

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Лекція №3. «Гострий живіт» в гінекології.
Запальні захворювання жіночих статевих органів

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології



ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректор науково-педагогічної роботи
Бірюк БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«01» вересня 2023р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ЛЕКЦІЇ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс IV

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

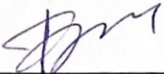
Лекція №3. Тема: «Гострий живіт» в гінекології. Запальні захворювання жіночих статевих органів»

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Лекція №3. «Гострий живіт» в гінекології.
Запальні захворювання жіночих статевих органів


Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології Одеського національного
медичного університету

Протокол №1 від «28» серпня 2023р.

Завідувач кафедри _____  (Ігор ГЛАДЧУК)

Розробник:

к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології _____  Шитова Г.В.

Лекція №3

Тема: «Гострий живіт» в гінекології. Запальні захворювання жіночих статевих органів».

Мета: Оволодіти знаннями щодо позаматкової вагітності, апоплексії яєчника. Засвоїти особливості перебігу захворювань, що викликають «гострий живіт» в гінекології в залежності від класифікації форм захворювань. Засвоїти інформацію щодо запальних захворювань жіночих статевих органів. Систематизувати знання запальних захворювань специфічної та неспецифічної етіології, розбіжності в клінічних проявах та методах лікування.

Основні поняття: Позаматкова вагітність, апоплексія яєчника. Клініка, діагностика, тактика ведення. Невідкладна допомога. Передопераційна підготовка і післяопераційне ведення гінекологічних хворих. Запальні захворювання жіночих статевих органів. Етіологія, патогенез, класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів. Запальні захворювання неспецифічної (вульвіт, бартолініт, вагініт, ендocerвіт, ендометрит, аднексит, параметрит, пельвіоперитоніт) та специфічної етіології. Туберкульоз жіночих статевих органів.

Захворювання, що передаються статевим шляхом (трихомоноз, гонорея, кандидоз, вірусні ураження, уреаплазмоз, мікоплазмоз, хламідіоз). Діагностика, лікування та профілактика бактеріального вагінозу. Лікування гострих і хронічних захворювань, запальних процесів жіночих статевих органів. Показання до хірургічного лікування. Реабілітація жінок, які перенесли запальні процеси.

ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ.

N	Основні етапи лекції, їх зміст	Мета у рівнях абстракції	Тип лекції, методи і заходи активації студентів, оснащення	Розподіл часу
1	2	3	4	5
1	Підготовчий етап Постановка учбових цілей			3%
2	Забезпечення позитивної мотивації			2%
3	Основний етап Викладання лекційного матеріалу, план:			

<ul style="list-style-type: none"> • Позаматкова вагітність - • Апоплексія яєчника: • Запальні захворювання жіночих статевих органів: класифікація, етіологія, патогенез. • Запалення зовнішніх статевих органів та піхви (вульвіт, бартолініт, вагініт): • Запалення внутрішніх статевих органів (ендоцервіцит, ендометрит, аднексит, параметрит, пельвіоперитоніт) 	<p>а-П</p> <p>а-П</p> <p>а-П</p> <p>а-П</p> <p>а-П</p>	<p>лекція</p> <p>Заходи:</p> <p>-таблиці</p> <p>-слайди</p> <p>-кодограми</p> <p>Матеріали контролю:</p> <p>запитання</p>	85%
Заключний етап Резюме лекції, загальні висновки.			10%
Відповіді на можливі запитання			
Завдання для самопідготовки студентів		Перелік літератури, запитання, завдання	

Зміст лекційного матеріалу

Позаматкова вагітність

Усі випадки розвитку плодового яйця поза порожниною матки називаються позаматковою вагітністю В залежності від локалізації імплантації плодового яйця позаматкову вагітність підрозділяють на трубну, яєчникову, у рудиментарному розі матки і черевну.

Етіологія і патогенез. Імплантація плодового яйця поза порожниною матки відбувається внаслідок порушення транспортної функції маткових труб, зміною властивостей самого плодового яйця.

Порушення функції труби зв'язано:

- з запальними процесами будь-якої етіології;
- гормональним статусом організму;
- хірургічним втручанням на трубах.

Клініка і діагностика. В ургентній гінекології частіше зустрічається порушена трубна вагітність - розриви труби чи трубний аборт.

Вагітність, порушена по типі розриву труби: гострий початок, якому в деяких жінок передують затримка чергових місячних, біль унизу живота розповсюджується у задній прохід, під-, надключичну ділянку, плече чи лопатку, супроводжується нудотою чи блювотою, запамороченням аж до втрати свідомості, іноді діареєю.

Хвора часто загальмована, рідше виявляє ознаки занепокоєння, шкіра і слизові бліді, кінцівки холодні, подих частий поверхневий. Тахікардія, пульс слабкого наповнення, артеріальний тиск знижений. Язик вологий, не обкладений. Живіт трохи роздутий, напруга м'язів черевної стінки відсутня. При пальпації - хворобливість унизу живота, більше на стороні поразки, також виражені симптоми подразнення очеревини. При перкусії-притуплення в пологих місцях живота.

При огляді за допомогою дзеркал: ціаноз і блідість слизуватої піхви і екзоцервіксу. Бімануальне дослідження (дуже хворобливе) виявляє сплющення чи випинання заднього чи одного з бічних зводів. Матка легко зміщається, як би «плаває» у вільній рідині.

При сумніві в правильності діагнозу роблять пункцію черевної порожнини через задній звід піхви.

Переривання трубної вагітності за типом трубного аборту представляє діагностичні труднощі, тому що характеризується повільним плином і не робить помітного впливу на загальний стан хворої. Варто підкреслити, що ретельно зібраний анамнез надає неоціненну допомогу в діагностиці трубного аборту. Основна тріада симптомів при трубному аборті: затримка менструації, біль у животі, кров'янисті виділення з піхви.

Живіт м'який, безболісний при пальпації. При огляді в дзеркалах: розпушення і ціаноз слизуватої оболонки і кров'янисті виділення з цервікального каналу. При бімануальному дослідженні: трохи збільшена матка, однобічне збільшення придатків (часто ковбасоподібної чи ретортовидної форми); піхвові зводи можуть залишатися високими або сплющеними.

Додаткові методи дослідження:

- Визначення в сироватці крові і сечі хоріального гонадотропіну (ХГ).
- УЗД.
- Лапароскопія.
- Гістологічне дослідження зіскрібка ендометрію.

Лікування може бути хірургічним та консервативним. Хірургічне лікування трубної вагітності в більшості випадків –сальпінгектомія. Ціллю такого лікування є збереження життя жінки. У неускладнених тяжкою кровотечею випадках можуть виконуватись органозберігаючі операції, деякі з них- при лапароскопії: сальпінготомія, сегментарна резекція і анастомоз, фімбріальна евакуація. В зв'язку з певним ризиком розвитку трофобластичної

хвороби рекомендують дослідження рівня ХГ через 2-3 тижні після операції для порівняння з попереднім рівнем. При персистуючому чи підвищеному рівні ХГ виконують повторне дослідження або проводять терапію метотрексатом.

Консервативне лікування з використанням метотрексату рідко використовується як самостійний метод.

Лапаротомія виконується при постановці діагнозу перерваної позаматкової вагітності. Затримка в проведенні операції може привести до катастрофічних наслідків. Першими заходами повинні бути виведення хворої із шоку, зупинка кровотечі та підтримка діяльності кардіоваскулярної системи.

Алгоритм лікування позаматкової вагітності.

Принципи ведення хворих з ектопічною вагітністю:

1. Підозра на позаматкову вагітність є показанням для термінової госпіталізації.
2. Рання діагностика допомагає зменшити кількість ускладнень і надає можливість застосовувати альтернативні методи лікування.
3. У разі встановленого діагнозу позаматкової вагітності необхідно провести невідкладне оперативне втручання (лапароскопія, лапаротомія).

Оперативне лікування позаматкової вагітності є оптимальним. У сучасній практиці можливе застосування консервативних методів лікування позаматкової вагітності.

