

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 _____ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Запальні захворювання жіночих статевих органів (код курсу 4.2.10.2.)
Курс	Піврічна спеціалізація
Спеціальність	Загальна практика – сімейна медицина

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

Мікроб-збудник визначає формування вогнища і клінічні симптоми лише в гострій стадії захворювання, у хронічній стадії він майже повністю втрачає своє етіологічне значення. В хронічній стадії і при рецидивах запальних захворювань геніталій важлива роль належить аутосенсibiliзації організму (утворення антитіл до антигенів яєчника, матки і труб) у результаті чого виникають функціональні порушення в нервовій системі, ендокринній, судинній, печінці.

II. Об'єм повторної інформації

1. Фізіологія кровообігу.
2. Особливості васкуляризації жіночих статевих органів.
3. Основні шляхи інфікування жіночих статевих органів.
4. Стан біоценозу піхви при фізіологічній вагітності.
5. Вплив вагітності та мікробний пейзаж пологових шляхів.
6. Зміни в різних органах та системах плода внаслідок його інфікування.

III. Об'єм нової інформації

1. Оцінити фактори ризику ЗППШ.
2. Діагностувати ЗППШ.
3. Оцінити УЗД маркери запальних захворювань жіночих статевих органів.
4. Скласти план ведення жінки з запальними захворюваннями статевих органів.
5. Скласти план лікування вагітної з внутрішньоутробним інфікуванням плода.
6. Призначити прекоцепційну підготовку для жінки, що страждає на ЗППШ.
7. Обстежувати хворих із запальними захворюваннями (анамнез, об'єктивні дані, інтерпретація лабораторних методів обстеження).
8. Діагностувати запальні захворювання різних відділів статевого апарату.
9. Лікувати хворих із вище перерахованою патологією.
10. Проводити профілактичні заходи запалення геніталій.
11. Система медичного відбору хворих для проведення профілактичних, терапевтичних і реабілітаційних заходів на курорті.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	25
3.	Опанування практичних навичок.	30
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	10
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Гінекологічне відділення.
3. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії хвороб жінок з запальними захворюваннями ЖСО.
4. Обладнання для кольпоскопії та гістросальпінгографії.

VI. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу жінок з запальними захворюваннями ЖСО.		+	
2.	Оцінити результати УЗД при наявності у жінки запальних захворювань ЖСО.		+	
3.	Провести оцінку фізіологічного стану репродуктивної системи жінки.		+	
4.	Визначити тактику ведення жінок з запальними захворюваннями ЖСО.		+	
5.	Визначати етіологію запального захворювання ЖСО.		+	
6.	Визначити метод специфічної профілактики запальних захворювань ЖСО.		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

- Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).
 Самоконтроль лікаря-інтерна.
 Вирішення ситуаційних задач.
 Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів за локалізацією.
2. Які збудники найчастіше викликають запалення нижнього відділу статевих органів?
3. Які збудники найчастіше викликають запалення верхнього відділу статевих органів?
4. Шляхи поширення інфекції в жіночих статевих органах.
5. Клініка, діагностика та лікування вульвіту.
6. Клініка, діагностика та лікування бартолініту.
7. Клініка, діагностика та лікування кольпіту.
8. Клініка, діагностика та лікування ендocerвіциту.
9. Клініка, діагностика та лікування ендометриту.
10. Клініка, діагностика та лікування сальпінгооофориту.
11. Клініка, діагностика та лікування параметриту.
12. Клініка, діагностика та лікування пельвеоперитоніту.
13. Основні принципи запальних процесів статевих органів.
14. Основні форми гонорейної інфекції.
15. Діагностика та лікування жіночої гонореї.
16. Клініка, діагностика, лікування кандидозу.
17. Клініка, діагностика та лікування жіночого трихомоніазу.
18. Вірусні інфекції жіночих статевих органів.

