

“ЗАТВЕРДЖЕНО”  
на методичному засіданні  
кафедри акушерства та  
гінекології УМСА  
“\_\_\_” \_\_\_\_\_ 200  
протокол № \_\_\_\_\_.  
Зав.каф., д.м.н., проф.

Гінекологія

Громова А.М.

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ  
САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
V курсу медичного факультету

ТЕМА: ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.  
Кількість навчальних годин 2

. Тема: Запальні захворювання жіночих статевих органів.

I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

В останні роки проблема запальних захворювань статевих органів набуває особливої актуальності, що зумовлено зростанням частоти даної патології, а також несприятливими соціально-економічними умовами, впровадженням в практику сучасних методів діагностики та лікування. Важливим також є знання даної патології лікарями спеціалістами загального профілю, оскільки клінічні її симптоми можуть бути схожими з іншими захворюваннями. Тому, метою даного заняття є вивчення етіопатогенезу запальних захворювань статевих органів методів діагностики і лікування.

II. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ :

2.1. Студент повинен знати:

теоретичні та клінічні аспекти етіології, патогенезу запальних та септичних захворювань статевих органів;  
класифікацію запальних захворювань статевих органів;  
основні клінічні симптоми різних запальних та септичних захворювань статевих органів;  
методи діагностики запальних та септичних захворювань статевих органів;  
основні принципи терапії запальних та септичних захворювань статевих органів;  
основні напрямки профілактики запальних та септичних захворювань статевих органів.

2.2. Лікар повинен вміти:

зібрати анамнез у жінок з вищевказаною патологією (скарги, анамнез захворювання, анамнез життя);  
провести фізичні методи обстеження хворих жінок (огляд, пальпацію, перкусію при необхідності – аускультацию);  
оцінити результати обстеження з урахуванням лабораторних та інструментально-функціональних методів дослідження;  
сформулювати клінічний діагноз, клінічні синдроми;  
надати невідкладну допомогу хворим на догоспітальному;  
призначати відновлюючу терапію на різних етапах реабілітації хворих.  
надати невідкладну допомогу на догоспітальному етапі.

III. МАТЕРІАЛИ АУДЫТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ.

Матеріали контролю базисної (вихідного рівня) підготовки лікарів: тестові завдання.

Матеріали для методичного забезпечення основного етапу заняття: медичні картки стаціонарних хворих, таблиці, діапозитиви.

Матеріали для заключного етапу заняття: набір тестових завдань, клінічні ситуаційні задачі III-IV рівнів засвоєння.

### 3.1. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ.

Дисципліни	Знати	Вміти

### 3.2. ТЕЗИ ЗМІСТУ ТЕМИ.

захворювання геніталій

Етіологія (стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, асоціації мікробів). Проникнення гнилісних мікробів можливе при порушенні епітеліального покриття (аборти, пологи, внутрішньоматкові 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).

До неспецифічних запальних захворювань жіночих статевих органів відносяться: вульвіт, вульвовагініт, ендocerвіт, ендометрит, аднексит, параметрит, пельвіоперитоніт, розлитий перитоніт.

Вульвіт – запалення зовнішніх 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 періодичний характер.

При первинному вульвіті для ліквідації патологічного процесу необхідно поряд із дотриманням правил особистої гігієни і 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 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 виділення, 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 вкрита серозними чи серозно-гнійними нашаруваннями. В хронічній стадії зміни слизової оболонки піхви менш виражені, кількість виділень незначна.

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

Місцеве лікування складається з призначення сидячих ванн з розчином калію перманганату (1:10000), шалфею 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 мазі чи тампонів. Після зменшення 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 свербіж. 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 виділення з неприємним рибним запахом. В піхві і в ділянці вульви виникає свербіж і печія.

Діагноз встановлюють 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 з наступних препаратів: кліндоміцин 0,3 мгх2 р. на день, метранідазол (по 0,5 г 2 рази на день протягом 7 днів), ампіцилін (по 0,5 г 4 рази на день протягом 7 днів). Доксіциклін (по 0,1г 2 рази на день протягом 7 днів), макмірор – комплекс (піхвовий крем або піхвові свічки протягом 10-12 днів, далацин С).