4. У разі вираженої клінічної картини порушеної ектопічної вагітності, наявності гемодинамічних порушень, гіповолемії пацієнтка негайно госпіталізується для невідкладного хірургічного втручання у найкоротші терміни лапаротомічним доступом.

Якщо клінічна картина стерта, немає ознак гіповолемії та внутрішньої кровотечі проводять УЗД органів малого таза і/або лапароскопію.

5. На догоспітальному етапі у разі порушеної позаматкової вагітності об'єм невідкладної допомоги визначається загальним станом хворої та величиною крововтрати. Інфузійна терапія (об'єм, швидкість введення розчинів) залежить від стадії геморагічного шоку (див. протокол - "Геморагічний шок").

6. Тяжкий стан хворої, наявність виражених гемодинамічних порушень (гіпотонія, гіповолемія, гематокрит менше 30 %) - абсолютні показання для оперативного втручання лапаротомним доступом з видаленням вагітної маткової труби і проведенням протишокової терапії.

7. Застосовують комплексний підхід до лікування жінок з позаматковою вагітністю, який включає:

- а) оперативне лікування;
- б) боротьбу з кровотечею, геморагічним шоком, крововтратою;
- в) ведення післяопераційного періоду;
- г) реабілітацію репродуктивної функції.

8. Оперативне лікування проводять як лапаротомним, так і лапароскопічним

доступом. До переваг лапароскопічних методик відносяться:

- скорочення тривалості операції;
- скорочення тривалості післяопераційного періоду;
- скорочення тривалості перебування в стаціонарі;
- зменшення кількості рубцевих змін передньої черевної стінки;
- косметичний ефект.

9. Виконання органозберігаючих операцій при позаматковій вагітності супроводжується ризиком розвитку у післяопераційному періоді персистенції трофобласта, що є результатом його неповного видалення з маткової труби і черевної порожнини. Найбільш ефективним методом профілактики даного ускладнення є ретельний туалет черевної порожнини 2 -3 літрами фізіологічного розчину і однократне введення метотрексату у дозі 75 -100 мг внутрішньом'язово першу, другу добу після операції.

Операції, які застосовують у разі трубної вагітності:

1. *Сальпінгостомія (туботомія).* Виконується подовжня сальпінгостомія. Після видалення плодового яйця сальпінгостому, звичайно не ушивають. У разі, коли ворсини хоріона не проростають у м'язову оболонку маткової труби обмежуються її вишкрібанням.

2. *Сегментарна резекція маткової труби.* Видаляють сегмент маткової труби, де знаходиться плодове яйце, після чого виконують анастомоз двох кінців труби. При неможливості виконання сальпінго-сальпінго анастомоза можна перев'язати обидва кінці і накласти анастомоз пізніше..

3. *Сальпінгектомія.* Цю операцію виконують у разі порушеної трубної вагітності, що супроводжується масивною кровотечею. Операцію і гемотрансфузію у такому разі проводять одночасно.

Апоплексія яєчника (розрив яєчника). До схильних факторів відносяться- перенесені запальні процеси, локалізовані в малому тазі, які привели до склеротичних змін у тканині яєчника і судин, до застійної гіперемії і варикозного розширення вен. Не виключена роль і ендокринних факторів. Кровотечі з яєчника можуть сприяти захворювання крові з порушенням її згортання.

Розрив яєчника може відбуватися в різні фази менструального циклу, але в переважній більшості випадків - у другу фазу.

Розрізняють 3 клінічні форми захворювання: анемічну, больову і змішану.

У клінічній картині анемічної форми переважають симптоми інтраперитонеальної кровотечі. Початок захворювання може бути зв'язаний з фізичними травмами, фізичною напругою, половим актом, а може починатися без видимої причини. Гострий інтенсивний біль в животі з'являється в другій

половині чи в середині циклу. Нерідко біль поширюється у задній прохід, зовнішні статеві органи, куприк; може спостерігатися френікус-симптом.

Болючий приступ супроводжує слабкість, запаморочення, нудота, іноді блювота, холодний піт, непритомний стан. При огляді звертає на себе увагу блідість шкіри і слизуватих оболонок, тахікардія при нормальній температурі тіла. У залежності від величини крововтрати знижується артеріальний тиск. Живіт залишається м'яким, трохи роздутим.. Напруга м'язів черевної стінки відсутня. При пальпації живота виявляється розлита хворобливість в усій нижній половині його. Симптоми роздратування очеревини виражені в різному ступені. Перкусія живота може виявити в черевній порожнині наявність вільної рідини.

Під час бімануального (досить хворобливого) дослідження визначають нормальних розмірів матку, іноді - збільшений хворобливий кулястий яєчник. При значній кровотечі знаходять нависання і хворобливість заднього і/чи бічних зводів піхви.

У клінічному аналізі крові переважає картина анемії.

Больова форма апоплексії яєчника спостерігається у випадках крововиливу у тканину фолікула чи жовтого тіла без кровотечі чи з невеликою кровотечею в черевну порожнину.

Захворювання починається гостро з приступу болю унизу живота, що супроводжується нудотою і блювотою на фоні нормальної температури. Ознаки внутрішньої кровотечі відсутні. Живіт частіше м'який, але може виявлятися деяка напруга м'язів черевної стінки в клубових ділянках. Пальпація живота хвороблива в нижніх відділах, там же визначаються помірно виражені симптоми роздратування очеревини. Вільної рідини в черевній порожнині знайти не вдається. Кров'янистих виділень з статевих шляхів немає.

При внутрішньому гінекологічному дослідженні визначають нормальних розмірів матку, зсув якої викликає біль, і трохи збільшений круглий хворобливий яєчник. Склепіння піхви залишаються високими.

Клінічний аналіз крові не виявляє значних відхилень від норми.

Лікування апоплексії яєчника залежить від ступеня внутрішньочеревної кровотечі. Анемічна форма захворювання вимагає хірургічного лікування, обсяг якого може бути різним. Якщо відбувся розрив жовтого тіла, його варто ушити гемостатичними Т-подібними швами. Найбільш типовою операцією є резекція яєчника. Видаляють яєчник цілком тільки в тих випадках, коли вся його тканина просочена кров'ю.

В останні роки з'явилася можливість проведення операцій, що щадять, з використанням лапароскопії, під час яких здійснюють евакуацію крові, що вилася в черевну порожнину, і коагуляцію ділянки яєчника, що кровоточить.

Больова форма апоплексії яєчника без клінічних ознак наростаючої внутрішньої кровотечі можна лікувати консервативно. Призначають спокій, холод на низ живота, препарати гемостатичної дії, вітаміни. Консервативна терапія проводиться в стаціонарі під спостереженням медичного персоналу.

Перекрути ніжки пухлини яєчника. Перекруту ніжки можуть бути піддані пухлини різної гістологічної структури, не спаяні із сусідніми органами і які мають виражену ніжку. Як правило, це доброякісні і пограничні новоутвори, але можуть зустрічатися і злоякісні.

Перекрути ніжки пухлини може бути зв'язаний зі зміною положення тіла, фізичною напругою, посиленою перистальтикою кишечника, переповненням сечового міхура, довгою рухливою ніжкою кісти.

Анатомічна ніжка пухлини складається з розтягнутої зв'язки, що підвішує яєчник, власної зв'язки яєчника і мезооварія. У хірургічну ніжку ще входить маткова труба.

Перекрути ніжки може відбутися раптово чи поступово, буває повним і частковим. Патологоанатомічні зміни в пухлині при перекручуванні її ніжки залежать від швидкості, з яким відбувається поворот пухлини по осі, і ступеня перекруту. Перекрути ніжки пухлини, що супроводжується пережаттям артерій, приводить до некротичних змін у тканинах пухлини.

Клінічна картина. Захворювання, як правило, починається із сильного болю у низу живота, що супроводжуються нудотою і блювотою. Температура тіла в перші години захворювання залишається нормальною, лейкоцитарна реакція не виражена.