19. Клініка, діагностика та лікування хламідіозу.
20. Клініка, діагностика та лікування мікоплазмозу.
21. Клініка, діагностика та лікування бактеріального вагінозу.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Визначення поняття ЗППШ.
2. Фактори ризику ЗППШ.
3. Класифікацію ЗППШ.
4. Патогенез ЗППШ.
5. Клінічні прояви ЗППШ.
6. Стандартні методи обстеження жінок із ЗППШ.
7. Специфічні методи обстеження із запальними захворюваннями статевих органів.
8. Показання і терміни обстеження вагітних групи ризику ВУІ.
9. Обсяг лікувальних заходів при запальних захворюваннях жіночих статевих органів.
10. Методи профілактики ЗППШ.

Тестові завдання

1. Хвора, 28 років, скаржиться на дискомфорт, різку болючість у нижній треті великої статевої губи зліва. Захворіла гостро, після місячних. Температура тіла 38°C. При огляді у ділянці лівої статевої губи мається утворення, діаметром до 3 см., з гіперемійованою поверхнею, різко болюче при торканні, з симптомами флюктуації. **Який діагноз?**

- A. Кіста бартоліневої залози.**
- B. Рак вульви.
- C. Фіброїд вульви.
- D. Гострий бартолініт.
- E. Гіпертрофія статевої губи.

2. Якими симптомами може бути свербіння зовнішніх статевих органів?

- A. Запальних захворювань внутрішніх статевих органів;
- B. Краурозу вульви.**
- C. Цукрового діабету.
- D. Психоневрозу.

3. Укажіть можливі ускладнення гострого запалення додатків матки:

- A. перехід в хронічну форму;
- B. генералізація інфекції з розвитком місцевого або розлитого перитоніту;
- C. абсцедування;
- D. формування синдрому хронічного тазового болю;
- E. все перераховане вище.**

Ситуаційні задачі :

Задача 1. У жіночу консультацію звернулася вагітна жінка з метою постановки на диспансерний облік. Встановлено, що ця вагітна належить до групи високого інфекційного ризику.

Завдання: Перерахуйте клініко-лабораторні обстеження, які має застосувати лікар.

Відповідь: Призначаються стандартні, специфічні (бактеріологічні, вірусологічні, цитологічні, молекулярно-біологічні), у разі необхідності - додаткові (біопсія хоріону тощо).

Задача 2. До жіночої консультації звернулася пацієнтка С., 28 років, із скаргами на виділення із статевих шляхів неприємного запаху, світло-жовтого кольору, затримку місячних. Із анамнезу

- статеве життя регулярне із 16 років, вагітності не запобігала. У зв'язку з відсутністю вагітностей пройшла обстеження. Виявлено хламідії в культурі клітин і методом ПЦР. Під час звернення встановлено термін вагітності 6-7 тижнів.

Запитання: Яка тактика лікаря? Який вплив інфекції на плід?

Відповідь: Скринінг не проводять. Лікування після 14 тижнів вагітності макролідами. Ризик для плода - гіпотрофія, для новонародженого - кон'юнктивіт, пневмонія.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ

Запальні захворювання органів малого тазу (ЗЗОМТ) є наслідком висхідного інфікування із шийки матки, яке призводить до розвитку ендометриту, сальпінгіту, параметриту, оофориту, тубооваріального абсцесу та/або тазового перитоніту.

Етіологія (стафілококова, стрептококова, кишкова паличка, асоціації мікробів). Проникнення гнилісних мікробів можливе при порушенні епітеліального покриття (аборти, пологи, внутрішньоутробні маніпуляції).

Звертається увага на зміну структури запальних захворювань у 80% жінок вражаються маткові труби, на другому місці стоять захворювання матки. Запальні процеси призводять до порушення менструальної функції: у 70-90% хворих спостерігається недостатність обох фаз яєчника або порушення овуляції, непліддя, трубного і яєчникового генезу – у 40-50% хворих.

Вульвіт – запалення зовнішніх жіночих статевих органів. Розрізняють первинні та вторинні вульвіти. Первинний виникає в дитячому віці. Його розвитку сприяють недотримання норм особистої гігієни. У дорослих жінок звичайно виникає вторинний вульвіт на фоні запалення внутрішніх статевих органів. У цьому випадку патологічні виділення з вищерозташованих відділів статевих шляхів порушують епітеліальний покрив вульви, що створює умови для проникнення мікроорганізмів. Виникненню як первинних, так і вторинних вульвітів сприяє гіпофункція яєчників.

