

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

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО
ЗАНЯТТЯ**
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Запальні і септичні стани в акушерстві та гінекології (код курсу 14.0)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

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. Тому метою заняття є поглибити та закріпити знання інтернів з питань етіології, патогенезу, діагностики та тактики ведення жінок запальними захворюваннями жіночих статевих органів.

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.	15
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 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.		+	

VI. 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 сальпінгоофориту.
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. Стандартні методи обстеження жінок із ЗППШ.
2. Специфічні методи обстеження із запальними захворюваннями статевих органів.
3. Показання і терміни обстеження вагітних групи ризику ВУІ.
4. Обсяг лікувальних заходів при запальних захворюваннях жіночих статевих органів.
5. 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 бартолінієвої залози.
 - B. Рак вульви.
 - C. Фіброїд вульви.
 - D. Гострій 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 евкаліпту.

Вульвовагініт – запалення слизової оболонки піхви і вульви. Виникненню цього захворювання сприяють гіпофункція яєчників, механічні або хімічні пошкодження цілості епітеліального покриву, гострі інфекційні захворювання. Частіше всього хворобу зумовлюють такі збудники, як стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, клібсієлла, 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 десенсибілізуючі 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 сребріж. 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 нерпиємні 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 [А, В].

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 дезинфікуючими 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 [А, В, С]:

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* – облигатний 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 [А, В, С]:

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 [А]:

1. Менструація.
2. Статевий акт.
3. Ятрогенні причини: медичний аборт; вишкрібання стінок порожнини матки; введення ВМС; гістросальпінгографія, 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. Неефективна амбулаторна терапія.

Діагностика.

Діагноз гострого сальпінгіту ґрунтується на наявності трьох або більше клінічних ознак [А, В]:

1. Загострення або поява симптомів під час або одразу після менструації.

2. Біль у ділянці малого тазу (дво- або однобічний).

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 [А, В].

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 [А, С]:

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 периоваріальні 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 [А, В] :

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 [А].*

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 [А].*

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 [А].*

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 [А].*

Альтернативні схеми лікування [А, В]:

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 сальпінгофориту.

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

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

- *Neisseria gonorrhoeae* (фторхнолони, цефалоспорины, 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 [А, В, С].

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

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 навколоматкової клітковини показана кольпотомія з наступним дренаванням 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, дренажують.

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

СЕПТИЧНИЙ ШОК

Шифр МКХ – 10- А48.3

Септичний шок – клінічний синдром, що виникає за умови системної запальної відповіді на інфекцію та проявляється порушенням здатності організму підтримувати гемодинаміку і гомеостаз у результаті неадекватної оксигенації тканин і циркуляторних розладів.

Оскільки поняття сепсис, септичний шок, та системна запальна відповідь часто ототожнюють, зокрема у клінічній практиці, то у 1992 році експертами з різних дисциплін було опрацьоване нове визначення для сепсису і його наслідків.

Визначення понять сепсис, тяжкий сепсис, септичний шок.

Синдром системної запальної відповіді (Systemic Inflammatory Response Syndrom - SIRS)

Системна запальна відповідь на різноманітні важкі клінічні пошкодження, яка маніфестується двома чи більше наступними проявами:

- 1) температура тіла більше 38°C або нижче 36°C;
- 2) ЧСС понад 90 уд/хв.;
- 3) частота дихання понад 20 за хвилину або Pa CO₂ нижче 32 мм рт.ст.;
- 4) кількість лейкоцитів понад 12000/мм³, менше 400/мм³ або більше 10% юних форм.

Сепсис

Системна запальна відповідь на достовірно виявлену інфекцію при відсутності інших можливих причин для подібних змін, які характерні для SIRS. Клінічна маніфестація включає два чи більше наступні прояви:

- 1) температура тіла більше 38°C або нижче 36°C;
- 2) ЧСС понад 90 уд/хв.;
- 3) частота дихання понад 20 за хвилину або Pa CO₂ нижче 32 мм рт.ст.;
- 4) кількість лейкоцитів понад 12000/мм³, менше 400/мм³ або більше 10% юних форм.

Тяжкий сепсис/SIRS

Сепсис, який супроводжується дисфункцією органів, гіперперфузією або гіпотензією. Гіперперфузія і перфузійні порушення можуть включати (але не обмежуватися лише ними) ацидоз у результаті накопичення молочної кислоти, олігоурію або гостре порушення психічного статусу. Сепсис – індукована гіпотензія: систолічний тиск крові нижче 90 мм рт.ст. або зниження АТ на 40 мм рт. ст. від вихідного рівня за умови відсутності інших причин для гіпотензії.