Хвора приймає змушене положення в ліжку через виниклий різко біль. При пальпації - напруга передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, парез кишечника, затримка стільця, рідше-діарея. Температура тіла може підвищуватися, пульс частий, блідість шкіри, холодний піт. При внутрішньому гінекологічному дослідженні виявляють пухлину в ділянці придатків матки, спроба її зсуву викликає різкий біль. Такі хворі потребують термінового оперативного лікування.

Порушення живлення вузла міоми матки. Порушення кровопостачання в міоматозних вузлах пояснюється, в основному, механічним фактором (перекрут, перегин, здавлення пухлини). Необхідно враховувати й особливості гемодінамики в період вагітності, коли відзначається значне зниження кровотока в матці, особливо виражене в ділянці міжм'язового вузла, підвищення судинного тону в судинах малого калібру, утруднення венозного відтоку, зниження швидкості кровонаповнення артеріального і венозного русла. Причиною порушення харчування вузла можуть бути різні дистрофічні процеси в міоматозних вузлах (набряк, вогнища некрозу, крововилив, гіалінове

переродження, дегенерація), що розвиваються в результаті ішемії, венозного застою, множинного тромбоутворення в міжмишечних вузлах пухлини.

Розрізняють сухий і вологий типи некрозу матки. При сухому некрозі відбувається поступове зморщування ділянок некротизованої тканини, при цьому утворюються своєрідні кавернозні порожнини з залишками омертвілої тканини. При вологому некрозі спостерігаються розм'якшення і вологе омертвіння тканин з наступним утворенням кістеподібних порожнин. Так званому червоному некрозу піддаються частіше пухлини, розташовані інтрамурально:

Макроскопічно ці пухлини забарвлені в червоний чи коричнево-червоний колір, мають м'яку консистенцію, мікроскопічно - розширення вен і їхній тромбоз. Причина: підвищення тонусу, що оточує вузол, міометрію з наступним розвитком розладу кровообігу в капсулі пухлини і на периферії. До асептичного некрозу часто приєднується інфекція, що проникає у вузол гематогенним чи лімфогенним шляхом.

Клініка порушення живлення вузла залежить від ступеня порушення кровопостачання вузла.

Некроз міоми матки супроводжується гострим болем в животі, напругою передньої черевної стінки, можливе підвищення температури і лейкоцитоз.

При бімануальному дослідженні визначають наявність у матці міоматозних вузлів, один із яких різко хворобливий при пальпації.

УЗД полегшує виявлення важко доступних вузлів. Уточнити діагноз можна за допомогою лапароскопії.

Лікування - оперативне. У деяких випадках припустиме консервативне лікування: реологічні активні засоби (реополіглюкін, трентал), спазмолітики (папаверин, но-шпа) у сполученні з антибактеріальними і десенсибілізуючими засобами.

Пельвіоперитоніт і перитоніт - гостре запалення очеревини.

Причини:- розплавлювання стінки піосальпінксу, гнійного тубоваріального утворення;

- різні гінекологічні операції;
- кримінальні аборти, у тому числі перфорація матки;
- некроз пухлини яєчника.

У залежності від поширеності запального процесу виділяють форми перитоніту:

- Місцевий (обмежений і необмежений).
- Розповсюджений (дифузійний, розлитий і загальний).

Пельвіоперитоніт може бути наслідком поширення інфекції на очеревину малого таза при серозному і гнійному сальпінгітах, завжди супроводжує розвиток піосальпінксу, піовару і тубоваріального абсцесу.

Види: серозний, фібринозний, гнійний.

Клініка гострої стадії пельвіоперитоніту: біль внизу живота, висока температура, нудота, іноді - блювота. При об'єктивному дослідженні: частий пульс, що випереджає температурну реакцію. Язик залишається вологим, іноді обкладений білим нальотом. Живіт роздутий у нижніх відділах, також напруга м'язів черевної стінки, позитивні симптоми роздратування очеревини. Перистальтика кишечника млява, черевна стінка бере участь в акті подиху. Бімануальне дослідження затруднене через різку хворобливість і напругу нижніх відділів живота. Сильний біль виникає уже при найменшому зсуві шийки матки. Іноді сплющення чи нависання піхвових зводів, що вказує на наявність ексудату в малому тазі.

Клінічний аналіз крові при пельвіоперитоніті варто робити багаторазово протягом доби. Для пельвіоперитоніту характерний помірний лейкоцитоз, нерізкий зсув лейкоцитарної формули вліво, невелике зниження кількості лімфоцитів і збільшення ШОЕ.

У неясних випадках проводиться лапароскопія.

Лікування пельвіоперитоніту, як правило, консервативне.

Спокій, повноцінна дієта, що щадить. На низ живота - періодична аплікація міхура з льодом. Антибактеріальна терапія. Детоксикація (інфузійно-трансфузійна терапія). Десенсибілізуючі, неспецифічні протизапальні препарати, що знеболюють, вітаміни. Доцільні сеанси ультрафіолетового опромінення крові.

Хірургічного лікування вимагає пельвіоперитоніт, що протікає на фоні піосальпінксу, піовару і тубоваріального абсцесу.

Розповсюджений перитоніт характеризується рано виникаючою ендогенною інтоксикацією.

Класифікація перитоніту по К.С.Симоняну:

I фаза - реактивна; II фаза – токсична; III фаза - термінальна.

Клініка: біль у животі, захисна напруга м'язів черевної стінки, симптоми роздратування очеревини позитивні, завзятий парез кишечника.

Висока лихоманка, поверхнєве дихання, блювота, неспокійне поведження й ейфорія, тахікардія, холодний піт. Виражений лейкоцитоз зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво і токсичною зернистістю нейтрофілів, підвищення рівня лужної фосфатази, різке зниження числа тромбоцитів

Лікування в 3 етапи: передопераційна підготовка, оперативне втручання, інтенсивна терапія в післяопераційному періоді

Передопераційна підготовка: декомпресія шлунка, катетеризація підключичної вени (проводиться інфузійна терапія, спрямована на ліквідацію гіповолемії і метаболічного ацидозу, корекцію водяного, електролітного і білкового балансу, детоксикацію організму), уведення серцевих засобів, адекватна оксигенація, в/в введення антибіотиків у максимально можливих дозуваннях.

