

1. Белицкая Г. И. Врач. дело, 1970, 1.—2. Быкова Н. Д. Состояние свертывающей и противосвертывающей системы крови при диффузном гломерулонефрите у детей. Автореф. канд. дисс., М., 1971.—3. Зорина С. С., Красик Я. Д. Тер. арх., 1974, 8.—4. Куанышбаев С. К. Свертываемость крови при хронических гломерулонефритах и пиелонефритах. Автореф. канд. дисс., М., 1968.—5. Пинхасик Е. В. Свертывание крови при почечных заболеваниях. Автореф. докт. дисс., Л., 1971.

Поступила 16 февраля 1981 г.

УДК 618.1—02:616.381—002—07—089

## К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА

*Р. Ш. Максютова*

*Родильный дом (главрач — Ф. З. Ахметзянов) г. Лениногорска, ТАССР*

**Реферат.** Проанализированы истории болезни 81 больной с гинекологическим перитонитом. 80,2% пациенток с этим осложнением были в возрасте от 20 до 40 лет. Применение местной гипотермии наряду с медикаментозной терапией в остром периоде и рациональный режим выхаживания больных позволили снизить процент оперативных вмешательств до 13,6%, а летальность — до 1,2%. Выписка больных из отделения с полной реабилитацией способствовала резкому уменьшению частоты повторения воспалительных заболеваний.

**Ключевые слова:** гинекологический перитонит, местная гипотермия.

**Библиография:** 2 названия.

Гинекологические перитониты возникают в основном на почве обострения хронического воспалительного процесса гениталий или в результате их острого воспаления, после гинекологических операций, в послеродовом периоде, после криминального аборта, гонорей.

Клиническая картина гинекологического перитонита отличается более медленным течением с тенденцией к ограничению областью малого таза. Поэтому врачебная тактика при гинекологических перитонитах несколько иная, чем при перитонитах хирургических. Лечение гинекологических перитонитов нужно начинать консервативно со строгим динамическим наблюдением, переходя к оперативному лечению в тех случаях, когда консервативное не имеет успеха. Учитывая, что операция при перитоните связана с удалением внутренних половых органов, она должна быть особенно обоснованной у молодых женщин. Как указывают Н. П. Медведев и соавт. (1977), при дифференциальной диагностике острого аппендицита и гинекологических заболеваний причинами ошибок, которые допускают как хирурги, так и гинекологи, являются, наряду с атипичным течением болезни, плохо собранный анамнез, недостаточность обследования, игнорирование вагинального и ректального осмотра, что ведет иногда к неоправданным операциям. По данным Г. М. Савельевой и соавт. (1980), до введения лапароскопии в практику для диагностики и выбора метода лечения перитонита каждая вторая больная была оперирована по поводу перитонита без особых показаний к этому.

Мы считаем, что при поступлении больной с перитонитом в приемный покой первоочередной задачей является уточнение этиологии перитонита. Особенно важное значение имеет подробно и целенаправленно собранный анамнез. Связь начала заболевания с менструацией, с недавними инструментальными вмешательствами, родами, аборт, половой жизнью, заражением гонореей, а также указания в анамнезе на хронические воспалительные заболевания гениталий, отсутствие диспептических явлений должны наводить на мысль о генитальном происхождении перитонита. Важно анамнестически проследить динамику заболевания от начала до момента осмотра.

После осмотра кожных покровов, слизистых, состояния языка, измерения температуры, определения гемодинамических показателей необходимо путем пальпации и перкуссии попытаться определить локализацию воспалительного очага в брюшной полости, а также распространенность перитонита, наличие экссудата в брюшной полости. Пренебрежительное отношение к обследованию органов брюшной полости может привести к тому, что останутся незамеченными ряд симптомов, важных для дифференциальной диагностики пельвеоперитонита.

Следующий этап осмотра надо проводить на гинекологическом кресле. Необходимо тщательно исследовать состояние наружных половых органов: вульвы, бартолиновых желез, осмотреть и прощупать уретру. Изменения в уретре — тяжесть и уплотнение ее, отечность, гиперемия, гнойные выделения из нее, а также указания в анамнезе на частые мочеиспускания свидетельствуют скорее всего о специфическом происхождении перитонита. По ходу осмотра необходимо сразу брать из уретры мазки на гонорею. Зеркальный осмотр целесообразно проводить отдельными ложкообразными зеркалами, чтобы лучше видеть состояние влагалищных сводов (нависание, сглаживание их). Важно подметить характер выделений из влагалища, цервикального канала, попутно взять мазки на гонококк из цервикального канала, а из влагалища — на степень чистоты.

