

Освітній компонент : Гінекологія, репродуктивне здоров'я та планування сім'ї

Освітня програма : Лікувальна справа

Лекція № 5

Тема: Неспецифічні та специфічні запальні захворювання жіночих статевих органів

План

- Загальні відомості про запальні захворювання жіночих статевих органів.
- Шляхи поширення інфекції в організмі.
- Запальні захворювання неспецифічної етіології: види збудників. Класифікація залежно від стадії перебігу (гострий, підгострий, хронічний) захворювання та за локалізацією запального процесу (місцева та генералізована).
- Захворювання з місцевою локалізацією: бартолініт, вульвіт, кольпіт, ендоцервіцит, ендометрит, аднексит, параметрит, пельвіоперитоніт.
- Генералізовані форми інфекцій: розлитий перитоніт, бактеріально-септичний шок, септицемія, септикопемія.
- Клінічна картина. Методи діагностики неспецифічних запальних процесів.
- Захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ): збудники, шляхи їх проникнення.
- Трихомоніаз. Хламідіоз. Кандидоз.
- Вірусні захворювання жіночих статевих органів (цитомегаловірус, папіломавірус, вірус простого герпесу).
- Бактеріальний вагіноз. Клінічна картина, діагностика, принципи лікування.
- Принципи профілактики ЗПСШ.

До специфічних запальних захворювань жіночих статевих органів належать туберкульоз та хвороби, що передаються статевим шляхом. Таких захворювань, згідно із класифікацією ВООЗ, є 21. В останні роки частота цих захворювань збільшилась.

Запальні захворювання жіночих статевих органів трапляються у 60-65 % гінекологічних хворих. Особливо збільшилась їх кількість у нашій країні в останні роки внаслідок міграції, урбанізації населення, змін статевої поведінки молоді.

Розвиток запального процесу жіночих статевих органів залежить від стану захисних сил організму та біологічних особливостей збудника. У піхві здорової жінки постійно присутні різні види мікроорганізмів. Необхідно підкреслити, що в нормі секрет піхви має кислу реакцію, зумовлену вмістом у ньому молочної кислоти, що утворюється в результаті життєдіяльності піхвової палички Додерлейна, за наявності якої утруднюється розвиток патогенних бактерій. Прийнято розрізняти чотири ступені чистоти піхвового вмісту.

Наявність III і IV ступенів чистоти піхви свідчить про патологічні зміни в статевому апараті. Мікроорганізми, які присутні у піхві, за певних умов можуть стати високовірулентними і призвести до виникнення запального процесу. Бар'єром на їх шляху є фізіологічні захисні механізми, до яких належать фактори загального та місцевого імунітету, бактерицидні властивості піхвового секрету. Слизова пробка, яка є у цервікальному каналі, також має антибактеріальні речовини і є перешкодою для проникнення мікроорганізмів у матку, у якій захисну функцію виконує функціональний шар ендометрія, що відокремлюється під час менструації.

Велика роль у поширенні мікроорганізмів з піхви у верхні відділи статевих органів належить інвазивним гінекологічним процедурам, як-от гідротубація, гістросальпінгографія, гістроскопія, зондування порожнини матки, переривання вагітності.

Особливо часто інфікування відбувається при кримінальних абортах. Важливе значення у поширенні інфекцій мають внутрішньоматкові контрацептиви. Розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів сприяють вроджені ендокринні й обмінні порушення, перенесена екстрагенітальна патологія. Опірність організму до інфекції може бути знижена внаслідок неправильного харчування, переохолодження, стресових ситуацій, дії низьких доз радіації. Проникнення мікроорганізмів у матку та придатки відбувається за допомогою сперматозоїдів, трихомонад, а також можливий їх пасивний транспорт.

Збудниками запальних захворювань жіночих статевих органів здебільшого бувають: стрептококи, стафілококи, кишкова паличка, гонококи, хламідії, віруси, мікоплазми, трихомонади, гарднерели, туберкульозна паличка. Залежно від збудника, запальні захворювання жіночих статевих органів класифікують за етіологією на неспецифічні та специфічні.

Запальні захворювання неспецифічної етіології

Бартолініт

Бартолініт — запалення великої залози присінка піхви. Може викликатися стафілококами, ешерихіями, гонококами тощо. Незалежно від виду збудника, процес починається у вивідній протоці залози — виникає каналікуліт, далі він може поширитися і на саму паренхіму залози, при цьому з'являється серозне, серозно-гнійне або гнійне запалення.

Клініка. Хворі скаржаться на загальну слабкість, нездужання, неприємні відчуття в ділянці зовнішніх статевих органів. Температура тіла підвищена. Спостерігають набряк і гіперемію в ділянці бартолінової залози, при пальпації — різка її болючість, місцеве підвищення температури і набряк м'яких тканин. Якщо гнійний ексудат заповнює всі часточки залози — утворюється псевдоабсцес. Стан жінки різко погіршується: температура тіла стає гектичною, виникають озноб, сильний головний біль. При обстеженні виявляють різко болючий пухлиноподібний утвір. Після прориву гнійника стан хворої поліпшується: знижується температура тіла, зменшуються набряк і гіперемія в ділянці бартолінової залози. Якщо лікування недостатнє і вивідна протока перекривається знову - спостерігаються рецидиви і формування ретенційної кісти, яку помилково можна вважати за доброякісну або навіть злроякісну пухлину зовнішніх статевих органів.