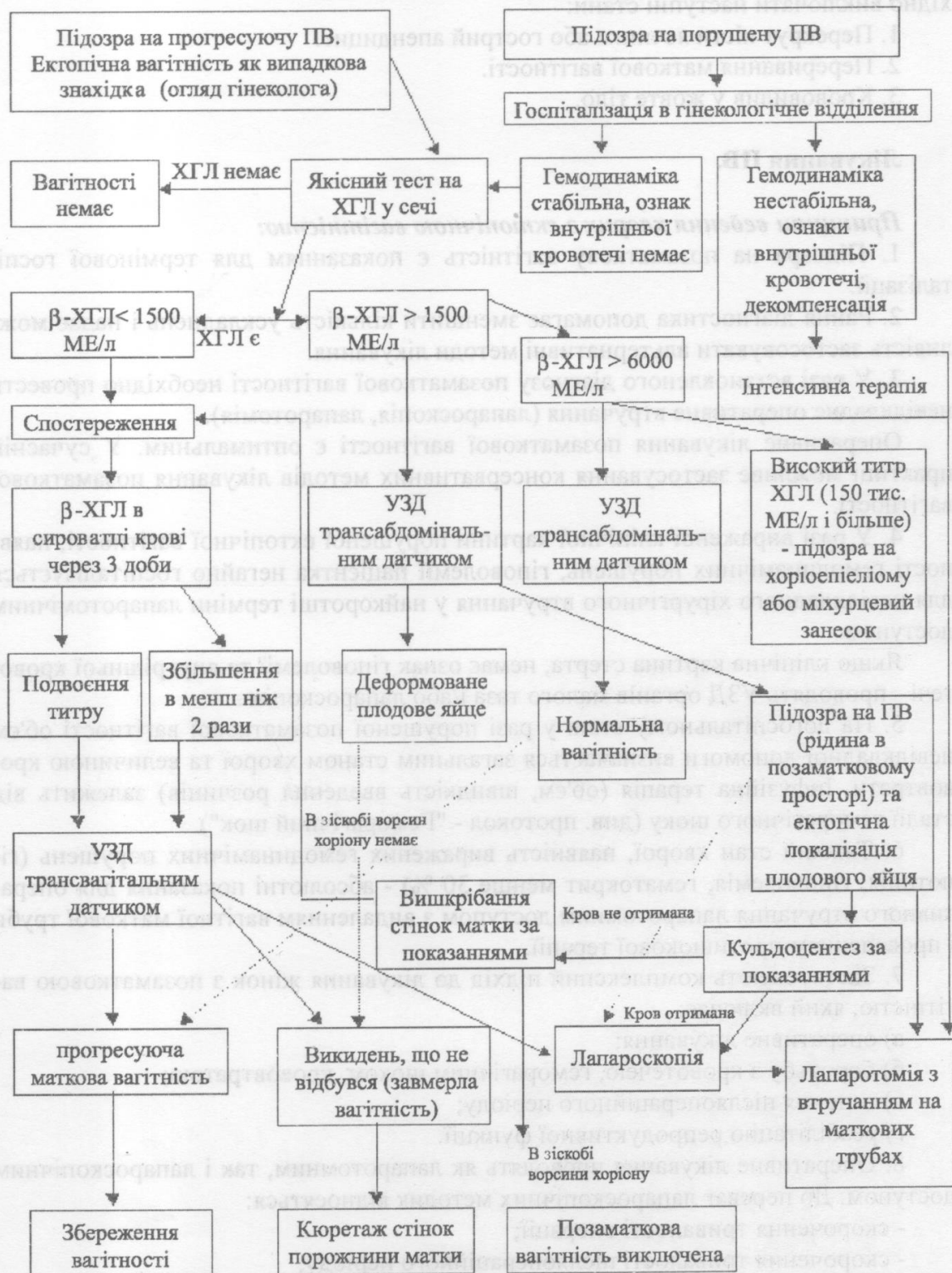
Обсяг оперативного втручання суцього індивідуальний, особлива вимога - повне видалення вогнища інфекції з наступним дрениванням черевної порожнини.

Тривалість інфузійної терапії в післяопераційному періоді повинна переслідувати наступні цілі:

- ліквідація гіповолемії шляхом уведення колоїдних розчинів і білкових препаратів;
- заповнення втрати хлоридів і калію;
- корекція ацидозу;
- забезпечення енергетичних потреб організму;
- антиферментна й антикоагулянтна терапія;
- забезпечення форсованого діурезу;
- боротьба з інфекцією шляхом застосування антибіотиків широкого спектра дії;
- профілактика і лікування функціональної недостатності серцево-судинної системи;
- профілактика і ліквідація гіповітамінозу.

Дуже важливе відновлення моторно-евакуаторної функції шлунка і кишечника.

Алгоритм діагностики позаматкової вагітності



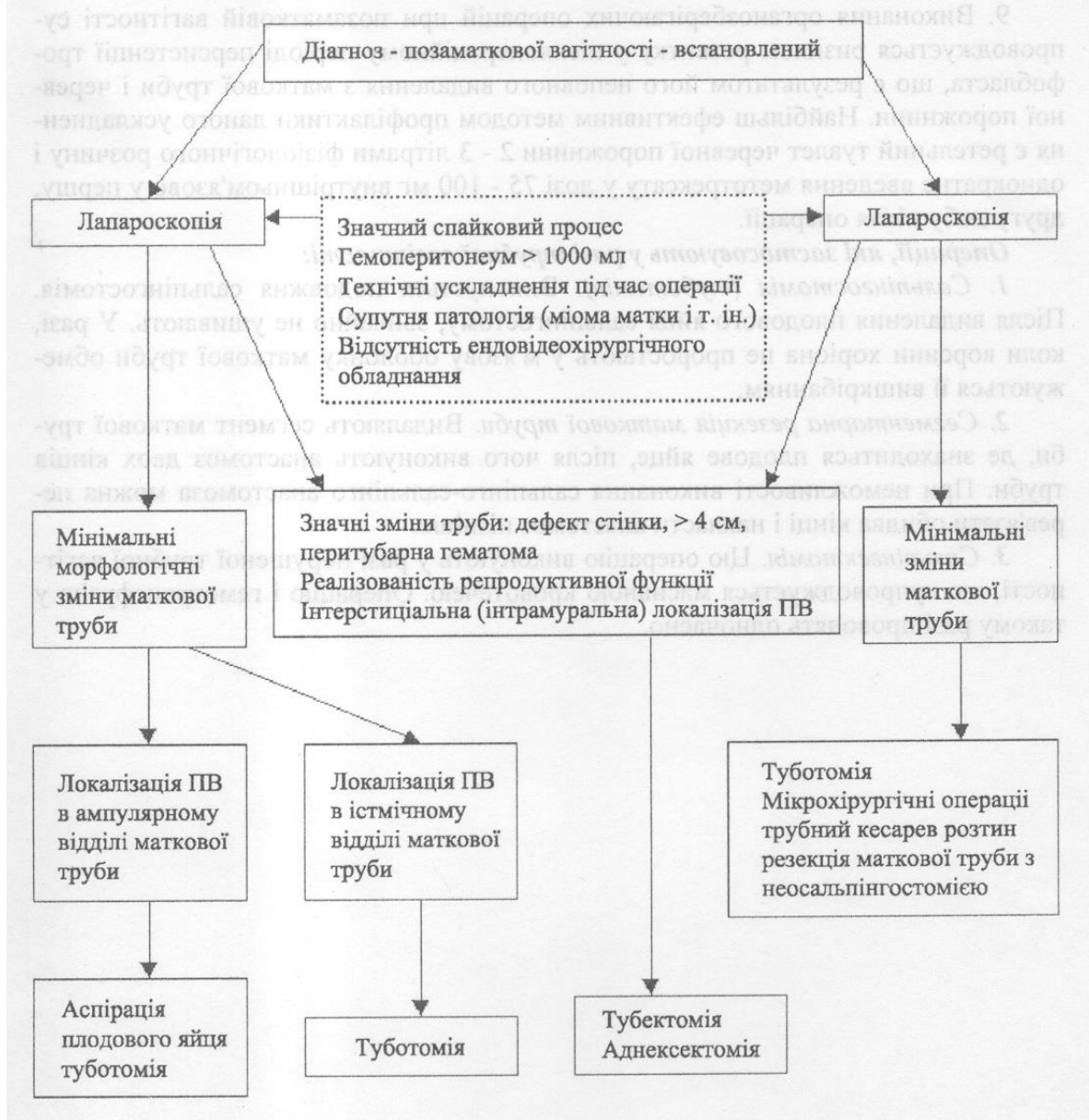
Таблиця 2. Застосування метотрексату при ПВ

Доба	Лікувально-діагностичні заходи
1-а	Визначення рівня β -субодиниці ХГЛ у сироватці крові
2-а	Загальний аналіз крові, визначення групи та резус-фактору крові жінки, активність печінкових ферментів
5-а	Метротрексат 75 - 100 мл внутрішньом'язово
8-а	Визначення рівня β -субодиниці ХГЛ у сироватці