Синюшность и застойные явления в шейке матки должны навести врача на мысль о беременности, иногда и в тех случаях, когда больная отказывается признать себя беременной, старается скрыть это. Иногда при криминальном аборте на шейке матки, во влагалище бывают следы криминального вмешательства. При неполном аборте или аборте в ходу имеются кровяные выделения из цервикального канала, а в зеве — кусочки плацентарной ткани или плодное яйцо. Визуальный осмотр при перитоните, как правило, затруднен из-за напряжения передней брюшной стенки. Тем не менее важно осмотреть подвижность шейки матки, болевую реакцию, связанную с ее движением, попытаться определить контуры внутренних половых органов, их величину, состояние сводов, параметральной клетчатки. При недоступности верхних контуров матки и придатков нижние контуры, особенно увеличенных придатков, часто мешчатых воспалительных образований, пальпируются снизу через своды довольно хорошо. Вагинальный осмотр можно дополнить в неясных случаях ректальным осмотром.

Больных с гинекологическим перитонитом мы госпитализируем, больных с хирургическим перитонитом, а также с другой выявленной хирургической патологией отправляем в приемный покой хирургического отделения с заключением гинеколога. В неясных, атипичных случаях приглашаем на консультацию хирурга и совместно решаем вопросы госпитализации и тактики ведения больной.

Больных, поступивших с гинекологическим перитонитом, госпитализируем в реанимационную палату отделения, где проводим обследование и лечение до конца острого периода заболевания.

При беременности и криминальном аборте выскабливание проводим как можно раньше, в зависимости от состояния больной. Выскабливание делаем с предоперационной подготовкой, под обезболиванием внутривенным введением 1,0 2% раствора промедола и парацервикальной анестезией 20 мл 1% раствора новокаина; одновременно проводим антибактериальную, дезинтоксикационную, кардиальную и сосудистую терапию.

При наличии у больных перитонитом экссудата обезболиваем слизистую заднего свода 5 мл 1% раствора новокаина, проводим парацервикальную анестезию тем же раствором и делаем пункцию заднего свода. Через прокол стараемся удалить весь экссудат, изучаем его характер, делаем посев и определяем чувствительность к антибиотикам. Последние вводим через задний свод в брюшную полость, непосредственно к очагу воспаления. Сначала вливаем пенициллин по 10—20 млн. ед., затем через ту же иглу — 2,0 мл 0,25% раствора хлорфиллипта на 38 мл физиологического раствора. Введение антибиотиков через задний свод с удалением экссудата делаем 4—5 раз до стихания острого периода перитонита; если процесс хорошо купируется — не более 1—2 раз. Тяжело больным наряду с пенициллином вводим в задний свод антибиотики широкого спектра действия в половинной суточной дозе. Вторую половину дозы инъецируем по частям внутривенно или внутримышечно.

В палате интенсивного выхаживания больных помещаем на функциональную койку с приподнятым головным концом с целью ограничения затекания экссудата в верхние отделы брюшной полости. До окончания острого периода предписываем строгий постельный режим и щадящую диету, исключающую острые блюда, — четвертый хирургический стол.

Для тяжело больных, с перитонитом на фоне сепсиса, выделяем индивидуальный пост сестры. Заводим лист индивидуального наблюдения, где по часам регистрируется температура, дыхание, пульс, АД, почасовой и суточный диурез.

С момента поступления больных до окончания у них острого периода назначаем местную гипотермию. Накладываем от одного до трех пузырей со льдом, в зависимости от степени распространности перитонита. Пузыри со льдом прикладывают через один слой салфетки, сверху укрывают вторым слоем, затем одеялом. Гипотермию проводим круглосуточно с небольшими интервалами: для обновления льда, из-

менения положения больной в постели, для кратковременного отдыха, в период кормления. В целом за сутки гипотермия длится с перерывами 16—18 ч. Вначале больные отрицательно относятся к лечению холодом, боясь осложнений, но через некоторое время, убедившись, что оно способствует уменьшению болей, сами активно подключаются к его проведению. Осложнений, связанных с гипотермией, мы не отмечаем. Перед применением холода мы проводим короткую беседу с больной о значении этой процедуры.

