

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

**Затверджено:**  
на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № \_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ  
З ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ» ІІ  
РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Запальні захворювання статевих органів, тазової клітковини, очеревини (неспецифічні)</b> (код курсу 14.2)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 6 годин.

## I. Мета заняття

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. Об'єм повторної інформації

1. Визначення запальні та септичні захворювання жінки.
2. Основні методи діагностики запальних захворювань.
3. Основні підходи до лікування запальних захворювань при різних клінічних ситуаціях.

## III. Об'єм нової інформації

1. Теоретичні та клінічні аспекти етіології, патогенезу запальних та септичних захворювань статевих органів.
2. Класифікацію запальних захворювань статевих органів.
3. Основні клінічні симптоми різних запальних та септичних захворювань статевих органів.
4. Методи діагностики запальних та септичних захворювань статевих органів.
5. Основні принципи терапії запальних та септичних захворювань статевих органів.
6. Основні напрямки профілактики запальних та септичних захворювань статевих органів

## IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення гінекології.
3. Жіноча консультація.

## Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії хвороби.
4. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

## V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Зібрати анамнез у жінок з вищевказаною патологією (скарги, анамнез захворювання, анамнез життя).		+	
2.	Провести фізичні методи обстеження хворих жінок (огляд, пальпацію, перкусію при необхідності –		+	

	аускультацию).			
3.	Оцінити результати обстеження з урахуванням лабораторних та інструментально-функціональних методів дослідження.		+	
4.	Провести огляд шийки матки і піхви за допомогою дзеркал.		+	
5.	Визначити наявність чи відсутність ознак перетоніту.		+	

## 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 верхнього відділу статевих органів?
3. Шляхи поширення інфекції в жіночих статевих органах.
4. Клініка, діагностика та лікування ендометриту.
5. Клініка, діагностика та лікування сальпінгоофориту.
6. Клініка, діагностика та лікування параметриту.
7. Клініка, діагностика та лікування пельвеоперитоніту.
8. Основні принципи запальних процесів статевих органів

### *Завдання для самостійної роботи по темі заняття*

1. Зібрати анамнез у жінок з вищевказаною патологією (скарги, анамнез захворювання, анамнез життя).
2. Провести фізичні методи обстеження хворих жінок (огляд, пальпацію, перкусію при необхідності – аускультацию).
3. Оцінити результати обстеження з урахуванням лабораторних та інструментально-функціональних методів дослідження.
4. Сформулювати клінічний діагноз, клінічні синдроми.
5. Надати невідкладну допомогу хворим на догоспітальному етапі.
6. Призначати відновлюючу терапію на різних етапах реабілітації хворих.
7. Провести огляд шийки матки і піхви за допомогою дзеркал.
8. Взяти мазки для визначення мікрофлори з цервікального каналу, піхви, уретри.
9. Оцінити дані лабораторних досліджень.
10. Оцінити дані інструментальних методів дослідження.
11. Скласти план дообстеження хворої.
12. Провести диференційований діагноз.
13. Визначити наявність чи відсутність ознак перетоніту

### Тестові завдання

**1. Укажіть основні клінічні симптоми гострого сальпінгіту:**

- A. болі в гіпогастральній області;
- B. підвищення температури тіла;\*

- C. активація гострофазових показників крові;
- D. анемія.

**2. 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.\*

**3. Причиною появи білей можуть бути:**

- A. запальні захворювання внутрішніх статевих органів;\*
- B. гельмінтоз;
- C. кандідоз;
- D. генітальні нориці.

**4. Свербіння зовнішніх статевих органів може бути симптомом:**

- A. запальних захворювань внутрішніх статевих органів;\*
- B. краурозу вульви;
- C. цукрового діабету;\*
- D. психоневрозу.

**5. Перерахуйте показання до хірургічного лікування запальних захворювань придатків матки:**

- A. наявність гнійних тубооваріальних утворень, що не піддаються консервативній терапії;
- B. рецидивуюча течія гнійної інфекції з тенденцією до утворення тубооваріальних абсцесів;
- C. перфорація запальних утворень з розвитком розлитого перитоніту;
- D. все перераховане\*

**6. Лікарська терапія гострого запалення додатків матки передбачає призначення:**

- A. нестероїдних протизапальних препаратів;
- B. антибіотиків широкого спектра дії;\*
- C. стабілізаторів мембран лаброцитів (огрядних кліток);
- D. комплексної детоксикаційної терапії

**7. Загострення хронічного сальпінгіту може бути пов'язане з:**

- A. переохолодженням;
- B. інтеркурентними захворюваннями;
- C. стресовими ситуаціями, фізичною перевтомою,
- D. порушенням функції яєчників.
- E. Все перераховане\*

**Ситуаційні задачі :**

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?

