення клітинного метаболізму.
4. Термінальна фаза. Характерна впливом токсинів на вищі відділи центральної нервової системи. Глибокі обмінні порушення, що посилюються кишковою непрохідності і ентерорагією.

Реактивна фаза гострого перитоніту характеризується:

- 1) гіперергій;
- 2) місцевими та загальними проявами, визначальними [морфологічну](#) та клінічну картину;
- 3) початкової інтоксикацією, яка обумовлена циркуляцією в крові біологічно активних речовин; 4) рефлекторними змінами діяльності серцево-судинної і дихальної систем;
- 5) пригніченням рухової активності шлунково-кишкового тракту;
- 6) [характерними](#) змінами з боку крові.

Місцеві прояви: напруга м'язів передньої черевної стінки, гіперемія, набряк очеревини і ексудація, випадання фібрину, порушення проникності судин з геморагічними проявами різної інтенсивності. Вага перераховані реакції носять захисний [характер](#) і спрямовані на створення спокою у вогнищі запалення, перешкоджає генералізації процесу і сприяє отграниченню черевної порожнини від місця деструкції, а також на активну боротьбу з [патогенною](#) мікрофлорою, зокрема шляхом фагоцитозу. Токсична фаза гострого перитоніту характеризується наростаючою інтоксикацією, обумовленою циркуляцією в крові токсинів різної природи. У цій фазі вже виснажені резерви і функції клітин, порушуються їхні внутрішні процеси - життєдіяльність [ферментних](#) систем, клітини втрачають аніони і катіони, в організмі виникає гострий дефіцит білків, води, солей. Симптоматика фази вже не пов'язана з локальними ознаками основного захворювання, а носить загальний характер.

В термінальній фазі у порівнянні з токсичного наступають більш глибокі порушення життєво важливих функцій організму. З'являються симптоми, які свідчать про ураження центральної нервової системи. Глибокі порушення [гомеостазу](#) вимагають активної корекції ззовні.

Таким чином, кожна з вищезазначених фаз гострого перитоніту має чітку клінічну симптоматику, визначає характер і об'єм оперативного втручання, а також набір лікувальних заходів.

Основні форми гострого перитоніту за поширеністю (В. Д. Федоров, 1974):

I. Місцевий:

- а) обмежений (запальний інфільтрат, абсцес);
- б) необмежений (обмежують зрощенні немає, але процес локалізується тільки в одному з кишень очеревини).

II. Поширений:

- а) дифузний (очеревина вражена на значному протязі, але процес охоплює менш ніж два поверхи черевної порожнини);
- б) розлитий (вражена цілком очеревина більш ніж двох поверхів черевної порожнини, тобто майже вся);
- в) загальний (тотальне запалення всього серозного покриву органів і стінок черевної порожнини).

За перебігом захворювання розрізняють гострі і хронічні перитоніти.

За [характером](#) ексудату і виду мікрофлори [перитоніт](#) буває - серозний, серозно-фібринозний, серозно-геморагічний, серозно-гнійний, фібринозний, фібринозно-гнійний, гнійний, геморагічний, гнійно-геморагічний (С. М. Луценко 1972).

Причини виникнення пельвіоперітоніта:

Запальний процес:

Сальпингофорит - запалення придатків матки - відноситься до найбільш часто зустрічаються захворювань статевих систем. Виникає зазвичай висхідним шляхом при поширенні [інфекції](#) з піхви, порожнини матки, найчастіше у зв'язку з ускладненими пологамі і абортами, а також сходять - з суміжних органів (червоподібний відросток, пряма і сигмовидна кишка) або гематогенним шляхом. Запальний процес починається в слизовій оболонці, поширюючись і на інші верстви маткової труби. Ексудат, що утворився в результаті запального процесу, накопичуючись в порожнині труби, виливається в черевну порожнину, нерідко викликаючи спайковий процес навколо труби, закриваючи просвіт її ампули, а потім і отвори маточного відділу труби. Непрохідність труби веде до утворення

мішечкуватого запального освіти. Скупчення в порожнині труби серозної рідини носить назви гідросальпінкса. Гідросальпінкс може бути як одностороннім, так і двостороннім. При важкому перебігу сальпінгіту, високої вірулентності [мікроорганізмів](#) з'являється гнійний вміст в трубі і виникає піосальпінкс.

Оофорит - запалення яєчників - зазвичай розвивається слідом за сальпінгітом. Запальні зміни виникають спочатку

в довколишній очеревині (періоофорит), потім інфекція поширюється на яєчник - виникає оофорит.