Септичний шок (SIRS – шок)

Це ускладнення важкого сепсису і визначається як: сепсис – індукована гіпотензія, що не піддається корекції адекватними поповненнями рідини; перфузійні порушення, які можуть включати (але не обмежуватися лише ними) ацидоз, олігоурію або гостре порушення психічного статусу.

Пацієнти, які отримують інотропні препарати або вазопресори можуть не мати гіпотензії, але тим не менш зберігають ознаки гіперперфузійних порушень та дисфункції органів, які відносять до проявів септичного шоку.

Виникненню шоку сприяють:

- наявність вогнища інфекції (септичний аборт, ендоміометрит, хорионамніонит, лохіометра, залишки плідного яйця та інші);
- зниження загальної резистентності організму;
- можливість проникнення збудників або їх токсинів у кровоносне русло.

У розвитку септичного шоку **виділяють дві стадії**:

- гіпердинамічну – зниження периферичного опору, рефлекторно зростає робота серця, тобто серцевий викид;
- гіподинамічну – порушення перфузії та оксигенації, вторинні у відношенні до регіональної вазоконстрикції і дисфункції міокарда.

Діагностика

У разі розвитку **тяжкого сепсису** також спостерігаються:

- тромбоцитопенія < 100 · 10⁹/л, яку неможливо пояснити іншими причинами;
- підвищення рівня С-реактивного протеїну;
- підвищення рівня прокальцитоніну > 6,0 нг/мл;
- позитивний посів крові з виявленням циркулюючих мікроорганізмів;
- позитивний тест на ендотоксин (LPS-тест).

Діагноз **септичного шоку** встановлюється, якщо до вище перерахованих клініко-лабораторних ознак приєднуються :

- артеріальна гіпотензія (систолічний тиск менше 90 мм рт. ст. або знижений більше ніж на 40 мм рт. ст. від вихідного рівня);
- тахікардія більше 100 уд/хв.;
- тахіпноє більше 25 за хвилину;
- порушення свідомості (менше 13 балів за шкалою Глазго);
- олігурія (діурез менше 30 мл/год);
- гіпоксемія (PaO₂ менше 75 мм рт. ст. при диханні атмосферним повітрям);
- SpO₂ < 90%;
- підвищення рівня лактату більше 1,6 ммоль/л;
- петехіальна висипка, некроз ділянок шкіри.

Необхідно проводити наступні заходи:

- 1) моніторинг параметрів гемодинаміки: артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, центрального венозного тиску;

2) контроль параметрів дихальної системи (підрахунок частоти дихання, газу крові, SpO₂);

3) погодинний контроль діурезу;

4) вимір ректальної температури мінімум 4 рази на добу для співставлення з температурою тіла у аксілярних ділянках;

5) посіви сечі, крові та виділень з цервікального каналу;

6) визначення кислотно – лужної рівноваги крові та насичення тканин киснем;

7) підрахунок кількості тромбоцитів та визначення вмісту фібриногену та мономерів фібрину (розчинний фібрин).

Для уявлення повноцінної картини ураження окрім перерахованих клініко-лабораторних обстежень необхідно додатково провести:

- ЕКГ – з метою виявлення ступеню метаболічних порушень або ішемії міокарду;

- УЗД органів черевної порожнини з метою виявлення можливих гематогенних абсцесів;

- рентгенографічне обстеження органів грудної порожнини з метою підтвердження гострого респіраторного дистрес - синдрому або пневмонії.

Лабораторні дані відображають наявність важкого запалення і ступінь поліорганної недостатності:

- у більшості випадках зустрічається анемія;

- нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом вліво;

- лейкоцитоз > 12000/мл, в окремих випадках може відмічатися лейкомоїдна реакція з кількістю лейкоцитів до 50 – 100 тис. і вище. Інколи може зустрічатися лейкопенія;

- морфологічні зміни нейтрофілів включають токсичну зернистість, появу тілець Доле і вакуолізацію;

- тромбоцитопенія, лімфопенія.