Відповідь-бартолініт лівої статевої губи

2. Хвора 28 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на тупий біль внизу живота, температура до 37°C. Хворіє 3 роки, при об'єктивному дослідженні тіло матки нормальних розмірів, рухоме, не болюче. Придатки помірно збільшені в розмірах, злегка болючі при пальпації, склепіння піхви глибокі. Параметрії вільні. Діагноз? Тактика лікаря?

Відповідь-загострення хронічного двобічного сальпінгоофориту

Антибіотикотерапія, протизапальна терапія

## **VII. Методичні матеріали до практичного заняття 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, імунотимулатори. 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, імунотимуючої 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 навколоматкової клітковини показана кольпотомія з наступним дрениванням 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 ексудат 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, 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, дрениують.

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 протеєм.

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;
- компленти активованої системи комплементу  $C_{3a}$  і  $C_{5a}$  – анафілотоксини – діють на тучні клітини і сприяють вивільненню гістаміну, серотоніну та інших вазоактивних речовин, які в свою чергу підвищують проникливість судинної стінки і активують калікреїнову систему;
- стимуляція ендотоксином  $\alpha$  – адренорецепторів призводить до спазму артеріол;

Вище описане посилює 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  $39-40^{\circ}C$  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. Систоличний АТ рівний 85-75 мм рт.ст., діастолічний – близько 50 мм рт.ст. Пульс частий, слабого наповнення. Дихання часте, послаблене. Шкіра бліда, характерні прояви капіляропатії (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. Систоличний 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

1. Інгаляція кисню.
2. Штучна вентиляція легень при зупинці дихання (рот в рот, маскою або негайна інтубація легень, ШВЛ з позитивним тиском на видосі).
3. Мобілізація кубітальної вени (краще підключичної для паралельного контролю ЦВТ).
4. Введення носового або ендотрахеального катетера для ретельного туалету трахеобронхіального дерева.
5. Катетеризація сечового міхура для контролю за діурезом.
6. Інфузійна терапія в швидкому режимі (до 20 мл/хв) з використанням колоїдів (реополіглюкін, поліглюкін, 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.
7. 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.
8. 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:

1. Реополіглюкін - 500-800 мл (обережно при пошкодженні нирок), в дозі 1200 – визиває гіпокоагуляцію; поліглюкін (500-800 мл); плазмостеріл – 6% гідроксиметіловий крохмаль в

ізотонічному розчині хлориду натрію (500-800 мл); оксиетілорований 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:**

1. Нормалізація ЦВТ – 50-100 мм вод.ст.
2. Погодинний діурез більше 30 мл/год. без використання діуретиків і 60-100 мл при форсованому діурезі.
3. Збільшення ОЦК і серцевого викиду (**NB!** ЦВТ вище 15 см вод.ст. свідчить про надмірну інфузію – стан небезпечний інтерстиційним набряком легень).

#### **Виконання пункту Р – 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 аміназину 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, діпразін 2,5%).
- Корекція кислотно-лужного стану;
- Детоксикація – методом форсованого діурезу.
- Імунотерапія – після виведення хворої із шокового стану.
- Вітамінотерапія: вітаміни С, В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>.

#### **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 використовувати 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:*

1. Визначення АТ, Рс, дихання кожні 30 хвилин.
2. Термометрія кожні 3 години.
3. Визначення ЦВТ, погодинного діурезу.
4. Клінічний аналіз крові (Hb, Tr).
5. Визначення ОЦП.
6. Визначення гемостазіограми.
7. Визначення кислотно-лужного стану.
8. Визначення КОТ.

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

### **VIII. Основна література для опрацювання**

1. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
2. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гінекологічна ендоскопія).
3. *Гинекология: национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
4. *Клиническая визуальная диагностика* / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затилян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
5. *Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів*-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
6. *Гинекологическая диагностика и лечение* // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
7. *Вовк И.Б., Корнацкая А.Г., Чайка В.К.* Опухолевидные поражения яичников. – Киев, 2007. – 32с.
8. *Лихачов В.К.* Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
9. *Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів*-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.

**Методичну розробку практичного заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Л. М. Добровольська.**

**15.01.2015**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 8 від 03.02.2015 року**

**Методична розробка переглянута і доповнена „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_р.**