Ендоцервіцит – це захворювання викликають ті ж збудники, що і вульвовагініти. Розвитку ендоцервіциту сприяють розриви і 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 вічка 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 евкаліпту, ванночки з протарголом або коларголом, електрофорез цинку. Якщо ендоцервіцит виник на фоні розриву шийки матки, то після проведеного протизапального лікування слід провести операцію Еммета.

Ендометрит

Гострий ендометрит виникає, як правило, після різних внутріматкових втручань, виконаних з 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 виставляють на основі даних анамнезу захворювання, результатів об’єктивного і лабораторного дослідження.

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

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

Лікування включає застосування десенсибілізуючої терапії, біостимуляторів, імуностимулюючої терапії.

Запальні захворювання маткових труб і яєчників

Первинним запальним процесом при виникненні запальних захворювань додатків матки є сальпінгіт. Інфекція проникає висхідним шляхом, рідше нисхідним. При сальпінгіті в запальний процес швидко втягується яєчник – розвивається сальпінгоофорит. Основними збудниками є стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, актиноміцини.

В гострій стадії хворі скаржаться на постійний значний біль понизу черева з іррадіацією в поперекову ділянку і пряму кишку. У багатьох хворих виникає нудота, однократна блювота, помірне здуття черева, білі гнійного або слизово-гнійного характеру.

Лікування гострого запалення додатків матки в цілому таке, як при гострому ендометриті, за виключенням призначення утеротонічних препаратів і внутріматкових маніпуляцій.

В лікуванні хронічних запальних процесів використовують фізичні фактори, медикаментозну терапію, голкорексфлексотерапію.

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

Клініка характеризується наявністю постійного болю понизу черева, підвищенням температури, трясовиці, головного болю. Через 3-4 дні в ураженому параметрії визначається щільне без чітких контурів утворення, яке переходить на стінки тазу. Воно нерухоме і різко болюче. При нагноїнні навколوماتкової клітковини показана кольпотомія з наступним дренажуванням гнійного вогнища, в якому слід встановити дренажну трубку. В подальші дні вогнище промивають дезінфікуючим розчином, через дренажну трубку вводять антибіотики.

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

В клінічній картині виділяє 2 стадії – відкриту і 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 в закриту стадію, після чого стан хворої значно покращується. Запальний екссудат поступово

розсмоктується, виникає злуковий процес, який призводить до обмеження рухливості матки. Лікування консервативне: антибактеріальна і десенсибілізуюча терапія, лікувальні пункції заднього склепіння, задня кольпотомія.

Розлитий перитоніт. Причинами розвитку є перфорація в черевну порожнину вмісту абсцесів тазової клітковини і очеревини, піосальпінксу, нагноєних 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, дренують.

Розібрати покази до хірургічного лікування (пухлиноподібні запальні захворювання додатків матки, які не піддаються консервативній терапії, особливо у жінок старше 35 років, піосальпінкси, піоваріум). Септичний шок (СШ) – патологічний стан організму, який розвивається на фоні порушення розподілу нормального або підвищеного серцевого викиду при різко зменшеному периферичному судинному опорі, що призводить до розвитку функціональних порушень і органічних змін в життєво важливих органах.

Частота СШ – 3-10%. Смертність при СШ становить 50-80%.

Етіологія і патогенез: Найчастіше при СШ висіваються: *E.coli*, *Aerobacter-Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Pyocyanea*, *Salmonella*, *Serratia marcescens*. Найвищу летальність обумовлює бактеріємія, визвана протеем.

В механізмі розвитку септичного шоку провідна роль належить гострому порушенню гемодинаміки і порушенню згортання крові.

Первинні розлади при СШ спостерігаються в периферійному кровообігу. Вазоактивні речовини викликають вазоплегію в капілярній системі, що приводить до різкого зниження периферичного опору: відбуваються кількісні і якісні зміни лейкоцитів (напочатку – лейкопенія за рахунок нейтрофілопенії, в подальшому – лейкоцитоз, за рахунок нейтрофілії); зв'язуючись із специфічними рецепторами на поверхні тромбоцитів ендотоксини призводять до тромбоцитопенії, яка супроводжується виділенням серотоніну та тромбоцитарного фактору III; взаємодія ендотоксинів з системами комплементу та імуноглобулінів є також опосередкованою причиною виділення тромбоцитарного фактору III, гемолізу еритроцитів і, як наслідок, вихід в кровотік еритроцитарного тромбопластину;