После 1-х суток консервативной терапии обычно воспаление брюшины начинает уменьшаться, открытый перитонит переходит в закрытый. На 2—3-и сутки симптом раздражения брюшины остается в основном над лоном. На 4-е сутки, а иногда и раньше, температура нормализуется, начинают улучшаться все клинические и лабораторные показатели. Затем еще на 1—2 дня назначаем холодотерапию 5—6 раз в сутки по 30—40 мин. В целом применяем местную гипотермию 4—5 сут, до полного исчезновения симптомов острого перитонита. После отмены холода, на 4—5-е сут разрешаем больным ходить. Местную гипотермию получали у нас все больные, перенесшие перитонит, контрольной группы больных не было. Но мы заметили, что у женщин, которые режим гипотермии соблюдали не вполне строго, острый процесс затягивался до 5—6 дней, клинические и лабораторные показатели нормализовались позднее.

Параллельно с местной гипотермией назначаем комплексную медикаментозную терапию. При тяжело протекающем перитоните проводим пункцию и катетеризацию подключичной вены для проведения инфузионной терапии, выделяем индивидуальный пост медицинской сестры. Назначаем антибиотики, начиная с пенициллина, который с первого дня вводим в больших дозах: по 1 млн. ЕД 6 раз в день внутримышечно, по 25—50 млн. ЕД внутривенно 2 раза в течение суток, капельно на физрастворе, вместе с введением внутрибрюшинно через задний свод; в целом назначаем до 100—130 млн. ЕД пенициллина. Одновременно даем противогрибковые антибиотики: леворин, нистатин. С купированием процесса внутривенное вливание пенициллина отменяем, вводим только внутримышечно. В тяжелых случаях, осложненных сепсисом, комбинируем пенициллин с антибиотиками широкого спектра действия. Особенно выраженное действие оказывают большие дозы пенициллина с оксациллином, метициллином, ампициллином от 2 до 4 г в сутки. Параллельно с антибиотиками применяем сульфаниламиды. Широко пользуемся внутривенным введением 10% раствора стрептоцида по 10—15 мл внутривенно. Выраженный эффект дает сочетание антибиотиков с бисептолом по 2 таблетки 2—3 раза в сутки. Больным, которым сульфаниламиды противопоказаны, назначаем нитрофураны: фурадонин по 0,1 г 4—6 раз в сутки до 5—6 дней. В комплекс лечения антибиотиками включаем витаминные группы В, С, Р. Хорошие результаты приносит лечение хлорфиллиптом, особенно в тех случаях, когда определенные группы антибиотиков больным противопоказаны. Хлорфиллипт (2 мл 0,25% раствора) назначаем внутривенно в 38 мл физиологического раствора 2 раза, в тяжелых случаях 3—4 раза в сутки в течение 10 дней.

Ферментотерапию проводим капельным внутривенным вливанием контрикала по 25 тыс. ЕД в 200 мл 5% раствора глюкозы 2 раза в сутки в течение 3—4 дней. Предварительно делаем проверку на чувствительность внутрикожной пробой (5 тыс. ЕД на пробу). При необходимости повторяем курс через 4—5 дней. Дозировку препарата при ежедневном введении постепенно снижаем, доводя последнюю дозу до 5 тыс. ЕД.

Всем больным назначаем антигистаминные препараты (1—2 мл 1% раствора димедрола внутримышечно, пипольфен, супрастин, дипразин).

Дезинтоксикационная терапия включает внутривенное введение 400 мл 6% геMODEZA в течение 3—4 дней, 400 мл полиглюкина внутривенно, капельно, 500 мл 5% раствора глюкозы с инсулином, реополиглюкин. В целом за сутки вводим внутривенно капельно 2—3 л, в тяжелых случаях — до 3—4 л жидкости из расчета 40 мл на 1 кг массы тела с обязательным учетом почасового и суточного диуреза.