Лікування. Антибіотики, відповідно до чутливості мікроорганізмів, сульфаніламідні препарати. Показані теплі сидячі ванночки з розчином калію перманганату (1:6000), теплові процедури (грілка, солюкс) у поєднанні з мазевими аплікаціями (іхтіол, лінімент бальзамічний за Вишневським) до появи флуктуації, симптоматичні засоби. При утворенні псевдоабсцесу чи ретенційної кісти - хірургічний розтин, при рецидивному бартолініті - ексципіація залози. Опромінення зони рани інфрачервоним напівпровідниковим лазером у поєднанні з магнітним полем у терапевтичних дозах. Курс лікування - 5-6 процедур.

Вульвіт

Вульвіт (vulvitis)—запалення зовнішніх жіночих статевих органів. Розрізняють первинний і вторинний вульвіт. Виникненню первинної форми сприяють заплієність (при ожирінні), недотримання гігієни статевих органів, хімічні, термічні, механічні подразнення, розчухи, садна, цукровий діабет тощо. Вторинний вульвіт виникає внаслідок інфікування зовнішніх статевих органів патогенними мікроорганізмами, що містяться у виділеннях з піхви при кольпіті, цервіциті, ендометриті.

У жінок репродуктивного віку вульвіт трапляється на тлі гіпофункції яєчників, авітамінозу, частіше буває у дівчаток та жінок у постменопаузі.

Клініка. Хворі скаржаться на біль, свербіння, печію, нерідко - на загальну слабкість. У хронічній стадії ці прояви вщухають, але періодично поновлюються.

Діагностика базується на описаній клінічній картині. При огляді зовнішніх статевих органів - гіперемія і набряк зовнішніх статевих органів, серозно-гнійні нашарування. Для встановлення збудника доцільно провести бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження виділень. Необхідно встановити, первинним чи вторинним є запальний процес.

Лікування насамперед спрямовують на усунення захворювання, яке ускладнилося вульвітом. У гострій період застосовують відвар квіток ромашки, слабкий розчин калію перманганату, борної кислоти; при бактеріальних, грибкових, паразитарних вульвітах - тержинан по одній піхвовій таблетці перед сном, тривалість лікування - 10 днів. Якщо збудником вторинного вульвіту є гриби роду *Candida*, то доцільно призначати Гіно-Певарил - по 1 свічці (150 мг) на ніч протягом 3-х днів, при рецидивах - по 1 свічці (50 мг) 2 рази на добу протягом 7 днів, а також нанесення крему на зовнішні статеві органи - протягом 10 днів. Висока ефективність лікування спостерігається при використанні орунгалу - по 100 мг 2 рази на день упродовж 6-7 днів, потім протягом 3-6 менструальних циклів по 1 -й капсулі в перший день циклу. Ефективне опромінювання зовнішніх статевих органів за допомогою гелієво-неонового чи напівпровідникового лазера. Якщо є виражене свербіння, призначають препарати бромиду, содової кропиви, валеріани, місцево - анес-тезинову мазь.

Кольпіт

Кольпіт (colpitis) — інфекційно-запальне захворювання піхви. Належить до найбільш поширених гінекологічних захворювань у жінок репродуктивного віку. Запалення слизової оболонки піхви може бути спричинене стафілококом, стрептококом, кишковою паличкою та іншими збудниками.

Форми перебігу захворювання: гостра, підгостра, хронічна (рецидивна). Запалення піхви найчастіше поділяють на дві форми: *серозно-гнійний кольпіт* (vaginitis simplex) та *дифузний кольпіт* (vaginitis granularis).

Клінічна картина неспецифічного кольпіту може бути різною, залежно від важкості запального процесу. Основним симптомом захворювання є виділення, які можуть бути пінистими, гнійними, водянистими, рідкими, при сильному злученні епітелію стають густими, з неприємним запахом. Хворі скаржаться на біль, печію, свербіння у піхві, на неможливість статевого життя, посилення болю і печії під час сечовипускання. У хронічній стадії ці явища вщухають, переважають скарги на виділення, печію, свербіж.

Діагностика ґрунтується на даних огляду в дзеркалах. У гострій стадії захворювання слизова оболонка піхви набрякла, гіперемійована, при дотику кровоточить, вкрита гнійними або серозними нашаруваннями. При серозно-гнійному кольпіті з'являються яскраво-червоні ділянки неправильної форми, слизова оболонка різко потовщена, набрякла, гіперемійована, покрита сірими плівками, а при дифузному - слизова яскраво-червона, помітна крапкова інфільтрація сосочкового шару слизової оболонки піхви, що виступає над поверхнею. У хронічній стадії кольпіту біль стає незначним, гіперемія слизової оболонки менш інтенсивна. Збудника виявляють за допомогою бактеріоскопічного, бактеріологічного дослідження вмісту піхви, каналу шийки матки, сечівника, вивідних проток бартолінових залоз.