Таблиця 1. Діагностичні ознаки різноманітних форм трубної вагітності

Клінічні ознаки	Прогресуюча позаматкова вагітність	Трубний викидень	Розрив маткової труби
Ознаки вагітності	Позитивні	Позитивні	Позитивні
Загальний стан хворої	Задовільний	Періодично погіршується, короточасні втрати свідомості, тривалі періоди задовільного стану	Колаптоїдний стан, клініка масивної крововтрати, прогресивне погіршення стану
Біль	Відсутній	Характер нападів, що періодично повторюються	З'являється у вигляді гострого нападу
Виділення	Відсутні або незначні кров'яні	Кров'яні виділення темного кольору, з'являються після нападу болю	Відсутні або незначні кров'яні
Піхвове дослідження	Матка не відповідає терміну затримки місячних, поряд з маткою визначається утворення ретортоподібної форми, безболісне, склепіння вільні	Такі самі, болючість при зміщенні матки, утворення без чітких контурів, задне склепіння згладжене	Такі самі, симптоми "плаваючої матки", болючість матки і додатків з ураженого боку, нависання заднього склепіння
Додаткові методи обстеження	УЗД, визначення рівня β -ХГЛ, лапароскопія	Кульдоцентез Лапароскопія	Не проводяться

Алгоритм оперативного лікування ПВ



Класифікація запальних захворювань геніталій

I. За клінічним перебігом:

1. Гострі процеси;
2. Хронічні процеси;
 - a) У стадії ремісії;
 - b) У стадії загострення;

- З перевагою інфекційно-токсичного впливу з ознаками, що притаманні гострому запаленню (температура, зміна картини крові) – зустрічаються рідко (5%);

- З перевагою змін у нервовій системі у виді “слідової” реакції колишнього запального процесу – хронічний аднексит з тазовим гангліоневритом.

II. По локалізації:

1. Запалення зовнішніх статевих органів:

- Вульва – вульвіт,
- Гострі кондиломи (бородавчасті утворення шкіри вірусної етіології)
- Бартолинова залоза – бартолініт;

2. Запалення внутрішніх статевих органів:

- Піхва – кольпіт, вагініт;
- Шийка матки – ендocerвіцит (запалення піхвової шийки матки, покритої багатошаровим плоским епітелієм);
- Ендocerвіцит (запалення слизової оболонки, зверненої в канал шийки і покритої циліндричним епітелієм);
- Цервікоз (поразка всіх шарів шийки матки);
- Ерозія (псевдоерозія – ектопія циліндричного епітелію на багатошаровий; дійсна ерозія – дефект багатошарового епітелію, існування ерозії підтримується недостатньою гормональною функцією яєчників);
- Тіло матки – ендометрит (запалення слизової оболонки тіла матки);
- Метроендометрит (запалення слизового і м'язового шару тіла матки);
- Панметрит (запалення всіх шарів стінки матки);
- Периметрит (запалення очеревини, що покриває тіло матки);
- Придатки матки – сальпінгіт (запалення маткових труб);
- Оофорит (запалення яєчників);
- Сальпінгоофорит (запалення маткових труб і яєчників), чи аднексит;
- Аднекстумор (запальна пухлина маткових труб і яєчників);
- Гідросальпінкс (запальна пухлина маткової труби з нагромадженням серозної рідини в її просвіті);
- Піосальпінкс (запальна мішкоподібна пухлина маткової труби з нагромадженням гноячи в її просвіті);
- Піовар (запальна пухлина яєчника з гнійним розплавленням його тканин);
- Перисальпінгіт (запалення очеревинного покриву маткової труби);
- Клітковина таза – параметрит (запалення клітковини, що оточує матку) – бічний, передній і задній;
- Очеревина таза – пельвіоперитоніт (запалення очеревини малого таза);
- Загальний перитоніт (дифузійний чи розлитий)

Правильно сформульований діагноз повинний мати вказівки на особливості клінічного плину, локалізацію процесу, що дозволяє визначити той

самий принцип лікування, його тривалість, діагностичні особливості, наступну тактику. Наприклад:

- гострий аднексит;
- хронічний сальпінгіт у стадії ремісії;
- хронічний сальпінгіт у стадії загострення по типу слідової реакції;
- хронічний аднексит по токсично-інфекційному типу.

Іноді в діагноз виносяться поруч з назвою захворювання окремі його симптоми в зв'язку з їхньою важливістю, тому що вони визначають клінічну картину і лікувальну тактику. Наприклад;

- хронічний аднексит у стадії ремісії. Безплідність.

Етіологія і патогенез гострих запальних захворювань геніталій

Запальний процес у статевих органах жінки являє собою, насамперед, інфекційний процес. Доведено переважна роль патогенних стафілококів, стійких до дії багатьох антибіотиків. Їх етіологічна роль встановлена при бактеріологічному дослідженні в 53-56% випадків. Зараз у етіології ЗЗГ збільшилося значення умовне патогенної флори (ешеріхія солі, мікоплазма *hominis*), що зустрічаються ізольовано чи в асоціаціях з іншими мікроорганізмами. Мікоплазми зустрічаються в 10-15% хворих на запалення придатків матки, змішана аеробна й анаеробна флора — у 26%, аеробна — у 27%. анаеробна — у 18%. Значно підвищилася роль анаеробів, серед яких частіше зустрічаються пептококки, стрептококи (33%), клостридії (17%). Запальні захворювання придатків матки, викликані патогенними анаеробами, протікають найбільше важко з утворенням тубооваріальних абсцесів. Запальні процеси, що викликані вірусами герпесу, цитомегаловірусу, уrogenітальної інфекції, тільки в одного відсотка хворих мають важкий гострий перебіг, в інших спостерігається хронічний перебіг захворювання.

За сучасними представленнями запалення є переважно захисною реакцією у відповідь на роздратування й ушкодження тканини (альтерація), у виді змін тканинного обміну, судинної реакції, фагоцитозу, розмноження й утворення тканинних елементів.

У свій час И. В. Давидовский сформулював тезу, що повинний бути епіграфом до всієї лікарської діяльності: «Лікування може бути успішним тільки тоді, якщо воно є етіопатогенетичним».

Варто завжди пам'ятати, що запальний процес не є тільки місцевим процесом в ураженому органі — матці, матковій чи трубі іншому органі статевої системи.

Основні моменти патогенезу гострого запалення представлені в такий спосіб: зміни в осередку запалення складаються, насамперед, у порушенні вуглеводного обміну, підвищенні анаеробного гліколізу з утворенням у тканинах проміжних недоокислених продуктів (пировіноградної, яблучної, бурштиновий кислот

Другий важливий момент - зміни кровообігу в осередку запалення. Спазм судин, що виник спочатку, надалі змінюється розширенням дрібних артерій з підвищенням тиску в капілярах – і розвитком спочатку артеріальної, а потім венозної гіпертонії з крайовим стоянням лейкоцитів.

Етіологія і патогенез хронічного запалення геніталій

Етіологічним моментом хронічного запалення може бути будь-як неспецифічний фактор: загострення запалення може бути спровоковано переохолодженням, фізичним чи психоемоційним навантаженням. Але не мікробний фактор. Знання цих особливостей етіології хронічного запалення докорінно змінило підходи до лікування великої кількості жінок, що страждають цим захворюванням, і привело, насамперед, до відмови від антибактеріальної терапії при хронічному запаленні..

При хронічних ЗЗГ на перший план виходять ті складні зміни в організмі, що поступово здобувають полісистемний характер. Хронічний запальний процес геніталій треба розуміти як полісистемне захворювання. Виникають зміни в нервовій, ендокринній, судинній, імунній, ферментній і іншій системах організму.

Дуже важливо для розуміння і правильного лікування знання змін, що виходять у судинній системі. Ці зміни відносяться до загальних і місцевих, локальних реакцій. Спостерігаються значні порушення регіонарного кровообігу у виді дефіциту кровонаповнення і дистонії судин малого таза, більш виражені в тих місцях, де створюється сполучна тканина, тобто в спайках. Якщо при гострому запаленні проникливість судин у центри запалення підвищена, то при хронічному процесі вона, навпаки, знижена. Зміни регіонарного кровообігу супроводжуються уповільненням кровотоку, утворенням тромбозів, що можуть стати причиною стійкого тазового болючого синдрому. Порушення венозного відтоку сприяє розвитку варикозно розширених вен малого таза, сприяє прогресуванню синдрому дисимінованого внутрішньосудинного згортання. Загальні судинні реакції виявляються в судинній дистонії, судинних спазмах з головним болем, болем в області серця.