Гострий вульвіт – проявляється набряком тканин, гіперемією вульви, значними виділеннями. Хворі скаржаться на свербіж і печію в ділянці зовнішніх статевих органів, особливо після сечовиділення, біль при рухах, гнійні виділення.

Хронічний вульвіт – характеризується свербіжем, печією, наявністю білей, гіперемією вульви, однак ці ознаки носять специфічний характер.

При первинному вульвіті для ліквідації патологічного процесу необхідно поряд із дотриманням правил особистої гігієни й лікуванням супутніх захворювань (цукровий діабет, ентеробіоз, гнійничкові захворювання шкіри) проводити місцеву терапію. З цією метою проводять спринцювання піхви чи обмивають зовнішні статеві органи розчином калію перманганату (1:10000), розчином ромашки чи евкалипту.

Вульвовагініт – запалення слизової оболонки піхви і вульви. Виникненню цього захворювання сприяють гіпофункція яєчників, механічні або хімічні пошкодження цілості епітеліального покриття, гострі інфекційні захворювання. Частіше всього хворобу зумовлюють такі збудники, як стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, клебсієлла, протей, ентеробактерії, трихомонади та ін. Основним симптомом вульвовагініту є білі, характер яких залежить від виду збудника. Нерідко хворі скаржаться на свербіж і відчуття печії при сечовиділенні. В окремих випадках відмічається ниючий біль понизу черева.

При встановленні діагнозу основну увагу слід звернути на визначення етіології вульвовагініту, так як від цього в значній мірі залежить ефективність проведеного лікування.

Простий (серозно-гнійний) вульвовагініт. В етіології цього захворювання основну роль відіграють стафілококи, стрептококи, кишкова паличка. при огляді в дзеркалах

відмічається гіперемія, набряк слизової оболонки, місцями вона покрита серозними чи серозно-гнійними нашаруваннями. У хронічній стадії зміни слизової оболонки піхви виражені слабо, кількість білей незначна.

В гострій стадії призначають місцеві процедури в поєднанні з антибактеріальною терапією, яку проводять із врахуванням даних антибіотикограми. Обов'язково застосовують десенсibiliзуючі препарати.

Місцеве лікування складається з призначення сидячих ванн із розчином калію перманганату (1:10000), шалфея чи дубової кори, проведення спринцювань і обробка вульви 1% розчином таніну, розчином натрію гідрокарбонату або 1% розчином хлорофіліпту. При гіпофункції яєчників показано призначення естрогенних гормонів у вигляді мазів чи тампонів. Після стихання гострих явищ і при хронічному вульвовагініті показано широке використання ультразвуку, озокериту, водолікування, вітамінотерапія (А, групи В,С,Р).

В останні роки з великим успіхом для лікування як гострих, так і хронічних вульвовагінітів використовується поліжинакс. Препарат володіє широким спектром антибактеріальної дії і завдяки його компонентам (неоміцину сульфат, поліміксину В сульфат, ністатину).

Вульвовагініт, викликаний дією хімічних речовин. Хімічний або контактний вульвовагініт розвивається внаслідок подразнюючої дії мила, детергентів, гігієнічних дезодорантів. Розвитку цього захворювання сприяють часті спринцювання. У хворих спостерігається набряк слизової піхви і вульви, білі і сирібіж. При відсутності лікування можливе вторинне інфікування. Після припинення контакту із зумовлюючим агентом, клінічні прояви звичайно зникають. В окремих випадках рекомендується призначення тавегілу.

Бактеріальний вагіноз – захворювання викликає піхвова гарднерела. При вульвовагініті, викликаному гарднерелою, виділення звичайно незначні, сірого кольору, водянисті. Хворі скаржаться на нерпиемні рибні запахи виділень. В піхві і в ділянці вульви виникає свербіж і печія.