Лікування неспецифічного кольпіту комплексне:

- використання етіотропних протизапальних препаратів;
- лікування супровідних захворювань, нейроендокринних, імунодефіцитних станів;
- обстеження та лікування статевого партнера, до повного видужання забороняються статеві контакти.

Місцеве лікування: спринцювання піхви відваром квіток ромашки, листків шавлії, розчинами антисептичних засобів (калію перманганату, фурациліну, діоксидину, хлоргексидину, фунгізону) не більше 3-4 днів. Хлорофіліпт застосовують для спринцювання (по 1 столовій ложці 1 % спиртового розчину на 1 л води) і для вагінальних тампонів (2 % олійний розчин). Використовують також обліпихову олію, галаскорбін. При гострих та хронічних формах кольпіту проводять лазеротерапію (газові та напівпровідникові лазери). Призначають загальнозміцнювальні засоби, проводять лікування супутніх захворювань, нейроендокринних, обмінних та інших порушень. До повного одужання забороняють статеві зносини. Проводять повне обстеження статевого партнера, а за необхідності - його лікування. Методом вибору є призначення метронідазолу (флагіл - вагінальні свічки), хлорхінальдину, тержинану, далацину, дифлюкану, орунгалу, Гіно-Певарилу. Антибактеріальну терапію призначають залежно від збудника. Незалежно від збудника, який є

причиною кольпіту, для нормалізації біоценозу піхви використовують солкотриховак, вагілак.

Ендоцервіцит

Ендоцервіцит — запалення слизової оболонки каналу шийки матки. Збудниками можуть бути хламідії, гонококи, трихомонади, віруси, гриби роду *Candida*, мікоплазми, стафілококи, кишкова паличка. Ендоцервіцит часто поєднується з іншими запальними процесами статевих органів — аднекситом, ендометритом і кондиломами. Проникненню мікроорганізмів у шийку матки сприяють травми шийки під час пологів, абортів, внутрішньоматкові втручання. Хламідії можуть проникати у слизову оболонку цервікального каналу без попереднього пошкодження її. Характер запальної реакції залежить від вірулентності збудника та від стану захисних сил організму, зокрема місцевого імунітету. Тому ендоцервіцит може проходити у гострій та хронічній формі.

Перебіг захворювання залежить також від характеру збудника. При хламідійній етіології процес первинно проходить у стертій формі із слабовираженими клінічними ознаками, тому часто набуває хронічного перебігу. Ендоцервіциту гонорейної етіології притаманна чіткіше виражена клінічна картина, тому його частіше діагностують у гострій фазі. Вчасно не діагностований і не лікований у початковій стадії ендоцервіцит переходить у тривалий хронічний процес. Тривалість перебігу пов'язана з проникненням збудників у розгалужені залози (крипти) слизової оболонки, де вони стають менш доступними для дії місцевих лікувальних процедур.

Запальний процес у шийці матки супроводжується набряком слизової, утворенням інфільтратів у субепітеліальному шарі та стромі. Інфільтрати складаються з лейкоцитів, лімфоцитів та плазматичних клітин. У хронічній стадії запальна реакція виражена менше, у місцях відшарування епітелію починається його регенерація. Під час регенерації може відбутися метаплазія епітелію і часткове заміщення циліндричного епітелію плоским.

Клініка. Для захворювань шийки матки біль не характерний. При гострому ендоцервіциті основною скаргою хворих є слизово-гнійні виділення, які зрідка супроводжуються тупим болем унизу живота, попереку. Виникнення інших скарг — біль при сечовипусканні, біль переймоподібного характеру тощо — зумовлене переважно супровідними захворюваннями (уретритом, ендометритом, сальпінгофоритом тощо). При огляді в дзеркалах виявляють гіперемію довкола зовнішнього вічка і слизово-гнійні виділення з каналу шийки матки. Запалення шийки матки призводить до виникнення спочатку справжньої, а згодом несправжньої ерозії шийки матки. При тривалому перебігу захворювання запалення поширюється не тільки на слизову оболонку, але й на підлеглі тканини, відбувається їх ущільнення, шийка матки гіпертрофується - розвивається хронічний цервіцит.

Діагностика ґрунтується на огляді в дзеркалах, кольпоскопії, бактеріологічному дослідженні виділень. При кольпоскопії видно дифузну гіперемію, судинні петлі, особливо їх багато навколо зовнішнього вічка цервікального каналу. При цитологічному дослідженні виявляють клітини циліндричного та багат шарового плоского епітелію без ознак атипії. Бактеріологічне дослідження необхідне для ідентифікації збудника і призначення етіотропного лікування.

Лікування. У гострій стадії захворювання проводять переважно антибактеріальну терапію, залежно від виду збудника. Місцеві процедури протипоказані (існує ризик висхідного поширення інфекції), їх проводять після вщухання процесу. Застосовують спринцювання, ванночки з хлоргексидином, рекутаном, димексидом, балізом. Лазеротерапію рекомендовано як у гострій, так і в хронічній стадії захворювання. Застосовують гелієво-неонові та напівпровідникові лазери.

При хронічних ендоцервіцитах і цервіцитах, що супроводжуються гіпертрофією шийки матки, особливо за наявності псевдоерозій, ерозованих ектропіонів, слід здійснювати оперативне лікування - діатермоконізацію шийки матки, клиноподібну або конусоподібну ампутацію шийки матки.