Ступінь інтоксикації відображає **лейкоцитарний індекс інтоксикації** (ЛІІ), який розраховують за формулою:

$$\text{ЛІІ} = \frac{(\text{С} + 2\text{П} + 3\text{Ю} + 4\text{Мі})(\text{Пл} - 1)}{(\text{Мо} + \text{Лі})(\text{Е} + 1)}$$

де С – сегментоядерні нейтрофіли,

П – палочкоядерні лейкоцити,

Ю – юні лейкоцити,

Мі – міелоцити,

Пл – плазматичні клітини,

Мо – моноцити,

Лі – лімфоцити,

Е – еозинофіли.

ЛІІ = 1 в нормі. Підвищення індексу до 2 – 3 свідчить про обмежений запальний процес, підвищення до 4 – 9 – про значний бактерійний компонент ендогенної інтоксикації.

Лейкопенія з високим ЛІІ є поганою прогностичною ознакою для хворих із септичним шоком.

Основні принципи інтенсивної терапії септичного шоку:

1. Негайна госпіталізація у відділення інтенсивної терапії.

2. Корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення інотропної терапії та адекватної інфузійної терапії з постійним моніторингом геодинаміки.

3. Підтримання адекватної вентиляції та газообміну.

4. Хірургічна санація вогнища інфекції.

5. Нормалізація функції кишківника та раннє ентеральне харчування.
6. Своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем.
7. Антибактеріальна терапія під постійним мікробіологічним контролем.
8. Антимедіаторна терапія.

Основною метою **інфузійної терапії** у септичних хворих є підтримка адекватного кровопостачання тканин. Обсяг інфузійної терапії у разі септичного шоку визначається комплексною оцінкою реакції гемодинаміки на інфузію (реакція АТ, особливо пульсового АТ, ЦВТ, частоти серцевих скорочень – ЧСС, швидкість діурезу). Особливе значення у цих випадках має визначення ЦВТ у динаміці. Орієнтиром є перевірка реакції ЦВТ на дозоване введення рідини (проба з об'ємним навантаженням). Хворий протягом 10 хвилин вводять внутрішньовенно тест – дозу рідини (див. таблицю 1) та оцінюють реакцію гемодинаміки.

Таблиця 1. Проба з об'ємним навантаженням.

Вихідний рівень ЦВТ	Об'єм введеної рідини
8 см вод. ст. і менше	200 мл
8–10 см вод. ст.	100 мл
14 см. вод. ст.	50 мл

Реакцію гемодинаміки оцінюють наступним чином: якщо ЦВТ збільшилось більше, ніж на 5 см вод. ст., то інфузію припиняють і проводять інотропну підтримку; якщо ЦВТ збільшилось не більше, ніж на 2 см водн. ст., то продовжують інфузійну терапію без інотропної підтримки.

Рекомендовано наступну програму інфузійної терапії у разі септичного шоку. Спочатку рідину вводять зі швидкістю 10 мл/хв. на протязі 15 – 20 хв., а потім - у звичайному темпі, у залежності від показників гемодинаміки, дихання, діурезу та інше. Для проведення інфузії застосовують похідні гідроксиетилкрохмалю (венофундин, рефортан, ХАЕС-стеріл) та кристалоїди (0,9% розчин натрію хлориду, розчин Рингера) у співвідношенні 1 : 2. *На відміну від інших колоїдів розчини гідроксиетилкрохмалю зменшують ступінь ушкодження ендотелію капілярів, покращують функцію легень та зменшують прояви системної запальної реакції.*

З метою корекції гіпопротеїнемії призначають концентровані розчини альбуміну – 20 – 25%. **Застосування 5% альбуміну при критичних станах сприяє підвищенню летальності хворих.**

Включення у склад трансфузійних середовищ глюкози недоцільно. *Призначення глюкози хворим у критичному стані підвищує продукцію лактату та CO₂, а також збільшує ішемічні ушкодження головного мозку та інших тканин. Інфузія глюкози виправдана тільки у випадках гіпоглікемії та гіпернатріємії.*

До складу інфузійних середовищ необхідно включати свіжозаморожену плазму (600 – 1000 мл), яка є донатором антитромбіну. *Антитромбін є інгібітором активації лейкоцитів і запобігає ушкодженню ендотелію судин, завдяки чому зменшуються прояви системної запальної відповіді і ендотоксемії. Окрім того, введення свіжозамороженої плазми необхідно і для лікування ДВЗ-синдрому, який, як правило, розвивається при прогресування септичного шоку.*

Інотропна підтримка. Якщо після нормалізації ЦВТ артеріальний тиск залишається низьким, то вводять допамін у дозі 5 – 10 мкг/кг/хв. (максимум до 20 мкг/кг/хв.) або добутамін, який вводиться зі швидкістю 5 – 20 мкг/кг/хв. Якщо ця терапія не призводить до стійкого підвищення АТ, то симпатоміметичну терапію доповнюють

введенням норадреналіну гідротартрату зі швидкістю 0,1 – 0,5 мг/кг/хв. одночасно знижуючи дозу допаміну до „ниркової” (2 – 4 мкг/кг/хв.) (А).