Діагноз установлюють на основі виявлення в мазку “ключових” клітин, тобто клітин, які набувають зернистого кольору. Лікування включає обов'язкове проведення антибактеріальної терапії. Місцеве лікування у вигляді спринцювань або сидячих ванн доповнює основне.

Призначають один із наступних препаратів: кліндоміцин 0,3 мгх2 р. в день, метранідазол (по 0,5 г 2 рази в день на протязі 7 днів), ампіцилін (по 0,5 г 4 рази в день на протязі 7 днів). Доксоциклін (по 0,1г 2 рази в день на протязі 7 днів), макмірор – комплекс (піхвовий крем або піхвові свічки на протязі 10-12 днів, далацин С).

Ендоцервіцит – це захворювання викликають ті ж збудники, що і вульвовагініти. Розвитку ендоцервіциту сприяють розриви й деформації шийки матки, які виникають під час пологів і абортів. Звичайно він супроводжує вульвовагініти, ендометрити або запальні захворювання додатків матки.

Хворих турбують слизово-гнійні білі, іноді ниючі болі понизу черева. При огляді шийки матки відмічається гіперемія навколо маткового зіву і мутні (рідше гнійні) виділення з каналу шийки. При тривалому перебігу захворювання виникає гіпертрофія шийки матки.

Лікування ендоцервіциту таке ж, як і вульвовагініту. В гострій стадії призначають антибактеріальні препарати, спринцювання 2% розчином натрію гідрокарбонату або розчином евкалипту, ванночки з протарголом або коларголом, електрофорез цинку. Якщо ендоцервіцит виник на фоні розриву шийки матки, то після проведеного протизапального лікування слід провести операцію Еммета.

До запальних захворювань органів малого тазу відносяться *запалення ендометрію та міометрію, маткових труб, яєчників та тазової очеревини.*

Сальпінгоофорит належить до найчастішої локалізації ЗЗОМТ.

Класифікація.

1. Класифікація запальних хвороб органів малого тазу у жінок згідно (N70 - N73)

МКХ-10

Сальпінгіт та оофорит Включено: абсцес: фаллопієвої труби, яєчника, тубооваріальний піосальпінкс сальпінгоофорит тубооваріальне запальне захворювання	N 70
Гострий сальпінгіт та оофорит	N 70.0
Хронічний сальпінгіт та оофорит Гідросальпінкс	N 70.1
Сальпінгіт та оофорит, не уточнені	N 70.9
Запальна хвороба матки, за винятком шийки матки Включено: - ендоміометрит; - метрит; - міометрит; - піометра; - абсцес матки	N 71
Гостре запальне захворювання матки	N 71.0
Хронічне запальне захворювання матки	N 71.1
Запальне захворювання матки, не уточнене	N 71.9
Гострий параметрит і тазовий целюліт. Абсцес: - широкої зв'язки; - параметрію (уточнені як гострі).	N 73.0
Хронічний параметрит і тазовий целюліт. (Будь-який із станів у підрубриці N 73.0, визначений як хронічний).	N 73.1
Параметрит і тазовий целюліт, не уточнений.	N 73.2
Гострий тазовий перитоніт у жінок.	N 73.3
Хронічний тазовий перитоніт у жінок.	N 73.4
Тазові перитонеальні спайки у жінок (виключено післяопераційні тазові спайки).	N 73.6
Інші уточнені запальні хвороби органів малого тазу у жінок.	N 73.8

Ендометрит

Гострий ендометрит виникає, як правило, після різних внутріматкових втручань, виконаних із діагностичною або лікувальною метою. До його появи можуть призвести також: інфекційні захворювання, використання внутріматкових контрацептивів, недотримання правил гігієни статевого життя.

Захворювання виникає гостро. Відмічається підвищення температури тіла, порушення загального стану хворої, з'являються скарги на нездужання, біль понизу черева з іррадіацією в крижі або в пахові ділянки, серозно-гнійні або кров'янисто-гнійні виділення із статевих шляхів.