Виражені порушення спостерігаються в системі регуляції менструальної функції, тобто в системі яєчник-гіпоталамус-гіпофіз-яєчник. Дисфункція цієї системи виявляється в зміні продукції гонадотропних гормонів (фоллікулостимулюючого, лютеїнізуючого), підвищенні базальної секреції, що викликає зниження продукції статевих гормонів (естрадіолу і прогестерону). Подавлено функцію кори надниркових залоз.

В останні роки велике місце в патогенезі хронічних захворювань приділяється порушенню функції імунокомпетентних систем.

Клінічна картина запальних захворювань геніталій

У сучасних умовах ЗЗГ мають деякі особливості, що істотно відрізняють їх від клінічної картини захворювань 20-літньої давнини. Їх характеризує:

- стерта клінічна симптоматика гострої стадії захворювання;
- перевага хронічних процесів, а в останні роки поява первинна хронічних захворювань;
- стійкий рецидивуючий плин хронічних процесів;
- найбільш часта локалізація запального процесу в додатках матки;
- рідка поразка параметральної клітковини;
- рідкий розвиток гнійних процесів.

Для класичної картини гострого запального процесу характерні п'ять класичних ознак запалення: calor, dolor, tumor, rubor, що описані Галеном, і *funktia laesa*, описана Цельсом. Для запалення придатків матки, найбільш частотою локалізації запального процесу геніталій характерне підвищення температури до 38-39 С, біль унизу живота з іррадіацією по внутрішній поверхні стегон, у попереку. При піхвовому дослідженні придатки визначаються збільшеними, болючими, набряклыми.

Наявність цих ознак при гострому запальному процесі патогномонічно, а відсутність одного з них повинно змусити лікаря подумати про можливість іншої патології і більш ретельно провести диференціальну діагностику.

Однак у практиці лікаря-гінеколога переважають хворі з хронічними запальними захворюваннями, з найбільш частотою поразкою придатків матки, слизової піхви, шийки матки. Ці хворі складають до 85% усіх хворих на запалення геніталій. При цьому скарги рідко не відповідають змінам, що виявляються при об'єктивному дослідженні статеві системи. Хворі страждають поліскаргією і часто стають пацієнтками багатьох фахівців: невропатологів, гастроентерологів, хірургів.

Якщо для гострого запалення характерні названі п'ять ознак запалення, то хронічний процес маніфестує себе стійким болючим синдромом і порушенням функції ураженого органа й інших регуляторних систем організму. Болючий синдром є ведучим симптомом хронічного запалення незалежно від його локалізації. Його морфологічна основа – це фібротизація, склерозування тканин, втягування в процес гангліїв з розвитком тазових гангліоневритів і таких же вражень у віддалених органах (соляри і ін.). Біль носить різний характер: тупий, ниючий, що тягне, що підсилюється, постійний чи періодичний.

Для хронічних запальних процесів характерні рефлекторні болі (реперкусивні), що виникають по механізму вісцеросенсорних і вісцеро-кутанних рефлексів. Біль унизу живота буває дифузійної, нерідко локалізується в чи правому, лівому паху, ірадіює у район куприка, у піхву, у пряму кишку, у попереку, у нижні кінцівки. Існують зони підвищеної шкірної чутливості (зони Захар'їна-

Геда) при запаленні геніталій. Вони поширюються від X грудного до IV крижового (поперекового) хребця (яєчник – X грудної, маткові труби – XI грудний, матка – IV поперековий).

Відзначається частий головний біль (лобово-скроневій частці, потилиця), іноді дифузійний, як при мігрені (у другій половині менструального циклу). Іноді турбує біль у шийному відділі хребта, передпліччях, між лопатками, у руках, ногах. Для хворих на ЗЗГ характерно непостійний настрій, схильність до депресії.

Функціональні порушення зводяться до специфічних змін статевої функції, порушенню центральної і периферійної нервової системи, порушенню функції життєво важливих органів (печінка, нирки).

Порушення менструальної функції виявляється гіперменструальним, рідше гіпоменструальним, предменструальним синдромами. Порушення менструальної функції може протікати без клінічних проявів, однак при спеціальному обстеженні (тести функціональної діагностики, кількісне визначення гормонів, що є обов'язковим для цих хворих) часто виявляється неповноцінність лютеїнової фази, часті ановуляторні цикли. Хронічна ановуляція в сучасній гінекології розглядається як передраковий стан, звідси зрозумілий обов'язковість онконастороженості при відході за хворими на хронічні ЗЗГ.

Запальні захворювання статевих органів відносяться до найбільш частих причин порушення генеративної функції, що виражається в безплідності, невиношуванні, загрозі переривання наступаючої вагітності. Основна причина безплідності – порушення прохідності маткових труб унаслідок розвитку адгезивних процесів, порушення морфологічних і функціональних властивостей епітелію і моторики труби. Причиною ендокринної безплідності (часто вона супроводжується анатомічними змінами маткових труб) при запаленні геніталій є ановуляція, недостатність лютеїнової фази. Чимале значення в розвитку порушення генеративної функції грають цервіцит, кольпіт, що змінюють фізико-хімічні властивості слизової цервікального каналу. Варто пам'ятати при обстеженні жінки з безплідністю про некротоксичний вплив мікрофлори піхви при його запаленні на сперматозоїди.

Відзначається порушення сексуальної функції в хворих хронічними аднекситами.

Діагностика ЗЗГ на даних анамнезу й об'єктивного дослідження (п'ять класичних ознак, характерні зміни крові: збільшення швидкості осідання еритроцитів, зрушення уліво формули білої крові), характерних неспецифічних біохімічних змін крові (СРБ, збільшення серомукоїдів, сиалових кислот), швидкої регресії клінічних проявів при проведенні антибактеріальної терапії.

Диференційована діагностика в гострій стадії проводиться з позаматковою вагітністю, гострим захворюванням черевної порожнечі (гострий апендицит), іноді онкопатологією.

Значні труднощі можуть виникнути при діагностиці запальних захворювань у хронічній стадії, що протікає по типу слідової реакції. Відсутність патогномонічної маніфестації, характерних змін крові, біохімічних показників, перекладають основну частину діагностики на допоміжні параклінічні методи (методи функціональної діагностики, лапароскопія, метросальпінгографія, методи вірусологічного і бактеріологічного дослідження). Постійний тазовий болючий синдром може бути притаманний колітам, проктосигмоїдам (проктологи пропонують діагноз “синдром роздратованої товстої кишки”), при варикозному розширенні вен яєчниково-маткових сплетінь (згадаємо варикозне розширення вен нижніх кінцівок, що виявляє себе почуттям ваги, інтенсивним болем), при ендометріозі (постійний біль підсилюється з початком менструації), що може існувати самостійно, але дуже часто розвивається в центри хронічного запалення і підтримується деякими його патогенетичними моментами (аутоалергія). Хронічний аднексит варто диференціювати з хронічним циститом, хронічним апендицитом, синдромом Алена-Мастерса (розривши заднього листка широкого маткового зв'язування), специфічним запальним процесом (туберкульоз геніталій). Наявність скарг на біль унизу живота ще не дає приводу для діагнозу “хронічний аднексит”.

Сучасна стратегія лікування ЗЗГ повинна базуватися на сукупності наступних принципів:

1. Чітка діагностика стадій захворювання (гостра, хронічна), її вид (загострення по типу токсично-інфекційного чи захворювання по типу слідової реакції);
2. Орієнтація в оборотності змін у вогнищах запалення й ухвалення рішення про консервативне лікування (неоперативне) при оборотності і хірургічне при необоротності структурних змін. До останнього відносяться такі процеси, як: піосальпінкс, піовар, гідросальпінкс, Відсутність об'єктивної чи суб'єктивної динаміки при існуванні об'ємного утворення в малому тазі, що розцінюється як запальна пухлина, повинна бути показанням до оперативного лікування. Присутність такого утворення в жінки старше 40 років повинне бути абсолютним показанням до оперативного втручання. Продовження консервативного лікування при необоротних процесах веде до подальшої фібротизації тканин, розвитку гнійного процесу, погіршенню обмінних процесів у центрах запалення і у всьому організмі, порушенню функції печінки, посиленню ризику ускладнень при обов'язковій наступній операції.