Враховуючи роль бета-ендорфінів у патогенезі септичного шоку, із сипатоміметиками виправдано одночасне застосування налоксону до 2,0 мг, який сприяє підвищенню АТ.

У разі неефективності комплексної гемодинамічної терапії можливе застосування глюкокортикостероїдів. Еквівалентною дозою (у перерахунку на гідрокортизон) є 2000 мг/добу. Його введення, з метою профілактики ерозивних ушкоджень шлунка, необхідно комбінувати з H2-блокаторами (ранітидин, фамотидін).

Підтримка адекватної вентиляції та газообміну. У тяжких випадках дихальної недостатності на фоні прогресування поліорганної дисфункції необхідно негайно вирішувати питання про переведення хворої на ШВЛ.

Показання до ШВЛ:

- PaO₂ < 60 мм рт.ст.;
- PaCO₂, > 50 мм рт.ст. або < 25 мм рт.ст.;
- SpO₂ < 85%;
- частота дихання більше 40 за хвилину.

Потік кисню повинен бути мінімальним, забезпечуючи PaO₂ не менше 80 мм рт.ст.

Респіраторна терапія септичному шоку також повинна включати і режим позитивного тиску у кінці видиху (3 – 6 см водн.ст.), але при умові адекватного відновлення ОЦК.

Хірургічна санація вогнища інфекції.

Покази до лапаротомії та екстирпації матки з матковими трубами:

- відсутність ефекту від проведення інтенсивної терапії;
- наявність у матці гною;
- маткова кровотеча;
- гнійні утвори у ділянці придатків матки;
- виявлення при ультразвуковому дослідженні наявності залишків плідного яйця.

Нормалізація функції кишківника та раннє ентеральне харчування є одним із важливих завдань при лікуванні хворих з сепсисом та септичним шоком, оскільки відновлення бар'єрної функції кишківника є запорукою подальшої транслокації мікроорганізмів у кров'яне русло та зменшення проявів системної запальної відповіді.

Це досягається ентеральним крапельним введенням 0,9% розчину натрію хлориду чи негазованої мінеральної води 400 – 500 мл на добу через шлунковий зонд, або ніпельний дуодентальний зонд з подальшим збільшенням обсягу введеної рідини і розширенням харчових препаратів за умови нормалізації перистальтики у режимі „аліментарного фактору”, що відповідає 2000 – 4000 ккал на добу.

Доцільно також одночасне застосування прокінетиків (метоклопрамід) та глутамінової кислоти, оскільки остання нормалізує обмін речовин у ворсинках кишківника.

Після стабілізації стану хворої для подальшої профілактики бактеріальної транслокації можливо проведення селективної деконтамінації кишківника: 4 рази на добу в кишечник вводять суміш поліміксину – 100 мг, тобраміцину – 80 мг і амфотерицину – 500 мг.

Одним з важливих моментів у комплексній терапії сепсису та септичного шоку є **антибактеріальна терапія**. Враховуючи, що сьогодні майже неможлива мікробіологічна експрес-діагностика, при проведенні антибактеріальної терапії доцільно притримуватися тактики емпіричної деескалаційної антибіотикотерапії. Після ідентифікації мікроорганізму та визначення його чутливості до антибіотиків переходять до антибіотикотерапії за даними антибіотикограми.

Антимедіаторна терапія базується на сучасних знаннях патогенезу септичного шоку і є досить перспективною. Існують переконливі докази застосування

багатоклональних імуноглобулінів у поєднанні з пентоксифіліном. Враховуючи відсутність в Україні багатоклональних імуноглобулінів доцільним є застосування пентоксифіліну у комплексній терапії септичного шоку та сепсису. З цією ж метою виправдано застосування діпірідамолу.

Застосування методів **екстракорпоральної детоксикації** можливо після стабілізації стану пацієнтки. Застосування цих методів при розгорнутій картині поліорганної недостатності підвищує летальність хворих.

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