Гострий ендометрит

Інфікування внутрішньої оболонки матки відбувається найчастіше як наслідок внутрішньоматкових втручань—діагностичних вишкрібань, абортів або після пологів. Гострий запальний процес ендометрія викликають бактерії, віруси, грибки, мікоплазми, спірохети. Останніми роками зросла роль хламідійної інфекції та вірусу генітального герпесу. Найчастіше зустрічаються асоціації 3-4 анаеробів і 1-2 аеробів.

Факторами, що сприяють виникненню запального процесу ендометрія, є наявність у порожнині матки залишків плацентарної тканини, згустків крові, децидуальної тканини, плідного яйця. Важливу роль відіграє імунний статус організму.

Клініка гострого ендометриту. Захворювання починається на 3—4 день після інфікування. Підвищується температура тіла, з'являється озноб. При гінекологічному дослідженні виявляють серозно-гнійні виділення, деколи вони бувають сукровичними за рахунок затримки регенерації ендометрія. Цервікальний канал нерідко відкритий. Матка помірно збільшена, чутлива при пальпації, особливо по боках - за ходом великих лімфатичних судин.

Захворювання триває 8-10 днів і при правильному лікуванні закінчується видужанням, зрідка гострий ендометрит переходить у хронічний. Захворювання може перебігати в легкій або абортівній формі.

Лікування ендометриту. У гострій стадії ендометриту призначають антибіотики відповідно до чутливості мікроорганізмів: напівсинтетичні пеніциліни, аміноглікозиди, доксициклін, клацид, цефобід, клафоран, далацин С, уназин. Дози і тривалість введення антибіотиків визначаються важкістю захворювання. Оскільки захворювання в переважній більшості випадків спричинене асоціаціями аеробних та анаеробних мікроорганізмів, крім антибіотиків призначають метронідазол. Проводять також детоксикаційну, загальнозміцнювальну, десенсибілізуючу терапію.

Хронічний ендометрит

Як правило, хронічний ендометрит виникає внаслідок недостатньо лікованого післяпологового чи післяабортного ендометриту. Його виникненню можуть сприяти часті повторні вишкрібання ендометрія з приводу маткових кровотеч. Іноді причиною хронічного ендометриту може бути шовний матеріал після кесаревого розтину або тривале перебування в матці внутрішньоматкових контрацептивів. У таких випадках можливе виникнення хронічного ендометриту без гострої стадії.

При хронічному ендометриті в процес захоплюється не лише функціональний, але й базальний шар, а у важких випадках - навіть міометрій.

Клініка хронічного ендометриту найчастіше виявляється матковими кровотечами — пост- і передменструальними. Причинами цих кровотеч є порушення процесів десквамації та регенерації ендометрія, підвищення проникності судин ендометрія, а також порушення скоротливої діяльності матки та агрегаційних властивостей тромбоцитів. Крім кровотеч, у хворих іноді бувають серозно-гнійні виділення із статевих органів. Постійним симптомом є біль унизу живота. За наявності овуляції хронічний ендометрит не є перешкодою для зачаття, проте процес імплантації та розвитку плідного яйця порушується, виникають викидні, нерідко звичні.

Діагностика базується на анамнезі, клінічних проявах захворювання. Бімануальним дослідженням виявляють незначне збільшення і ущільнення матки. Остаточо діагноз підтверджується гістологічним дослідженням ендометрія. Для отримання максимальної інформації, вишкрібання слід робити на 8-10 день менструального циклу. Оскільки діагностичне вишкрібання зв'язане із ризиком загострення, рекомендується робити ехографічне дослідження.

Лікування. При хронічному ендометриті проводять комплексне лікування, що включає в себе засоби, спрямовані на терапію супровідних захворювань, десенсибілізуючу терапію, загальнозміцнювальну терапію, вітаміни.

Провідну роль відіграє фізіотерапія, що покращує гемодинаміку малого таза. Призначають діатермію на низ живота, електрофорез із міддю та цинком, ультразвук,

індуктотермію, лазерне опромінення. Якщо під час фізіотерапії виникає загострення, рекомендують антибіотики.

Під час ремісії вживання антибіотиків недоцільне.

Фізіотерапія нерідко сприяє активації гормональних функцій яєчників. Якщо ефект фізіотерапії недостатній, то з урахуванням віку хворої, тривалості захворювання, ступеня гіпофункції яєчників проводять гормонотерапію. Ефективне також курортне лікування (пелоїдотерапія, бальнеотерапія).

Сальпінгофорит

Неспецифічні сальпінгофорити викликаються патогенними та умовнопатогенними мікроорганізмами — стафілококами, стрептококами (Р-гемолітичний), ешерихіями, ентерококами. Нерідко збудниками є також анаероби. Найчастіше у виникненні захворювання відіграють роль мікробні асоціації.