3. Строге клінічне обґрунтування, раціональність антибактеріальної терапії. Етіологічно обґрунтованим при гострому запаленні є застосування препаратів з антибактеріальною дією. У хронічній стадії (під час ремісії і при загостренні без ознак гострого запалення) антибіотики не вживаються. Виключенням для хронічного процесу є дві клінічних ситуації, коли антибактеріальні препарати усе-таки вживаються:

а) якщо вони даної хворої не вживалися, чи якщо використовувалися нераціонально (недостатня доза, неправильний підбор антибіотика, нераціональний шлях уведення);

б) при загостренні запального процесу, що протікає по типу токсично-інфекційного запалення.

4. Першочерговість усунення хронічного тазового болю, що супроводжує хронічний запальний процес.

5. Лікування малосимптомних форм запалення матки і придатків. Це важливо для попередження безплідності, невиношуванням, інших розладів специфічних функцій організму і попередження переходу місцевого процесу в полісистемне захворювання.

6. Базисна роль немедикаментозних методів у комплексному лікуванні хронічних запальних захворювань.

7. Дестабілізація патологічного гомеостазу шляхом активації хронічного процесу для підвищення клінічної ефективності лікування (бактеріальні полісахариди: продігіозан, пірогенал у з'єднанні з антибіотиками, особливо при наявності екстрагенітальних осередків запалення).

8. Необхідність оцінки вихідної гормональної функції яєчників. Цей принцип є загальним при лікуванні будь-якої патології геніталій. Статеві органи є органами-мішенями для їхньої дії. Відновлення функції яєчників при її зниженні, при неповноцінній лютеїновій фазі, при ановуляції, доцільно здійснювати без гормональних препаратів. Це легше вдається в жінок молодого віку, при незначній тривалості запального процесу (до 5 років), відсутності ознак чи інфантилізму вихідної ендокринної патології. При безуспішності такої спроби доцільна гормональна терапія з урахуванням форми ендокринних порушень, віку хворий, екстрагенітальної патології й інших особливостей жінки.

9. Обов'язкове об'єднання методів загального впливу на організм із метою корекції функції змінених систем з локальними лікувальними засобами на органи статевої системи.

10. Лікування всіх центрів хронічного запалення екстрагенітальної локалізації.

11. Обов'язкове дотримання етапності лікування: стаціонар (при гострому запаленні хронічного процесу курс лікування повинний бути не менше 3

тижнів) – жіноча консультація (хвора продовжує почате в стаціонарі фізіотерапевтичне лікування) – курорт (для проведення реабілітації уражених систем, через 4-6 місяців після гострої стадії захворювання).

Основні методи лікування запальних захворювань геніталій

Виходячи з основних положень етіології і патогенезу й основних принципів підходів до лікування при гострому запальному процесі, терапія проводиться наступним чином:

1. Лікування проводиться обов'язково в стаціонарі. Режим постільний. Положення хворої - у ліжку з піднятим головним кінцем (для запобігання поширення процесу *per continuitatem*). Місцева дозована гіпотермія (апаратна чи лід по 10 хвилин через 10 протягом 2 годин тричі в день).

2. Антибактеріальна терапія проводиться антибіотиками, групою нітрофуранових препаратів (фурадонін, фуразолідон), сульфаніламідних препаратів (короткого, середнього і пролонгованого терміну дії), - і препаратами метронідазолу ряду (метронідазол, метрогіл, трихопол). Антибіотики займають основне місце в лікувальному комплексі. На початку захворювання, якщо лабораторні дані про характер збудника і його чутливість відсутні, рекомендується призначати антибіотики, орієнтуючись на передбачену етіологію захворювання. Призначають напівсинтетичні пеніциліни (метіцилін - 6-12 г/доба; оксацилін - 3-6 г/доба; ампіцилін - 4-6 г/добу, ампіокс - 2-4 г/добу); цефалоспорины (цефалорідин, фефалозолін, кефзол - до 4-6 г/добу); аміноглікозиди (канаміцин - до 2 г/добу, гентаміцин - 1,60-2,40 г/добу). Шляхи введення: внутрішньом'язовий, внутрішньовенний, безпосередньо до придатків через заднє піхвове склепіння. Тривалість курсу антибіотиків - не менше 7 доби.

З огляду на високу частоту об'єднання аеробної й анаеробної флори, рекомендується призначати препарати метронідазолу ряду (трихопол 4 таблетки в добу протягом 5 діб, метрогіл в/венно 100мл), гипербарооксигенацію (ГБО).

Паралельно варто обов'язково призначати вітамінні комплекси, при тривалому вживанні антибіотиків, протигрибкові препарати (ністатін, леворін, полівітаміни).

3. Дезінтоксикаційна терапія здійснюється низькомолекулярними плазмозамінниками: реополіглюкін, гемодез, неокомпенсан, бікарбонат натрію 5% р-н до 200 мл, р-н глюкози 5% - 500 мл, сольові розчини. Загальний обсяг рідин, що вводяться в організм, залежить від ваги положення і визначається по 40-45 мл на 1 кг маси хворої.

4. Обов'язкове застосування препаратів, що поліпшують реологічні властивості крові. Застосовується гепарин у дозі 2,5-5,0 тис. ВІД 2-4 разів, аспірин.
5. Інгібітори протеаз (гордокс, контрікал, зимофрен, амінокапронова кислота).
6. Імунокоректори (тімалін, тімоген, спленін, левамізол), препарати плазми (суха, нативна, гіперімунізована, антистафілококова, антиколі-плазма, антиешеріхії - плазма — по 100-150 мл в/в 3-5 разів, чи щодня через день, гама - глобулін по 3 дози через 3 дні 3 рази.
7. Знеболюючий ефект досягається призначенням аспірину, дозованою гіпотермією, лазерною терапією.
8. Місцеве лікування проводиться шляхом призначення ванночок, промивання, спринцювання дезінфікуючими розчинами (фурацилін, димексид, диоксидін, хлорофіліпт), відвари лікувальних трав (чистотіл, календула, пелюстки троянди, ромашка, шавлія, деревій і ін.).
9. При стабілізації запального процесу і відсутності ознак нагноєння через 10-12 днів можна призначити фізіотерапевтичні методи лікування: ультрафіолетова ерітемотерапія, магнітотерапія, діадинамічні струми.

Лікування хронічних запальних процесів

Згадаємо ще раз: не призначати антибіотики, препарати 10% розчину кальцію. Медикаментозна терапія повинна бути зведена до мінімуму.

1. Усунення больового синдрому: мікро клізми з теплим 0,25% розчином новокаїну протягом 6-7 днів; мікро клізми з 5% розчином йодистого калію, особливо при адгезивному процесі в малому тазі, пресакральна новокаїнова блокада; анальгетики в таблетках, інгібітори простагландинів (аспірин, індометацин і інші нестероїдні протизапальні препарати).
2. Широке призначення фізіотерапевтичних процедур (преформовані фізичні фактори):
 - гальванізація (електрофорез КJ, Ag, піхвовий, внутрішньоматковий, шийний);
 - ВЧ (дарсонвалізація, діатермія, індуктотермія); УВЧ, СВЧ;
 - Ультразвук, фонофорез, пелоїдофонофорез;
 - магнітотерапія;
 - світлолікування;
 - голкорексфлексотерапія;
 - природні фізичні фактори (клімато-бальнеотерапія).
3. Седативні препарати.
4. Корекція гормонального тла: електростимуляція шийки матки з 5 по 23 день менструального циклу, ендоназальний електрофорез з вітаміном В1, лазерна стимуляція, вітамінотерапія (вітамін У1-1 мл у добу в I фазу циклу,

вітамін 3 - в II фазу), при неефективності негормональної терапії призначаються статеві і гонадотропні гормони в залежності від виду порушення менструальної функції.