Збільшена потовщена маткова [труба](#) огортає яєчник зрощення, в результаті чого формується конгломерат, званої запальної тубооваріальний пухлиною. При зрощенні піосальпінксу з яєчником, в товщі якого також є гнійник, утворюється загальна порожнина, наповнена гноєм, тубооваріальний абсцес.

Виникненню ендометриту (запалення слизової оболонки матки) сприяють ускладнені аборти, [пологи](#), діагностичне вишкрібання матки, гістеросальпінгографія та інші внутрішньоматкові втручання. Деяку привертають роль у розвитку ендометриту можуть грати внутрішньоматкові контрацептиви. При цьому захворюванні уражаються [функціональний](#) і базальний шари слизової оболонки матки. Запальний процес може поширитися на всю слизову або носити вогнищевий характер. При важкому ендометриті в процес втягується і м'язовий шар, ураження якого також може бути дифузним і вогнищевим. Найбільш часто запальний процес по лімфатичних [капілярах](#) і судинах поширюється на м'язовий шар (ендоміометрит) і навколишню клітковину.

Внутрішньочеревні кровотечі:

Апоплексія яєчника - розрив яєчника, визначається як раптово наступила крововилив у яєчник, що супроводжується порушенням цілості його тканини [ікровотечею](#) в черевну порожнину.

Розрив яєчника виникає внаслідок застійної гіперемії, варикозно розширених або склерозованих судин, а також склеротичних змін в стромі. Зміни судин і тканини яєчника є результатом попереднього патологічного процесу, важлива роль належить порушень нейровегетативної та ендокринної системи.

Апоплексія яєчника може наступати в різні фази менструального циклу, але частіше спостерігається в період овуляції та у стадії васкуляризації жовтого тіла. Провокуючими моментами, можуть з'явитися [травма](#), фізичне напруження, статеві зносини, внутрішньоматкове спринцювання.

Позаматкова вагітність - найбільш часто імплантація заплідненої яйцеклітини відбувається в яйцеклітині в матковій трубі, в окремих випадках має місце яєчникова або черевна вагітність. При трубної вагітності імплантація плодового яйця відбувається в ендосальпінкс, при цьому ворсинки трофобласту впроваджуються в стінку маткової труби. М'язовий шар труби гіпертрофується, але не може забезпечити нормальні умови розвитку плодового яйця. [Труба](#) приймає веретеноподібну форму. На 4-й - 6-му тижні вагітності відбувається її переривання. Виникає трубний [аборт](#), який супроводжується кровотечею в черевну порожнину, різної інтенсивності.

Пухлинний процес:

Некроз міоматозного вузла. Некротичні зміни обумовлені порушенням кровообігу в пухлині. До асептичному некрозу завжди приєднується інфекція, яка проникає у вузол гематогенним чи лімфогенним шляхом, а в деяких випадках - з кишечника. Внаслідок некрозу відбувається розплавлення тканини і до прориву його вмісту в черевну порожнину.

Відома також ще одна з форм фіброміоми матки - перекрут ніжки субсерозного вузла. У вузлі [пухлини](#) відбувається набряк, крововилив, некроз і нагноєння.

Ятрогенні пошкодження:

До ятрогенних причин розвитку перитоніту найбільш часто є перфорація матки, яка виникає при проведенні штучного абарту, або при проведенні інструментального дослідження матки. Перфорація матки найчастіше відбувається в тих випадках, коли лікар до виробництва будь - кого інструментального дослідження або абарту не отримав достатнього уявлення про розташування матки. Небезпека для хворої при цьому ускладненні полягає в тому, що лікар часто не помічає [того](#), що сталося прориву матки.

Д. Ф. Скрипниченко (1974) розрізняє три стадії перебігу гострого перитоніту.

Для першої стадії (1-2 доби від початку захворювання) характерні:

- 1) наявність в черевній порожнині серозного і серозно-фібринозного ексудату, який містить невелику кількість бактерій;
- 2) різке посилення фагоцитозу і фагоцитарної активності лейкоцитів;
- 3) гіперемія очеревини, посилене всмоктування з черевної порожнини;
- 4) виражений місцевий і загальний [лейкоцитоз](#);
- 5) [біль](#) у животі, переважно в області ураженого органу;
- 6) прискорений пульс задовільного наповнення, при гострих перфораціях уповільнений;
- 7) підвищення температури до 38-38,5 ° C;
- 8) напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щсткіна-Блумберга;

- 9) явища динамічної кишкової непрохідності;
- 10) у крові лейкоцитоз (20,0-25,0 • 10⁹ / л), [нейтрофіліоз](#), підвищена ШОЕ.