Гострий сальпінгофорит. Запальний процес починається зі слизової оболонки, поширюється на м'язову. Труба потовщується, подовжується, стає набряклою. Разом із вмістом маткової труби мікроорганізми проникають через абдомінальний кінець труби, уражають серозну оболонку, покривний епітелій яєчника та прилеглу очеревину. Виникають сальпінгофорит та періофорит. Якщо фімбрії труби склеюються, виникають мішкоподібні утвори із серозним (гідросальпінкс) або гнійним (піосальпінкс) вмістом. Іноді запальні утвори яєчника склеюються з утворами труби (гідро- чи піосальпінксом) і утворюють так звану тубооваріальну пухлину. При неспецифічних процесах відмежування проходить повільно, тому нерідко виникають пельвіоперитоніти.

Клініка. Розрізняють декілька стадій розвитку сальпінгофориту. Перша - сальпінгіт без ознак подразнення тазової очеревини, друга - з ознаками подразнення очеревини, третя - з оклюзією маткових труб і розвитком тубооваріальної пухлини, четверта - розрив тубооваріального утвору.

Захворювання розпочинається із підвищення температури тіла, появи сильного болю внизу живота, ознобу, дизуричних явищ.

Діагностика. Базується на даних анамнезу, об'єктивного дослідження, спеціального гінекологічного, лабораторних даних та даних додаткових методів дослідження.

При гінекологічному дослідженні контури придатків матки визначаються недостатньо чітко за рахунок набряку та перифокального запалення, дослідження посилює біль. Придатки пастозні, збільшені, рухомість їх обмежена. Можуть відзначатись напруження живота, болючість його при пальпації.

З'являються зміни в картині крові: лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, зниження альбуміно-глобулінового індексу, підвищення С-реактивного білка, підвищення ШОЕ.

Діагностичну цінність цього методу збільшує використання вагінальних датчиків.

У молодих жінок, які планують вагітність, слід використовувати лапароскопію, тим паче, що одночасно з нею можна проводити лікувальні процедури.

Лікування гострого сальпінгофориту проводиться виключно в стаціонарі. Створюється строгий постільний режим, призначається легка для засвоєння їжа, адекватна кількість рідини. Стежать за функцією кишечника та сечовипусканням.

Призначають антибіотики з урахуванням чутливості мікрофлори. До отримання результатів бактеріологічного дослідження призначають антибіотики широкого спектра дії. Хороший ефект дає вживання напівсинтетичних пеніцилінів. При важкому перебігу призначають комбінації антибіотиків: кліндаміцин + хлорамфенікол, гентаміцин + лінкоміцин, доксициклін, клацид, цефобід, цифран, клафоран, далацин С, уназин.

При підозрі на анаеробну флору призначають метронідазол, у важких випадках - внутрішньовенно. Після нормалізації температури і зникнення симптомів подразнення очеревини антибактеріальну терапію проводять ще протягом 5 днів. Здійснюють детоксикаційну терапію, парентерально вводять 5% розчин глюкози, поліглюкін,

реополіглокін, білкові препарати, препарати, що коригують кислотно-лужний стан – 4-5 % розчин бікарбонату натрію. Бажано призначати десенсибілізуювальні препарати.

З фізичних методів лікування використовують холод на низ живота. Оптимальним методом лікування гострого сальпінгофориту у жінок репродуктивного віку є поєднання антибактеріальної терапії з лапароскопічною санацією та активним дрениванням малого таза.

За наявності тубооваріальної пухлини виправданим вважається евакуація вмісту пухлини шляхом пункції з промиванням і наступним введенням антибіотиків через ту саму голку. Якщо, незважаючи на евакуацію вмісту, стан хворої не покращується, необхідно вдаватись до оперативного втручання.

У підгострій стадії рекомендують аутогемотерапію, ін'єкції алое, ультрафіолетове опромінення, електрофорез, вібромасаж. Ці процедури проводяться на фоні антибактеріальної терапії під контролем клінічних та лабораторних показників. Рациональне використання цих заходів допомагає запобігти переходу запального процесу в хронічну стадію, виникненню незворотних змін (спайки, рубці, склероз).

Хронічний сальпінгофорит. Найчастіше хронічний сальпінгофорит є наслідком недолікованого гострого процесу. Хронічна стадія захворювання характеризується наявністю інфільтратів, розвитком сполучної тканини, склеротичними процесами, втратою фізіологічних функцій труби. Нерідко при тривалому перебігу процесу виникає непрохідність труб з утворенням спайкового процесу навколо яєчника. Перитубарні та періоваріальні спайки перешкоджають захопленню яйцеклітини.

Клінічна картина. Основні скарги хворих на хронічний сальпінгофорит - тупий ниючий біль внизу живота, що посилюється при переохолодженні, перед чи під час менструації. Він іррадіює у пахові ділянки, крижі, вагіну. Особливо відчутний біль за ходом тазових нервів (тазові плексити, гангліоневрити, що виникли в результаті хронічного запального процесу). Нерідко суб'єктивні відчуття не відповідають анатомічним змінам з боку органів таза (залишкові явища). У багатьох жінок з'являються розлади менструальної функції - олігоменорея, поліменорея, альгодисменорея тощо.

Зміни в маткових трубах та гіпофункція яєчників призводять до безплідності або невиношування вагітності. Спостерігаються розлади секреторної функції-виділення, які нерідко бувають проявами супровідних захворювань - ендочервіциту, кольпіту. Частина жінок скаржиться на розлади статевої функції - зниження лібідо, болючий коїтус. Трапляються порушення функції суміжних органів (бактеріурія, цистит), гепатобіліарної системи.