Для профилактики острой почечной недостаточности параллельно с вливанием растворов назначаем лазикс по 2—4 мл в сутки, урегит, глюкозо-новокаиновую смесь. Белковые препараты и электролиты вводим под контролем протеинограммы и ионограммы. С целью повышения реактивности организма переливаем свежую донорскую кровь. Для улучшения сердечной деятельности назначаем камфору, строфантин, коргликон, 50—100 мг кокарбоксылазы. По показаниям проводим антикоагулянтную терапию гепарином. Деятельность кишечника стимулируем введением нифуфина, прозерина, церукала, клизмами. По показаниям больные получают неробол, ретаболил.

Если после проводившейся в течение 2—3 дней консервативной терапии состоя-

ние больной не улучшается, применяем хирургическое лечение. Оперируем под эндотрахеальным наркозом. Брюшную полость вскрываем продольным срединным разрезом. Стараемся проводить щадящее вмешательство, особенно молодым женщинам. В основном удаляем гнойник, промываем брюшную полость раствором фурациллина (1 : 5000), анестезируем брыжейку 0,25% раствором новокаина, дренируем брюшную полость в верхних и нижних отделах, а также через задний свод. В послеоперационном периоде продолжаем начатую медикаментозную терапию параллельно с гипотермией передней брюшной стенки через стерильные салфетки.

В холодном периоде как при консервативном лечении, так и после операции проводим комплекс мероприятий, направленных на рассасывание остаточных явлений перитонита, мешетчатых опухолей придатков, параметрита (там, где было его сочетание с перитонитом). С этой целью мы делаем аутогемотерапию (в возрастающем объеме от 1 мл до 10 мл и затем в убывающем — до 1 мл), вводим стекловидное тело, алоэ. Используем ферментотерапию дезоксирибонуклеазой, химотрипсином в сочетании с физиотерапией. Хороший результат рассасывания больших инфильтратов наблюдается при чередовании через день терапии ферментами и ультразвуком. С 3-й недели применяем тампоны с глицерином, с глицерин-ихтиолом, клизмы с шалфеем, ромашкой. Заканчиваем лечение тепловыми процедурами (парафиновые аппликации, парафин влагалацио при нормальной температуре). Выписываем пациенток с полной реабилитацией под наблюдением женской консультации.

Мы проанализировали истории болезни 81 больной с гинекологическим перитонитом, находившейся на лечении в нашем отделении за период с 1968 по 1979 г. Чаще всего перитонит как осложнение наблюдался у женщин детородного возраста — от 20 до 40 лет (80,2%).

У 17 больных перитонит развился после криминального аборта, у 2 его причиной послужило осложнение после медаборта, у 3 — осложнение после родов (поздний послеродовый период), у 2 он возник после инструментальных вмешательств на фоне хронического воспаления придатков (доставлены после выписки, из дому), у 1 — после операции, у 1 — в результате нагноения злокачественной опухоли яичника, у 9 — после пеллоидобальнеотерапии, у 34 — в результате обострения хронического воспаления придатков матки, у остальных 12 были перитониты гонорейного происхождения.

У всех больных при поступлении были констатированы четко выраженный симптом раздражения брюшины, болевой синдром, тахикардия, резкое повышение температуры, сухость во рту, возбуждение или апатия как следствие интоксикации.

Из 81 больной 70 излечены путем комплексной консервативной терапии с применением гипотермии. Они провели в отделении от 14 до 31 дня. 11 больных оперированы после безуспешной консервативной терапии, находились в отделении от 16 до 25 дней (у 1 женщины со вторичным заживлением швов лечение продолжалось 44 дня). Летальность составила 1,2% — умерла 1 больная. 80 женщин выписаны в хорошем состоянии.

Повторно поступили на лечение 5 женщин: 2 оперированы по поводу хронического воспаления придатков и бесплодия, 1 — по поводу рецидива перитонита, у 2 было обострение хронического воспаления придатков.

Таким образом, больным с гинекологическими перитонитами целесообразно проводить интенсивную комплексную консервативную терапию с применением местной гипотермии. Оперативное вмешательство следует проводить при условии безуспешности консервативной терапии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Медведев Н. П., Сметанин Б. Ф., Котельников П. Н. Казанский мед. ж., 1977, 1. — 2. Савельева Г. М., Антонова Л. В., Богинская Л. Н., Иванова Т. В. Там же, 1980, 1.

Поступила 17 июня 1980 г.