Діагноз гострого ендометриту встановлюють на основі даних анамнезу захворювання, результатів об'єктивного й лабораторного досліджень.

Хворій призначають ліжковий режим, холод на низ черева. З метою дезинтоксикаційної терапії вводять гемодез, ізотонічний розчин натрію хлориду, розчин Рінгера-Локка, 5% розчин глюкози. Антибактеріальну терапію проводять по схемі, призначають утеротоніки, імуномодулятори. Порожнину матки промивають дезінфікуючими розчинами.

Для хронічного ендометриту характерно: ниючий біль понизу черева і в попереку, наявність білей слизово-гнійного характеру.

Лікування включає застосування десенсибілізуючої терапії, біостимуляторів, імуностимулюючої терапії.

2. Відповідно до клінічного перебігу та на основі патоморфологічних досліджень виділяють дві клінічні форми гнійних запальних захворювань внутрішніх статевих органів – *неускладнені і ускладнені*.

До неускладнених відносяться ендометрит, гострий гнійний сальпінгіт, пельвіоперитоніт; до ускладнених – всі осумковані запальні пухлини додатків матки, гнійні тубооваріальні утворення.

3. Відповідно **клінічних проявів** розрізняють:

- *гострий або підгострий сальпінгіт*, який спричиняє тазові болі різної інтенсивності, а також клінічні та біологічні ознаки запалення;

- *хронічний сальпінгіт*, який може бути без клінічних проявів і діагностується при виникненні відтермінованих ускладнень (безпліддя, позаматкова вагітність).

Збудники, які найчастіше викликають запалення фаллопієвих труб:

1. *Neisseria gonorrhoeae* – грамвід'ємний диплокок; є штами, що виділяють пеніциліназу, що утруднює терапію; єдиний мікроорганізм, що виділяється безпосередньо із культури матеріалу, взятого із піхви, у третини жінок з гострими ЗЗОМТ.

2. *Chlamydia trachomatis* – облігатний внутрішньоклітинний організм; виявляють у культурі матеріалу, взятого із маткових труб, у 20% жінок із сальпінгітом; виявляється разом із *Neisseria gonorrhoeae* у 25 – 40% випадків.

3. Ендогенні аеробні мікроорганізми - *E.coli, Proteus, Klebsiella, Streptococcus spp.*

4. Ендогенні анаеробні мікроорганізми - *Bacteroides, Peptostreptococcus, Peptococcus.*

5. *Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum.*

6. *Actinomyces israelii* – виявляються у 15% випадків ЗЗОМТ, пов'язаних із ВМС, особливо при односторонніх тубооваріальних абсцесах; захворюваність збільшується при використанні ВМС більше 2 років.

У однієї третини обстежених виявляють *Neisseria gonorrhoeae* та різноманітну ендогенну аеробну і анаеробну флору. У однієї третини обстежених виявляють тільки ендогенну аеробну і анаеробну флору. *Chlamydia trachomatis* та *Neisseria gonorrhoeae* виявляють разом у 25 – 40% випадків.

Фактори ризику :

1. Ранній початок статевого життя .
2. Наявність декількох статевих партнерів.
3. ВМС.
4. Наявність ЗЗОМТ в анамнезі – рецидиви виникають у 25% випадків.
5. ЗПСШ в анамнезі (у хворої або її партнера).
6. Бактеріальний вагіноз.

Провокуючі чинники розвитку або загострення ЗЗОМТ:

1. Менструація.
2. Статевий акт.
3. Ятрогенні причини: медичний аборт; вишкрібання стінок порожнини матки; введення ВМС; гістеросальпінгографія, процедура запліднення in vitro.

Показання для госпіталізації:

1. Клінічні прояви гострого запального процесу органів малого тазу.
2. Тубооваріальні гнійні пухлини.
3. Необхідність виключення гострої хірургічної патології.
4. Важкий стан хворої (блювота, гіпертермія, дегідратація, ознаки “гострого живота”).
5. Неefективна амбулаторна терапія.

Діагностика.