Перебіг хронічних сальпінгофоритів тривалий, із чергуванням загострень, що виникають на тлі переохолодження, перевтоми та інших факторів, з ремісіями. При такому перебігу у процес втягується нервово-ендокринна система, і захворювання набуває полісистемного характеру. Загострення захворювання може проявлятися у двох варіантах: зростає секреція — ексудативний процес у придатках, посилюється їх болючість, підвищується кількість лейкоцитів, прискорюється ШОЕ; у другому варіанті на перший план виступають загальні симптоми: посилення суб'єктивних болювих відчуттів, погіршення самопочуття, зниження працездатності. Іноді спостерігаються невротичні реакції — результат порушень у нервовій системі, що виникли внаслідок тривалого запального процесу.

Діагноз. Правильно зібраний анамнез (виявлення перенесених після абортів запальних процесів, ускладнених пологів, внутрішньоматкових процедур, провокуючих факторів) дає можливість запідозрити наявність хронічного запального процесу. При цьому слід пам'ятати, що первинний хронічний перебіг сальпінгофориту трапляється більше ніж у 60% випадків.

Гінекологічне дослідження не завжди дає чіткі дані, за якими можна судити про наявність хронічного запального процесу. УЗД дозволяє діагностувати хронічний сальпінгофорит у випадку наявності грубих анатомічних змін, рідини в маткових трубах. Лапароскопія повинна проводитись у хворих із безплідністю, болювим синдромом, при тривалому і безуспішному лікуванні. **Лікування** повинно спрямовуватись на досягнення протизапального

та знеболювального ефекту, підвищення захисних сил організму, відновлення порушених функцій статевого апарату, нервової та ендокринної систем. Лікування антибіотиками проводиться лише в окремих випадках, а саме: у період загострення, якщо у клінічній картині переважають ознаки запальної реакції; якщо під час гострої або підгострої стадії не проводилась раціональна терапія антибіотиками; під час проведення фізпроцедур чи введення препаратів, що можуть спровокувати загострення (продигіозан, тканинні препарати). Із протизапальних препаратів призначають нестероїдні - вольтарен, бутадіон. З метою підвищення захисних сил організму вживають імуномодулятори - декарис, Т-активін, тканинну терапію - ФІБС, алое, аутогемотерапію. Застосовують протейфлазид, який має протівірусну та імуномодулюючу дію, за такою схемою: 1-й тиждень — по 5 крапель 3 рази на добу; 2-3-й тиждень — по 10 крапель 3 рази на добу; 4-й тиждень — по 8 крапель 3 рази на добу. Загальний термін лікування протейфлазидом у комплексній протизапальній терапії складає 28 днів. З першого дня прийому протейфлазиду per os паралельно у піхву вводять вагінальні тампони - 3,0 мл (72-75 крапель) розводять на 20 мл фізіологічного розчину - 2 рази на добу протягом 10 днів. Велике значення має знеболювання, як медикаментозне, так і голкорексфлексотерапія, психотерапія. Особливе місце в лікуванні хронічних сальпінгоофоритів посідають фізичні методи лікування, які можна використовувати як під час ремісії, так і в період загострення. Під час загострення процесу фізіотерапію проводять у стаціонарі, а під час ремісії її можна призначити в амбулаторних умовах чи умовах денного стаціонару. Призначають ультразвук, який має болезаспокійливий та фібролітичний вплив, діадинамічні, синусоїдальні та модулюючі струми високої частоти. Ефективним може бути призначення електрофорезу із цинком, міддю, йодом. Проводиться лазерна та магнітолазерна терапія. Виражений лікувальний ефект спостерігається при використанні грязьових, озокеритових чи парафінових аплікацій, тампонів, а також бальнеотерапії - ванн, вагінальних зрошень мінеральними водами. Ці процедури можна проводити як під час санаторно-курортного лікування, так і в місцевих умовах. Для усунення залишкових явищ запального процесу необхідно широко використовувати місцевий масаж, лікувальну гімнастику. Можна проводити ручний (сегментарний, точковий), вібраційний та гінекологічний масаж (при інфантилізмі, рубцях, спайках).

Профілактика хронічних сальпінгоофоритів полягає в раціональному лікуванні гострих процесів, раціональній контрацепції, зниженні кількості абортів, проведенні їх у ранні терміни із застосуванням простагландинів, антигестагенів.

Параметрит

Параметрит — запалення навколоматкової клітковини. Запалення всієї тазової клітковини називається пельвіоцелюлітом. Збудниками можуть бути стафілокок, стрептокок, кишкова паличка тощо. Захворювання буває мономікробним або полімікробним (викликане асоціацією мікроорганізмів). Виникає найчастіше після патологічних пологів, абортів, операцій на статевих органах. Основний шлях поширення інфекції — лімфогенний.

Клініка. До ранніх проявів належать постійний тупий біль унизу живота, у крижах, попереку, який з'являється раніше, ніж об'єктивні зміни, а також підвищення температури тіла до 38-39 °С, тахікардія (причому прискорення пульсу відповідає ступеню підвищення температури), головний біль, спрага, сухість у роті, погіршення самопочуття, порушення сну, апетиту. Пальпація живота у нижніх відділах болюча, але немає симптомів м'язового захисту (відсутнє напруження передньої черевної стінки).