5. Десенсибілізуюча терапія: димедрол по 1 таб., тавегіл по 1 таб., супрастин по 1 таб., 2 рази в день протягом 7-10 днів.

6. Дезагреганти – препарати, що поліпшують мікроциркуляцію в судинах малого таза і всього організму (гемодез 100-200 мл в/в, реомакродекс по 100-200 мл в/в, 3-5 разів на курс; аспірин по 1 таб. 3 рази 7 днів).

7. Білкові препарати, амінокислоти і суміші (альвезін, поліамін, аміностерол); для дестабілізації патологічного центра – бактеріальні полісахариди (продігіозан 0,5 мл в/м з інтервалом 3-5 днів; пірогенал в/м, починаючи з 25-50 МПД 1 раз у 2-3 дня, підвищуючи дозу при кожному уведенні на 25-50 МПД у залежності від реакції, на курс 10-15 ін'єкцій. При підвищенні температури, що супроводжується змінами картини крові, призначають антибіотики.

8. Санація вогнища запалення: піхвовий фонофорез димексидом - бмл, хлорофіліптом - 2мл, новокаїном - 2мл; внутрішньоматковий електрофорез алое, сірчаною кислотою магnezією, сірчаноцинкам.

9. Імунотерапія (плазма в/в, автовакцина, біостимулятори – алое, склоподібне тіло, мабістін, пелоїдодістлат протягом місяця).

10. При безплідності, зв'язаної з непрохідністю маткових труб – ферменти (лідаза 32-64 ВІД, хімотрипсін 5-10 мг в ін'єкціях, ронідаза за допомогою фонофорезу на низ живота). Зважаючи на те, що ферменти діють при безпосередньому контакті з тканинами, оптимальним шляхом уведення цих препаратів є ін'єкції через задній чи звід уведення їхній у порожнечу матки за допомогою гідротубацій.

11. Санаторно-курортне лікування

Показанням до термінового хірургічного втручання при гострому запаленні геніталій є:

- дифузійний перитоніт;

- розрив піосальпінксу;

- відсутність ефекту протягом 24 годин після дренивання черевної порожнечі за допомогою лапароскопії.

Обсяг операції залежить від характеру і поширення деструктивного процесу, віку хворий, анамнезу, потенційної онконастороженості. При виконанні операції варто максимально обачно відноситися до яєчника в усі вікові періоди жінки, дотримуючи паралельно з цим максимальної онконастороженості. У молодому віці операція обмежується видаленням ураженого органа (найчастіше це маткова труба), а у віці після 45 років – обсяг операції розширюється (видалення матки, можливо яєчника).

Профілактика запальних процесів геніталій

Профілактика складається, насамперед:

- у дотриманні особистої гігієни, гігієни статевого життя;
- виявленні і лікуванні вогнищ хронічного запалення екстрагенітального походження, насамперед захворювання кишечника;
- запобіганні небажаної вагітності, переривання якої наносить організму жінки непоправної шкоди, тому що веде до інфікування статевих шляхів, порушенню менструальної функції, безплідності;
- раціональної організації роботи і побуту з виключенням переохолодження, фізичної чи психічної перенапруги;
- раціональному харчуванні, що буде запобігати гіповітаміноз, гіпопротеїнемії.

Запальні захворювання геніталій є одним з найбільш частих захворювань статевих органів. Найбільш частою формою по клінічному плину є хронічна форма, а по локалізації – хронічний аднексит. Захворювання має дуже складний патогенез, вимагає своєчасного, добре обміркованого, Патогенетично обумовленого лікування для запобігання серйозних ускладнень (безплідність, малігнізація, порушення менструальної функції) і інвалідізації жінки.

Студенти, що одержали дані для самостійної роботи, курирують хворих, розбирають і аналізують дані історії хвороби, інтерпретують отримані дані.

Список використаних джерел:

Основна:

- Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах. - Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.)/ В.І. Грищенко, М.О. Щербина та ін. - К.: Медицина, 2020.- 376 с.
- Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
- Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes. Volume 2. Gynecology: textbook/ V.I. Gryshchenko, M.O. Shcherbina, B.M. Ventskivskyi et al. — 3rd edition, 2022. – 360 p.
- Comprehensive Gynecology - 8 th Ed. / D.M. Hershenson, G.M. Lentz, F.A. Valea et al. Elsevier. 2021 – 881 p.
- Pragmatic obstetrics and gynecology [Text]: [manual] / L. B. Markin [et al.]. - Lviv: Lviv Nat. Danylo Halytsky Med. Univ., 2021. - 236 p.
- Oxford Textbook of Obstetrics and Gynecology / Ed. by S. Arulkumaran, W. Ledger, L. Denny, S. Doumouchsis. – Oxford University Press, 2020 – 928 p.

Додаткова:

- Внутрішньочеревні кровотечі в гінекології: монографія/ І.З. Гладчук, О.Я. Назаренко, Р. О. Ткаченко. – Одеса: ОНМедУ, 2021. – 112 с.
- Ендоскопічна хірургія: навч. посіб. / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін.; за ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592 с.
- Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
- Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
- Запорожан В.Н., Малиновский А.В. Пути эволюции лапароскопической хирургии // Клінічна хірургія. – 2020. - №87 (3-4). – С. 86 – 90.
- Ситуаційні задачі з гінекології: навч. посіб./ І.З. Гладчук, А.Г. Волянська, Г.Б. Щербина та ін.; за ред.проф. І.З. Гладчука. – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018. – 164 с.
- Williams Gynecology, 4th Edition by Barbara Hoffman, John Schorge et al&. - Mac Grow Hill Education. - 2020. – 1328 p.
- Acute Pelvic Pain. Pubmed. Dewey K, Wittrock C. Emerg Med Clin North Am. 2019 May
- Emergencies in obstetrics and gynecology / L.Markin, O.Medvyedyeva, O.Matviyenko. – Lviv: ЗУКЦ, 2018. – 160 p.
- Oats, Jeremy Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Liewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology / J.Oats, S.Abraham. – 10th ed. – Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. – VII, 375 p.
- Hemostasis and thrombosis in obstetrics & gynecology / Paidas, Michael J. [et al.]; Michael J. Paidas ... [et al.]. - Chichester, West Sussex, UK : Wiley-Blackwell, 2016. - ix, 223 p.: ill.; 25 cm. - Includes bibliographical references. - ISBN 9781405183994.
- Наказ МОЗ України від 15.08.2023 № 1465 "Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги "ВІЛ-інфекція".
- Наказ МОЗ України №928 від 18.05.2023 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза».
- Наказ МОЗ України №2264 від 15.12.2022 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Аномальні вагінальні виділення».
- Наказ МОЗ України від 16.11.2022 № 2092 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги HYPERLINK "https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-

16112022--2092-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-vil-infekcija" «ВІЛ-інфекція»".

- Наказ МОЗ України від 24.09.2022 № 1730 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Ектопічна вагітність»".
- Наказ МОЗ України від 21.07.2023 № 1336 "Про затвердження форми «Протокол проведення трансфузії»".
- «Адапована клінічна настанова, заснована на доказах» вересень 2017:
 - №117 «Урогенітальний хламідіоз»
 - №118 «Урогенітальний кандидоз»
 - №119 «Захворювання шкіри та слизових оболонок, що спричинені вірусами папіломи людини»
 - №120 «Урогенітальний мікоплазмоз»
 - №122 «Гонokokова інфекція»
 - №123 «Урогенітальна трихомонадна інфекція».

Електронні інформаційні ресурси:

- <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
- <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
- <https://www.uptodate.com> – UpToDate
- <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
- <https://www.thelancet.com/> - The Lancet
- <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів / Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
- <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health
- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
- www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація

- www.euro.who.int - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я.