Діагноз гострого сальпінгіту ґрунтується на наявності трьох або більше клінічних ознак:

1. Загострення або поява симптомів під час або одразу після менструації.
2. Біль у ділянці малого тазу (дво- або одnobічний).
3. Метрорагія.
4. Слизово-гнійні виділення із піхви та цервікального каналу.
5. Температура тіла 38° С або вище.
6. Дизурія.
7. Збільшення та болючість додатків матки при внутрішньому бімануальному дослідженні.
8. Зміни клінічного аналізу крові (лейкоцитоз, зсув формули вліво, підвищення ШОЕ).

ЗЗОМТ – клінічний діагноз. Однак приблизно у 50% випадків спостерігається нехарактерна клінічна картина, яка симулює інші захворювання (гострий апендицит, ниркова колька, цистит). Якщо діагноз ґрунтується тільки на клінічній симптоматиці, ймовірність хибнопозитивних результатів складає 35%, хибнонегативних результатів – тільки 15% [А, В].

Точний метод діагностики ЗЗОМТ – пряма візуалізація при проведенні лапароскопії.

Лапароскопію рекомендується проводити у 1-й день перебування пацієнтки у гінекологічному стаціонарі, після проведення лабораторного обстеження, паралельно з антибіотикотерапією. Можуть бути утруднення у діагностиці ендометриту та слабо виражених змін фалопієвих труб.

Диференційна діагностика гострого сальпінгоофориту проводиться з наступними захворюваннями:

1. Ектопічна вагітність.
2. Ускладнена кіста яєчника.
3. Гострий апендицит.
4. Генітальний ендометріоз.
5. Запальні захворювання кишківника.
6. Некроз міоматозного вузла.

Ускладнення гострого сальпінгіту та оофориту:

1. Піосальпінкс (абсцес маткової труби).
2. Гідросальпінкс (заповнена серозною рідиною, розширена, із витонченою стінкою маткова труба, зазвичай повністю непрохідна).
3. Часткова непрохідність маткових труб з утворенням крипт (чинник розвитку ектопічної вагітності).
6. Повна непрохідність маткових труб та безпліддя.
7. Трубно-яєчникові абсцеси.
8. Перитубарні та періоваріальні зрости.
9. Зрости у порожнині тазу і черевній порожнині.
10. Розриви абсцесів з розвитком сепсису та шоку.

11. Хронічний тазовий біль та диспареунія.

Лікування гострого сальпінгоофориту.

Медикаментозна терапія, яка була б одночасно ефективна проти основних збудників *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* та анаеробних мікроорганізмів, має включати антибіотики широкого спектру дії :

Основний курс терапії високими дозами антибіотиків в/в або в/м (кратність та тип парентерального введення залежать від клінічної картини) продовжується протягом 3 – 5 – 7 діб (до зникнення клінічних симптомів і ще одну добу після клінічного покращення), з наступним переходом на пероральні схеми, або, при необхідності, зміною антибіотику та шляхів його введення. Загальна тривалість лікування має складати не менше 14 діб.

Схеми стаціонарного лікування:

I. *Цефалоспорины II покоління* (цефокситин по 1,0 – 2,0 г три-чотири рази на добу в/в або в/м) плюс *Тетрацикліни* (доксіциклін по 100 мг в/в два рази на добу або перорально по 100 мг два рази на добу), потім доксіциклін по 100 мг перорально двічі на добу плюс метронідазол по 400 мг перорально двічі на добу. Тривалість лікування – повних 14 діб.

II. *Цефалоспорины III покоління* (цефотаксим по 1,0 г в/в три - чотири рази на добу; цефтріаксон 1,0 – 2,0 г в/в один раз на добу) плюс *Тетрацикліни* (доксіциклін по 100 мг в/в два рази на добу або перорально по 100 мг два рази на добу), потім доксіциклін по 100 мг перорально двічі на добу плюс метронідазол по 400 мг перорально двічі на добу. Тривалість лікування – повних 14 діб.