При піхвовому дослідженні визначають виразну болючість матки; дещо пізніше — збоку від матки, рідше ззаду або спереду від неї виникає інфільтрат. Він щільний, нерухомий. За локалізацією інфільтрату параметрита поділяють на передній, задній та бокові.

Він може розповсюджуватись від бокової поверхні матки аж до стінки таза. Консистенція інфільтрату спершу м'якувата, згодом стає щільною. Нагноєння в умовах сучасної антибактеріальної терапії виникає рідко. Якщо ж таке трапляється, стан хворої значно погіршується: температура тіла стає гектичною, зростає лейкоцитоз. Гнійник може прорвати у сечовий міхур або пряму кишку. Якщо не відбувається повного спорожнення гнійника,

процес загострюється, продовжується накопичення гною, і прориви можуть повторюватися кілька разів з наступним утворенням фістул.

Лікування проводять, використовуючи антибактеріальні, десенсибілізуючі, загальнозміцнювальні препарати за тими самими принципами, що й при лікуванні запалення придатків матки.

В інфільтративній фазі захворювання жінка повинна дотримуватись постільного режиму. Їй призначають холод на низ живота, спокій. У фазі розсмоктування раціонально призначати біостимулятори, тепло на низ живота, світлові та електропроцедури. При хронічному параметриті вдаються до більш активних фізіотерапевтичних процедур, призначають тампони і «трусика» з парафіну чи озокериту, вагінальну діатермію. Сприяють розсмоктуванню інфільтрату протеолітичні ферменти (трипсин, хімотрипсин).

При підозрі на нагноєння інфільтрату проводять його пункцію через піхву. Наявність гною в пунктаті є показанням до розтину абсцесу і дренивання параметрія, після чого призначають лазерну терапію. Після розтину вміст абсцесу направляють на бактеріологічне дослідження - посів для ідентифікації збудника, встановлення його чутливості до антибіотиків - та продовжують антибактеріальну терапію із врахуванням отриманих даних.

Для реабілітації хворих слід використовувати фізіотерапевтичні процедури та санаторно-курортне лікування.

Пельвіоперитоніт

Пельвіоперитоніт - запалення всієї очеревини малого таза. Збудниками перитоніту найчастіше бувають мікробні асоціації-патогенна та умовнопатогенна, аеробна та анаеробна мікрофлора: гонококи, хламідії, стрептококи, стафілококи, мікоплазми, ешерихії, ентерококи, протей, бактероїди (мікроорганізми перераховано відповідно до частоти, з якою їх виділяють). Пельвіоперитоніт, зазвичай, виникає вторинно. Первинне вогнище може бути в маткових трубах, яєчнику, матці, клітковині малого таза. Практично завжди він супроводжує розвиток піосальпінксу, піовару чи гнійної тубооваріальної пухлини. Інфекція може поширюватись каналікулярним шляхом - з маткової труби при сальпінгіті (переважно при гонококовій інфекції) лімфогенним, гематогенним шляхом.

За характером запалення розрізняють серозно-фібринозний та гнійний пельвіоперитоніт.

Клініка. Картина пельвіоперитоніту характерна для гострого запального процесу: висока температура (особливо при гнійному процесі), сильний біль унизу живота, здуття живота, озноб. З'являється нудота, іноді — блювання.

Діагностика базується на ретельно зібраному анамнезі, клінічній картині, спеціальне гінекологічне обстеження, лабораторних даних.

При об'єктивному дослідженні виявляють прискорення пульсу, що дещо випереджає температуру; язик вологий, може бути обкладений білими нашаруваннями. Живіт злегка здутий у нижніх відділах, там же виявляється напруження м'язів, позитивний симптом Щоткіна-Блумберга. Перистальтика кишечника послаблена, але передня черевна стінка бере участь у акті дихання.

Гінекологічне дослідження у хворих на пельвіоперитоніт через різку болючість та напруження передньої черевної стінки провести важко. Відзначаються ригідність та болючість заднього склепіння. З розвитком хвороби тут може виявлятися випинання за рахунок накопичення ексудату. При спробі зміщення шийки виникає сильний біль.

Аналіз крові виявляє лейкоцитоз із зсувом уліво, прискорення ШОЕ. У біохімічному аналізі виявляють зміни вмісту білка та електролітів. Клінічний аналіз крові необхідно повторювати кілька разів на добу, а на початку захворювання навіть погодинно, що може допомогти своєчасно помітити перехід пельвіоперитоніту у перитоніт.

Важливе значення мають пункція заднього склепіння, бактеріологічне дослідження пунктату. Проводиться ультразвукове дослідження, проте воно не дає надійних результатів. У незрозумілих випадках доцільно проводити діагностичну лапароскопію і при підтвердженні діагнозу вводити мікроіригатор для місцевої антибіотикотерапії.