Для другої стадії (від 2 до 3-4 діб) характерні:

- 1) [розвиток](#) поширеного перитоніту з дифузним ураженням очеревини;
- 2) різко сповільнене всмоктування з черевної порожнини;
- 3) важкий загальний стан;
- 4) гикавка, зригування;
- 5) частий пульс (100-120 ударів на хвилину);
- 6) температура до 38-38,5 ° C;
- 7) невідповідність пульсу і температури;
- 8) помірне здуття живота, болючість, напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга;
- 9) неотхожденіє стільця, газів;
- 10) при перкусії наявність ексудату в нижніх і бічних відділах живота;
- 11) у крові лейкоцитоз, нейтрофіліоз, підвищена ШОЕ, у важких випадках - еозинофілія.

Третя стадія (понад 5 діб) характеризується:

- 1) вкрай важким станом хворих;
- 2) різко уповільненим або повністю припиненим всмоктуванням з черевної порожнини;
- 3) спутаним свідомістю, нерідко ейфорією, адинамією, у важких випадках - протрацією;
- 4) постійної гикавкою, частою блювотою і відрижкою вмісту, нерідко з калових запахом;
- 5) підвищенням температури (38-38,5 ° C);
- 6) частим пульсом (130-140 ударів на хвилину) слабкого наповнення, зниженим артеріальним тиском (тони серця приглушені, [дихання](#) часте, поверхневе);
- 7) метеоризмом;
- 8) розлитій хворобливістю по всьому животі;
- 9) живіт роздутий, відсутність напруження м'язів передньої черевної стінки, негативний симптом Щоткіна - Блюмберга;
- 10) відсутність при аускультатії перистальтики кишечника;
- 11) неотхожденіє газів

Клініка.

У переважній більшості як це було сказано вище [гострий перитоніт](#) розвивається вразливе, як ускладнення запальних гінекологічних захворювань, прориву матки або при внутрішньочеревних кровотечі. Тому в початкових стадіях превалює симптоматика основного захворювання. Так кілька своєрідно протікає перитоніт після кримінального абортів, який ускладнився гангrenoю матки. У таких хворих, як правило, розвивається [сепсис](#) і важке порушення життєво важливих органів.

При стертій формі перерваної позаматкової вагітності хворі нерідко вказують на неодноразові напади болю по всьому животі з іррадіацією в поперек і пряму кишку. Зрідка болю іррадиують в лопатку і плече. У частини хворих болі супроводжуються дизуричними явищами. У цих хворих симптоми внутрішньочеревної кровотечі відсутні або були незначно виражені.

При апоплексії яєчника хворі в [анамнезі](#) вказують на напади раптових болів внизу живота або в правій здухвинній ділянці з іррадіацією в крижі, задній прохід, зовнішні [статеві органи](#). Болі, як правило, постійні і супроводжуються нудотою і блювотою. При обстеженні жінок у 50-60% випадків, знаходять виражені симптоми подразнення очеревини при м'якому животі - симптом Куленкампа.

При перфорації гнійних тубооваріальних пухлин, захворювання починається гостро, виникає різкий біль в низу живота порівнянний з «ударом кинджала». Клініка подібна, як при перфорації порожнистого органу. У таких пацієнток вдається з'ясувати з [анамнезу](#) про неодноразові запальних процесах придатків матки і порушенні менструального циклу.

Надалі клініка основного захворювання починає йти на другий план і з'являється симптоматика гострого перитоніту.

Хворі з пельвіоперитонітом пред'являють скарги на переймоподібні болі в низу живота. При поширенні процесу більше одного відділу черевної порожнини пред'являють скарги на розлиті болі по всьому животі. Виражені симптоми інтоксикації (нудота, блювота, запаморочення, загальна слабкість, озноб і т.д.).

При пельвіоперитоніті живіт помірно роздутий, бере участь в акті дихання, при покашлюванні хворі відзначають посилення хворобливості внизу живота, пальпація живота різко болюча, спостерігається м'язовий Дефанс і симптоми подразнення очеревини, не поширюються, як правило, вище термінальної лінії, при аускультатії перистальтика кишечника млява.

При гінекологічному дослідженні придатки або не пальпуються через різку хворобливість склепін і напруги передньої черевної стінки, або потовщені і болючі, або визначаються у вигляді тубооваріальних утворень. Рухи при зміщенні шийки матки різко болючі - симптом Промтова.