III. *Кліндаміцин* (900 мг в/в 3 рази на добу) і *гентаміцин* (1,0 мг/кг три рази на добу в/в або в/м) не менше 4 – 5 діб, потім або кліндаміцин по 450 мг 4 рази на добу перорально до завершення 14-денного курсу; або доксіциклін по 100 мг перорально двічі на добу плюс метронідазол по 400 мг перорально двічі на добу. Тривалість лікування – повних 14 діб.

IV. *Цефалоспорины III покоління* (цефотаксим по 1,0 – 2,0 г в/в 2 – 3 рази на добу) плюс *гентаміцин* (2,0 мг/кг в/в або в/м один раз на добу), потім доксіциклін по 100 мг перорально двічі на добу плюс метронідазол по 400 мг перорально двічі на добу. Тривалість лікування – повних 14 діб .

Альтернативні схеми лікування:

I. Офлоксацин по 400 мг в/в два рази на добу плюс метранідазол 500 мг в/в 3 рази на добу (з переходом на пероральне застосування через 48 годин після клінічного покращення). Тривалість лікування - 14 діб.

II. Ципрофлоксацин по 200 мг в/в два рази на день плюс доксициклін по 100 мг в/в (або перорально) двічі на день плюс метронідазол по 500 мг в/в три рази на день (з переходом на пероральне застосування через 48 годин після клінічного покращення). Тривалість лікування - 14 діб.

Принципи лікування гострого сальпінгоофориту.

Антибактеріальна терапія доповнюється десенсибілізуючою, інфузійною, антиоксидантною, симптоматичною, протикандидозною терапією.

Група препарату	Міжнародна назва препарату	Доза, кратність та шлях введення	Рівень доказовості
Антибактеріальна терапія			
Цефалоспорины	цефокситин	1,0 – 2,0 г кожних 6 – 8 год. в/в	A

II покоління		або в/м	
Цефалоспорини III покоління	цефотаксим цефтріаксон	по 1,0 г три - чотири рази на добу в/в; 1,0 – 2,0 г один раз на добу в/в.	A
Карбоксіпеніциліни	Тикарцилін натрію	150-300 мг/кг/добу, кратність введення – кожних 6 години. Максимальна добова доза – 24 г	A
Тетрацикліни	Доксциклін	100 мг в/в два рази на добу або 100 мг перорально двічі на добу	A
Лінкозаміни	Кліндаміцин	900 мг в/в 3 рази на добу, потім по 450 мг перорально 4 рази на добу	A
Аміноглікозиди	Гентаміцин	1,0 мг/кг в/в або в/м три рази на добу або 2,0 мг/кг в/в (в/м) один раз на добу	A
Фторхінолони	Офлоксацин	200 - 400 мг в/в два рази на добу, потім 200 – 400 мг перорально двічі на добу	A, B
Фторхінолони	Ципрофлоксацин	200 мг в/в два рази на добу, потім 250 – 500 мг перорально двічі на добу	A, B
Антибактеріальні засоби	Метронідазол	500 мг в/в через 8 год. або 400 мг перорально двічі на добу	A
Протикандидозні засоби	Флюконазол	150 мг в/в 1 раз на сім днів	A
<i>Інфузійна терапія</i>			
Розчини для в/в вливання	5% розчин глюкози 0,9% розчин NaCl	200 – 400 мл в/в крапельно	A
<i>Десенсибілізуюча, імуномодулююча, антиоксидантна терапія</i>			
Антигістамінні препарати			A
Рослинні імуномодулятори			A
Симптоматична терапія			
Спазмолітики	Дротаверин Папаверин	40 мг тричі на добу	A
Анальгезуючі засоби	диклофенак	25 мг 3 рази на добу перорально або у ректальних свічках	A
<i>Відновлення біоценозу піхви</i>			
Пробіотики		Вагінально	A
Еубіотики		Вагінально	A

Якщо антибіотикотерапія за наведеними схемами є неможливою із-за відсутності деяких препаратів або за іншими причинами, проводиться лікування протягом 14 днів антибіотиками, які є ефективними проти:

- *Neisseria gonorrhoeae* (фторхінолони, цефалоспорини, пеніциліни)

- *Chlamydia trachomatis* (тетрацикліни, макроліди)
- *Анаеробних бактерій* (метранідазол)

При неефективності консервативної терапії протягом 72 год. проводиться подальше обстеження, перегляд лікувальної тактики, і / або оперативне лікування із видаленням запального вогнища та дрениванням черевної порожнини.