комплемента активованої системи комплементу C3a і C5a – анафілотоксини – діють на тучні клітини і сприяють вивільненню гістаміну, серотоніну та інших вазоактивних речовин, які в свою чергу підвищують проникливість судинної стінки і активують каллікрейнову систему;

стимуляція ендотоксином  $\alpha$  – адренорецепторів призводить до спазму артеріол;

Вище описане посилене порушення реологічних властивостей крові, поглиблює порушення мікроциркуляції і сприяє прогресуванню ДВЗ-синдрому, який має імунотоксинну природу.

Блокада регіонального кровотоку мікротромбами, що призводить до тканинної (клітинної гіпоксії і аноксії і так званому гіпо-перфузійному ацидозу, розвиваються важкі функціональні порушення і органічні зміни в життєво важливих органах: головному мозоку, серці, печінці, легенях, нирках.

Клініка: Відмінними особливостями септичного шоку є його швидкий розвиток та важкий стан хворої (незворотні зміни в організмі наступають рано: в межах 6-12 годин).

Клінічний перебіг септичного шоку має 3 фази:

1 – тепла нормотонія (клінічно не виявляється);

2 – тепла гіпотонія (від кількох днів до кількох тижнів);

3 – холодна гіпотонія (від кількох днів до кількох тижнів).

Фаза “теплої” нормотонії. Загальний стан хворої близький до задовільного. Свідомість збережена, хвора збуджена або малоконтактна. Температура тіла підвищується до 39-40<sup>o</sup>С після сильної трясоти.

Артеріальний тиск в межах норми. Пульс частий, задовільних властивостей (тахікардія 140 і більше ударів за хв.), тахіпноє (без органічних змін в легенях). Шоковий індекс (Індекс Альговера) – 0,7- 0,8.

Фаза “теплої” гіпотонії. Загальний стан хворої важкий. Свідомість збережена, проте затьмарена. Реакція зіниць на світло слабка, погляд нерухомий. Температура субфебрильна. Систолічний АТ рівний 85-75 мм рт.ст., діастолічний – близько 50 мм рт.ст. Пульс частий, слабого наповнення. Дихання часте, послаблене. Шкіра бліда, характерні прояви капілярнопатії (розширення судин кон'юнктиви, еритематозна висипка, язик з малиновим відтінком). Спостерігається шлунково-кишковий симптомокомплекс: бурна перистальтика, блювота, діарея. Характерними є міалгії, болі в животі та в горлі. Шоковий індекс – 0,9 –1,2.

Фаза “холодної” гіпотонії. Загальний стан хворої важкий. Свідомість затьмарена. Реакція зіниць відсутня. Температура субфебрильна. Систолічний АТ рівний 70 мм.рт.ст. і нижче, діастолічний – близько 30 мм.рт.ст. Пульс частий, слабого наповнення. Дихання послаблене або періодичне. Шкіра бліда, ціанотична, холодний липкий піт, болі в м'язах, петехіальні крововиливи, олігурія; лейкоцитоз або лейкопенія, тромбоцитопенія, збільшення ШОЕ. Шоковий індекс –1,3 і вище.

В фазу “теплої” гіпотензії порушення функції життєвоважливих органів носить зворотній характер, в стадію “холодної” гіпотензії – різкі зміни (інколи незворотні).

Септичний шок нерідко розвивається на фоні уже розпочатої антибактеріальної терапії гнійно-запальних захворювань після абортів, у вагітних жінок та породіль. В зв'язку з цим клінічні прояви шоку можуть бути недостатньо вираженими.

Діагностика септичного шоку базується на анамнестичних даних і можлива лише при систематичному (краще моніторному) контролі за станом хворої: постійна реєстрація АТ, гемодинамічних показників (АТ, ЦВТ, PS, частоти дихання, почасового діурезу, числа тромбоцитів (кожних 3-4 години)).

Невідкладна допомога на догоспітальному етапі

Інгаляція кисню.

Штучна вентиляція легень при зупинці дихання (рот в рот, маскою або негайна інтубація легень, ШВЛ з позитивним тиском на видосі).

Мобілізація кубітальної вени (краще підключичної для паралельного контролю ЦВТ).