При дифузному [перитоніті](#) передня черевна стінка не бере участь в акті дихання, аускультативно вислуховуються поодинокі перистальтичні [шуми](#), або перистальтика не вислуховується. У більшості хворих при гінекологічному дослідженні детальна пальпація не можлива через різку хворобливості склепінь піхви, руху при зміщенні шийки матки різко болючі, склепіння піхви нависають, сплюснені - симптом Дуейя.

Хворим, що надійшли з клінікою «гострого живота», з діагностичною метою показана пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви. При отриманні пунктату в залежності від його [характеру](#) визначається подальша тактика ведення хворої. Важливе значення у діагностики має УЗД черевної порожнини та органів малого тазу, яке в 80-90% випадків виявляє причину гострого перитоніту, що в подальшому може вплинути на проведення лікування.

Лікування.

Лікування гострого поширеного перитоніту має бути комплексним-термінове оперативне втручання з короткочасною передопераційної підготовкою.

У передопераційну підготовку входять:

- 1) введення знеболюючих препаратів;
- 2) "стартова" інфузійна [терапія](#) гіпертонічним розчином 10% NaCl з розрахунку 3,5 мл / кг / 30 хв у співвідношенні 1:1 з колоїдними розчинами (реополіглюкін, розчини гідроксиетилкрахмалу), а подальша інфузійна терапія повинна включати кристалічні розчини, з обов'язковою корекцією електролітного балансу, при порушенні газо-транспортної функції крові робити переливання еритроцитарної маси;
- 3) при клітинному ацидозі введення 200-400 мл 5% розчину бікарбонату натрію;
- 4) при різкому зниженні артеріального тиску використовувати інотропну підтримку допаміном (5-15 мкг / кг / хв) внутрішньовенно крапельно;
- 5) введення [антибіотиків](#) широкого спектру дії за 30 хв до операції;

Основна мета операції при гострому перитоніті сформульована ще Грековим І.І. (1912) і зводиться до: усунення (видалення) джерела зараження (інфікування);

санації черевної порожнини;

виконання дренивання черевної порожнини для усунути залишки і знову утворюється в порожнині живота запального випоту.

Після видалення джерела зараження, важливе значення має в лікуванні гострого перитоніту ретельна санація черевної порожнини та адекватне дренивання черевної порожнини. Санацію черевної порожнини у хворих з дифузним перитонітом здійснюють 5-ю літрами теплою ізотонічного розчину NaCl з додаванням 50,0 мл 3% розчину H₂O₂, також у цієї категорії хворих можна використовувати [антисептик](#) - розчин фурациліну. При пельвіоперитоніт санація черевної порожнини в такому обсязі не має сенсу тому інші відділи черевної порожнини не задіяні в [патологічний](#) процес. Тому санацію малого тазу можна виробляти рясно змоченими тампонами розчином NaCl з додаванням 3% розчину H₂O₂. Дренивання черевної порожнини при пельвіоперитоніт зазвичай проводять з двох точок рукавиць-трубчастими дренажами. При необхідності додають третій дренаж через кольпотомію або ж при надвлагалищній ампутації матки, дренаж проводять через куксу матки. При дифузному або розлитому перитоніті дренивання черевної порожнини здійснюють за Петрову з додаванням 5-го дренажу або через кольпотомію, або проводять через куксу матки, з проведенням в післяопераційному періоді проточного або фракційно-проточного черевного діалізу.

На думку Б. С. Данилової, метод черевного діалізу повинен складатися з двох етапів після ліквідації вогнища перитоніту.

Перший - відмивання черевної порожнини до чистої води, тобто механічне видалення з неї гнійного, кров'янистого вмісту. Зазвичай на це витрачають 10-15 л діалізуючого розчину з [антибіотиками](#). Весь процес триває 15 хвилин. Головне завдання промивання - створити умови, що перешкоджають всмоктуванню речовин з черевної порожнини.

Для зняття больової реакції попередньо вводять в черевну порожнину 100-200 мл 0,25% розчину новокаїну і вичікують 10-15 хвилин. Тільки після ретельного відмивання можна перейти до другого етапу - власне діалізу.