Параметрит – спостерігається в післяпологовому періоді або після внутріматкових утрючань. Розрізняють передній, задній і боковий параметрит. Збудниками запального процесу є стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, бактерії.

Клініка включає постійний біль понизу черева, температура підвищується, трясовиця, головний біль. Через 3-4 дні в ураженому параметрії визначається щільне без чітких контурів утворення, яке переходить на стінки тазу. Воно нерухоме і різко болюче. При нагноєнні навколوماتкової клітковини показана кольпотомія з наступним дрениванням гнійного вогнища, в якому слід установити дренажну трубку. В подальші дні вогнище промивають дезінфікуючим розчином, через дренажну трубку вводять антибіотики.

Пельвіоперитоніт. Причиною є розкриття піосальпінксу або абсцесу клітковини малого таза в черевну порожнину; виникає при перфорації матки, некрозі фіброзного вузла, пухлини яєчників.

Клініка виділяє 2 стадії – відкриту й закриту. Відкрита характеризується підвищенням температури тіла, появою трясовиці, сильними болями понизу черева, нудотою, блювотою. Язик сухий, часто обкладений. Розвиваються гіпо- або атонія кишківника, помірний метеоризм. Захворювання поступово переходить у закриту стадію, після чого стан хворої значно покращується. Запальний ексудат поступово розсмоктується, виникає злуковий процес, який призводить до обмеження рухливості матки. Лікування консервативне: антибактеріальна й десенсибілізуюча терапія, лікувальні пункції заднього склепіння, задня кольпотомія.

Розлитий перитоніт. Причинами розвитку є перфорація в черевну порожнину вмісту абсцесів тазової клітковини й очеревини, піосальпінксу, нагнійних пухлин яєчників. Розрізняють 3 фази: реактивну, токсичну, термінальну.

Клінічна картина залежить від причин, які призводять до перитоніту, а також від виду збудника.

Єдиним методом **лікування** є хірургічне втручання: видаляють джерело інфекції, проводять інтубацію кишківника, промивають порожнину дезінфікуючим розчином, дрениють.

Розібрати покази до хірургічного лікування (пухлиноподібні запальні захворювання додатків матки, які не піддаються консервативній терапії, особливо у жінок старше 35 років, піосальпінкси, піоваризм).

IX. Основна література для опрацювання

1. Абрамченко В.В. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. Руководство.-СПб: Спец. Литература,2005. - 459 с.
2. 3.Акушерство /Э.К. Айламазян и др./Под ред. Э.К. Айламазяна.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200с.
3. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.
4. Акушерские кровотечения: пособие для врачей /М.А. Репина, Т.У.Кузьминых Д.О.С.Зайнулина и др/Под ред. Э. К. Айламазяна, 2009.- 60 с.
5. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей /Под ред. Г.М.Савельевой. ~М: Медицина, 2006,- 348 с.
6. Актуальные вопросы гинекологии // Под. ред. Коханевич Е.В. - Киев, 2001.

7. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Санкт-Петербург, ООО «Издательство Фолиант», 2002.
8. Венцовский Б.М. Поздний гестоз. - К., 2002. - 768 с.
9. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. Издание 5-е обновленное и дополненное – СПб.: Издательство „Ольга”, 2000.
10. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
11. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. М., «Аерограф-медиа», 2001.
12. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство // Под. ред.. профессора В.К.Чайки. – Донецк: ООО „Альматео”, 2001.
13. Судома И.А. Гистероскопия. Атлас. Киев «ТМК». 2001.
14. Сметник В.П., Кулаков В.И. – Руководство по климактерию. – М: МИА, 2001.