Введення носового або ендотрахеального катетера для ретельного туалету трахеобронхіального дерева.

Катетеризація сечового міхура для контролю за діурезом.

Інфузійна терапія в швидкому режимі (до 20 мл/хв) з використанням колоїдів (реополіглокін, поліглокін, 5-10% альбумін, протеїн) і кристалоїдів (концентровані розчини глюкози, ізотонічний розчин хлориду натрію та інші) у співвідношенні 2,5:1 у зв'язку з низьким колоїдно-осмотичним тиском.

Підтримка серцевої діяльності, артеріального тиску: дофамін – від 1,0 до 5,0 мг/хв в/в, краплинно; гідрокортизон – до 500 мг в/в, або до 120 мг преднізолону, або до 16 мг дексаметазону; корглікон 0,06% - 0,5 мл на 20 мл 40% р-ну глюкози в/в, струминно або 0,5-1 мл 0,05% р-ну строфантину, або 1-2 мл 0,02% р-ну ізоланіду.

Термінова госпіталізація у відділення інтенсивної терапії.

Кваліфікована та спеціалізована допомога

Лікування СШ проводиться по формулі: VIP-PhS, де V – вентиляція легень, I – інфузійна терапія, P – підтримка серцевого викиду і АТ, Ph – фармакотерапія, S – специфічна терапія (видалення гнійного вогнища).

Виконання пункту V – вентиляція легень: для усунення респіраторного дистрес синдрому хворим з СШ проводять інтубацію трахеї і переводять на ШВЛ з позитивним тиском в кінці видиху на 5 см. вод.ст. сумішю кисню і повітря 1:1.

Виконання пункту I – інфузійна терапія:

Інфузійну терпію проводять під контролем ЦВТ і хвилинного діурезу в режимі керованої гемодилуції.

Рекомендовані колоїдні розчини:

Реополіглокін – 500-800 мл (обережно при пошкодженні нирок), в дозі 1200 – визиває гіпокоагуляцію; поліглокін (500-800 мл); плазмостеріл – 6% гідроксиметіловий крохмаль в ізотонічному розчині хлориду натрію (500-800 мл); оксиглікований крохмаль (HAES sterillis) – 10-20 мл/кг/год, волекам – 500-1000 мл, лангестріл – декстран – високомолекулярний полімеризат глюкози; реоглюман до 1000 мл; полідез до 1000 мл; поліфер до 1000 мл.

Використання препаратів желатину має бути обережним, оскільки, такі кровозамінники викликають виражені агрегаційні властивості у формених елементів крові і сприяють викиду гістаміну.

Рекомендовані кристалоїдні препарати: розчин Рінгера, Гартмана, лактосол, ізотонічний розчин хлориду натрію, гідрокарбонат натрію, концентровані розчини глюкози.

Критерії ліквідації гіповолемії:

Нормалізація ЦВТ – 50-100 мм вод.ст.

Погодинний діурез більше 30 мл/год. без використання діуретиків і 60-100 мл при форсованому діурезі.

Збільшення ОЦК і серцевого викиду (NB! ЦВТ вище 15 см вод.ст. свідчить про надмірну інфузію – стан небезпечний інтерстиційним набряком легень).

Виконання пункту P – підтримка серцевого викиду:

Для виведення хворої із стану шоку ефективним є використання

високих доз кортикостероїдів: одномоментно вводять до 500 мг гідрокортизона (ГК), або до 120 мг преднізолону (ПД), або до 16 мг дексаметазону (ДКМ). Добова доза глюкокортикоїдів до 1000...3000 ГК або ж еквівалентних кількостей ПД або ДКМ. Введення препарату повторюється через 2-3-4 год. Такі дозування використовують протягом 1-2 днів.

показано введення серцевих і вазоактивних препаратів: дофаміну 1-5 мг/кг/хв; налаксона 0,0004 г в/в, кожних 5 хв протягом 30 хв; корглікону 0,06% - 0,5 мл на 20 мл 40% р-ну глюкози в/в струминно або 0,5-1 мл 0,05% р-ну строфантину, або 1-2 мл 0,02% р-ну ізоланіду, курантілу 0,5% розчин – 2-4 мл в/в, краплинно, повільно після ліквідації гіповолемії.