Другий етап-власне діаліз-складається у виведенні з крові вже всмоктались в неї токсинів, продуктів розпаду білка. З цією метою в черевну порожнину вводять 1-1,5 л діалізуючого розчину з антибіотиками. Експозиція повинна бути достатньою для обміну [електролітами](#) між кров'ю і діалізующою розчином і, крім того, для виведення токсинів і азотистих шлаків з крові в черевну порожнину. Зазвичай для [здійснення](#) обміну цих речовин досить години.

При проведенні діалізу необхідно строго стежити за кількістю введеного й виведеного розчину. Різниця не повинна перевищувати 500-1000 мл. Якщо кількість введеної рідини значно перевищує кількість виведеного діалізата, то необхідно до діалізующою розчину додати 500 мл 2,5% розчину глюкози. Підвищення осмотичного тиску в діалізующою розчині сприяє дегідратації організму.

Під час черевного діалізу необхідно в динаміці провести дослідження діалізата, яке проводять 1 раз на добу, посів діалізата і наступні заходи:

- 1) у перші дві доби через кожні 12 годин визначають вміст натрію, калію, загальний білок та його фракції в діалізат та плазмі крові (**калій та натрій** визначають в 1 л діалізата, а потім роблять перерахунок на загальний обсяг виведеного за добу діалізата);
- 2) кислотно-лужну рівновагу в плазмі крові визначають 1-2 рази на добу;
- 3) цитологічне-через день;
- 4) щодня інформують про добовому діурезі, зміст залишкового азоту в крові, концентрації антибіотиків в крові і діалізата;
- 5) при порушенні кислотно-лужної рівноваги, електролітного складу або зниженні загального білка крові проводять замісну терапію шляхом внутрішньовенного вливання крові, **кровозамінників**, білкових розчинів, **електролітів**, **вітамінів**, 4% розчину соди з метою корекції метаболічного ацидозу або розчину хлориду калію при алкалозі та інші заходи;

У хворих з дифузним або розлитим перитонітом відбувається пригнічення рухової активності шлунково-кишкового тракту, як це було сказано вище, тому цієї категорії хворих необхідно проводити інтубацію тонкого кишечника, для попередження розвитку в післяопераційному періоді гострої кишкової непрохідності (ОКН). У хворих похилого та старечого віку, а також у пацієнтів з компрометації кардіо-респіраторних системою краще всього виконувати не трансназальна інтубацію тонкого кишечника, а ретроградну інтубацію тонкого кишечника через апендікоцекостому або цекостому.

Останнім часом з'являються публікації про застосування у хворих з важкою формою перитоніту, для попередження маніфістації абдомінальної інфекції лапаростомії з програмованою санацією черевної порожнини. Критерієм ефективності програмних санацій черевної порожнини і хорошим прогностичною ознакою може бути зміна в мікробній асоціації основного збудника після кожної санації. Це явище, яке визначається антагоністичними відносинами мікроорганізмів в асоціації, не дозволяє розвинути суперінфекції.

Лапаростомія, як і будь-який метод лікування, крім позитивних сторін має недоліки, що призводять до ускладнень. До внебрюшних ускладнень найбільш часто зустрічаються пневмонії. Серед внутрішньочеревних ускладнень перше місце займають **кишкові свищі**. Наступним за частотою внутрішньочеревних ускладнень було нагноєння **рани** лапаротомного і виникла у зв'язку з цим евертерация органів черевної порожнини.

У післяопераційному періоді всім хворим необхідно проводити інтенсивну терапію, яка включає інфузію сольових розчинів, що забезпечують Ізоосмолярна стан водних секторів. Поряд з інфузійної **терапією**, спрямованої на забезпечення адекватної тканинної перфузії (кристалоїдні, колоїдні розчини), проводити найпотужнішу дезінтоксикаційну терапію. При зміні коагуляційного потенціалу крові необхідно використовувати вступ, як високомолекулярного **гепарину**, так і його низькомолекулярних фракцій (фраксипарин). Крім того, цим хворим для профілактики поліорганної недостатності необхідна органоспецифічних підтримка, що включає введення гепатотропних препаратів, кардіотоніків і **вентиляційна** підтримку.

Антибактеріальна терапія проводиться в два етапи: 1-й етап - емпіричне призначення комбінацій антибіотиків широкого спектру дії з антианаеробної терапією, 2-й етап - продовження або зміна режиму антибіотикотерапії з урахуванням чутливості мікрофлори.

Як правило, на першому етапі призначають фторхінолони в поєднанні з метронідозолом; цефалоспорини 2-го і 3-го покоління в поєднанні з аміноглікозидами та метронідозолом, або карбапенеми (Тіенам, Меронем) при крайньому важкому перебігу гострого перитоніту. Ряд авторів вказують, що близько 75% мікроорганізмів стійкі до 10 і більше видів антибактеріальних препаратів. Добова доза антибіотиків залежить від поширеності і тяжкості гострого перитоніту.

На закінчення хочеться сказати, що лікування гострого перитоніту викликаного гінекологічними захворюваннями, повинно бути комплексним, взаємодоповнюючим один одного на всіх етапах лікування з урахуванням нових поглядів на етіопатогенез розвитку гострого перитоніту.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап Організаційні заходи.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Визначення актуальності теми.		
3.	Визначення навчальних цілей.		

4.	Забезпечення позитивної мотивації.		
2.	Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Визначення пельвіоперитоніту. 2. Причини пельвіоперитоніту. 3. Клініка, діагностика, лікування пельвіоперитоніту	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1.	Заключний етап Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення гінекології, відділення інтенсивної терапії.

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії вагітності, пологів, історії розвитку новонароджених тощо.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
2. Оперативное акушерство: Руководство для врачей / Н. И. Жилиев, Н. Н. Жилиев. – К.: Гидромакс, 2004. – 468 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
4. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Кесарів розтин» (Наказ МОЗ України № 977 від 27.12.2011).— Київ, 2012.— 16 с.
5. Жилиев Н.И. Оперативное акушерство / Н.И. Жилиев, Н.Н. Жилиев. — Киев: Гидромакс, 2004. — 468 с.
6. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агенство, 2014.-497 с.

Питання

1. Визначення пельвіоперитоніту.
2. Причини пельвіоперитоніту.
3. Клініка, діагностика, лікування пельвіоперитоніту.

Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Провести лабораторне та інструментальне обстеження жінки.
2. Вагінальне обстеження.
3. Скласти план обстеження для хворої для проведення гістероскопії.
4. Скласти план лікування.

Тестові завдання

1. У хворої на 3 добу після штучного абортів виник тупий біль по всьому животу, підвищення температури до 39,9⁰ С, нудота й одноразове блювання. Пульс 120 уд. за хв., слабкого наповнення. Відзначався виражений метеоризм, болюче сечовиділення. Симптоми Мортонна, Щьоткіна – Блюмберга – різко позитивні.

Через 24 години загальний стан хворої значно покращився: нудота й блювання призупинились, симптоми подразнення очеревини не відзначалися, здуття й болючість живота зберігалися в нижніх відділах живота. Нормалізувалися пульс та температура тіла. При вагінальному дослідженні в прямокишково – матковому заглибленні відзначається випіт. При зміщенні шийки матки уверх й в обидві сторони зберігається різка болючість, придатки матки збільшені й болючі. При пункції черевної порожнини через заднє склепіння піхви крові не отримано. Який найбільш імовірний діагноз у жінки?

- A** * Пельвіоперитоніт.
- B** Діфузний перитоніт
- C** Позаматкова вагітність
- D** Гострий апендицит
- E** Апоплексія яєчника

2. Хвора 31 року, поступила зі скаргама на болі внізу живота, підвищення температури тіла до 38,8°C. Хворіє протягом 4 днів. Остання менструація 1 тиждень тому, хворіє хронічним загостренням придатків. Кожні покрови блідні, язик сухий, АТ 120–80 мм. рт. ст., пульс 100 уд/хв, синдром Щоткіна позитивний, при вагінальному дослідженні визначається утворення до 10см в діаметрі справа, різко болюче, в аналізі крові лейкоцити $16 \cdot 10^9$ /л. Який попередній діагноз?

- A** * Піосальпікс
- B** Гострий сальпінофорит
- C** Параметрит
- D** Апендицит
- E** Ендометрит

Ситуаційні задачі :

1. У гінекологічне відділення поступила хвора зі скаргами на підвищення температури до 39°C, різкі болі внизу живота, гнійно-кров'яністі виділення зі статевих шляхів. З анамнезу: 6 днів тому зроблений кримінальний аборт. Об'єктивно: АТ 100/60 мм рт.ст., Ps 110 уд.хв. Живіт напружений, болючий в нижніх відділах при пальпації, синдром Щеткіна-Блюмберга позитивний. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 7 тижнів вагітності, болюча, м'яка, визначається нависання заднього склепіння. Ваш діагноз?

Відповідь-пельвіоперитоніт.

Методичну розробку семінарського заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська

15.10.2014

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 4 від 05 листопада 2014 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені
„_____” _____ 201__р.