В “холодній” гіпотензивній фазі, коли виражена вазоконстрикція призначають під контролем АТ розчин еуфіліну 2,4% – 10 мл, розчин папаверину 2% – 2 мл, розчин но-шпи 2% - 4 мл, розчин компламіну 15% - 2 мл, титроване введення розчину аміназіну 2,5% - 1 мл на 10 мл ізотонічного р-ну хлориду натрію в/в.

Виконання пункту Ph – фармакотерапія:

Антибактеріальну терапію розпочинають з призначення 2-3 антибактеріальних препаратів, оскільки, інфекційний агент невідомий. Раціональне поєднання – пеніциліни, аміноглікозиди і цефалоспорины: ампіцилін (4-6 г на добу) і гентаміцин сульфат (до 240 мг на добу) або канаміцин (2 г на добу); карбініцилін дінатрієва сіль (до 30 г на добу) в поєднанні з цефалоспоринами (до 6 г на добу) і аміноглікозидами; цефазоліл

(4-8 г на добу) і гентаміцина сульфат (до 240 мг на добу). Ефлоран і метраджил препарати, що діють на анаеробну флору призначають в перші 4-5 днів в/в (по 500 мл 2 рази на добу Антигістамінні препарати (дімедрол 1% - 1,0, супрастин 0,025, діпрозін 2,5%).

Корекція кислотно-лужного стану;

Детоксикація – методом форсованого діурезу.

Імунотерапія – після виведення хворої із шокового стану.

Вітамінотерапія: вітаміни С, В1, В6, В12.

Виконання пункту S– специфічна терапія (видалення гнійного вогнища):

відразу ж після поступлення хворої в стаціонар, під прикриттям антибіотиків і комплексної терапії провести інструментальну ревізію матки (метод вакуум-аспірації використувати не доцільно);

якщо протягом 8-12 годин після інструментального видалення інфікованих залишків плідного яйця, чи плаценти і розпочатої консервативної терапії, яка включає і великі дози кортикостероїдів (2-4 г гідрокортизону), не відмічається покращення стану хворої (підвищення АТ, зростання почасового діурезу) показана екстирпація матки з трубами з подальшим лікуванням, спрямованим на ліквідацію поліорганної недостатності.

Моніторинг під час лікування:

Визначення АТ, Рs, дихання кожні 30 хвилин.

Термометрія кожні 3 години.

Визначення ЦВТ, погодинного діурезу.

Клінічний аналіз крові (Hb, Tr).

Визначення ОЦП.

Визначення гемостазіограми.

Визначення кислотно-лужного стану.

Визначення КОТ.

В пізній стадії септичного шоку при гострій нирковій недостатності можуть виникнути покази до гемодіалізу; а також до гемосорбції, плазмофорезу, лімфосорбції, гіпербаричної оксигенації та інших методів лікування.

### 3.3. РЕКОМЕНДОВАНА Література

#### 7.1. Основна:

Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1995. – С. 120-140.

Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. – М.: “МИА”, 1997. – С. 404-414.

Сольский Я.П., Ивченко В.Н., Богданова Г.Ю. Инфекционно-токсический шок в акушерско-гинекологической практике. – Киев: Здоров’я, 1990.– 198 с.

Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. “Этюды критической медицины”, т 3.– Петрозаводск: Изд-во ПГУ, 1997. – С. 253-287.

#### 7.2. Додаткова:

Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирюшенко А.П.. Акушерство, 1998. – С. 421-422.

Дуда И.В., Дуда. В.И. Клиническое акушерство, 1997. – С. 413-431.

### 3.4 МАТЕРЬАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.

Клініка і лікування вильвовагініту.

Бактеріальний вагіноз.

Причини виникнення, діагностика та лікування ендочервіциту.

Ендометрит (діагностика, лікування).

Принципи діагностики та лікування аднекситу.

Пельвіоперитоніт.

Розлитий перитоніт.

Етіологія ІТШ.

Клінічні стадії ІТШ.

Діагностика ІТШ.

Диференційована діагностика септичного та анафілактичного шоку.

Особливості інфузійної терапії септичного шоку.

Реанімаційні міроприємства при септичному шоці.

Послідовність лікувальних міроприємств при септичному шоці.

15.Покази до оперативного лікування.