Лікування проводять у гінекологічному стаціонарі. Призначають суворий ліжковий режим, повний спокій, холод на низ живота. Застосовують антибактеріальну терапію з використанням напівсинтетичних пеніцилінів, уназину, цефобіду, аміноглікозидів, цефалоспоринів, метронідазолу, дезінтоксикаційні (неогемодез, реополіглокін, розчин глюкози) і десенсибілізуючі засоби. Проводять корекцію водно-електролітного обміну, кислотно-лужного стану. Із фізіотерапевтичних методів найчастіше застосовують внутрішньовенне опромінювання крові гелієво-неоновим лазером. На вогнище ураження призначають магнітолазерну терапію (випромінювання напівпровідникових інфрачервоних лазерів).

Прогноз у більшості випадків сприятливий.

Специфічні запальні захворювання жіночих статевих органів

Хвороби, що передаються статевим шляхом

Класифікація ВООЗ

<i>Нозологія</i>	<i>Збудники</i>
Класичні венеричні хвороби	
1. Сифіліс	Treponema pallidum
2. Гонорейна інфекція	Neisseria gonorrhoeae
3. Шанкроїд	Haemophilus ducrei
4. Лімфогранульома венерична	Chlamydia trachomatis
5. Пахова гранульома	Callimantobacterium granulomatis
3,4,5 трапляються переважно у тропічних країнах	
Інші інфекції, що передаються статевим шляхом	
А. З переважним ураженням статевих органів	
1. Урогенітальний хламідіоз	Chlamydia trachomatis
2. Урогенітальний трихомоніаз	Trichomonas vaginalis
3. Урогенітальний мікоплазмоз	Mycoplasma hominis
4. Кандидозні вульвовагініти і баланопостити	Candida albicans
5. Генітальний герпес	Herpes simplex virus
6. Гострокінцеві бородавки	Papillomavirus hominis
7. Генітальний контагіозний молюск	Molluscovirus hominis
8. Бактеріальний вагіноз	Gardnerella vaginalis та інші збудники
9. Урогенітальний шигельоз гомосексуалістів	Shigella species
10. Фтиріаз (лобковий педикульоз)	Phthyrus pubis
11. Короста (може передаватись і іншим шляхом)	Sarcoptes scabiei
Б. З переважним ураженням інших органів	
1. Інфекція, зумовлена вірусом імунодефіциту людини	Human immunodeficiency virus
2. Гепатит В	Hepatitis B virus
3. Цитомегаловірусна інфекція	Cytomegalovirus hominis
4. Амебіаз (переважно гомосексуалістів)	Entamoeba histolytica
5. Лямбліоз	Giardia lamblia

Урогенітальний трихомоніаз

Урогенітальний трихомоніаз (trichomoniasis urogenitalis)—паразитарна хвороба, що розвивається внаслідок проникнення піхвових трихомонад у нижні відділи статевих органів і сечівника.

Етіологія. Збудником трихомоніазу є піхвова трихомонада (*Trichomonas vaginalis*) (рис. 1), яка паразитує тільки в організмі людини, у зовнішньому середовищі нестійка, при обробці дезінфекційними розчинами гине через кілька секунд, у водопровідній воді — через 15-45 хв, чутлива до висихання, гине при митті рук з милом. У людському організмі піхвова трихомонада може існувати у трьох формах: звичайна (грушоподібна), у вигляді кулькових тіл (форма розмноження), амебоїдна з вираженою фагоцитарною активністю (може фагоцитувати мікоплазми, гонококи та інші мікроорганізми, які є причиною рецидивів мікоплазмозу, гонореї).

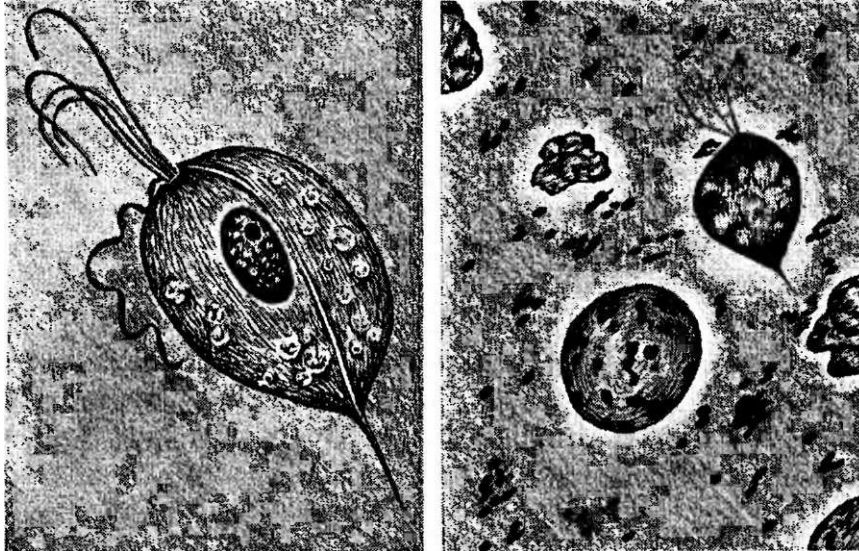


Рис. 1. Збудник трихомоніазу — піхвова трихомонада

Це найпоширеніше захворювання з-поміж тих, що передаються при статевих зносинах. Серед жінок, які живуть активним статевим життям, трихомоніаз сягає 50-70%. За даними ВООЗ, на цю хворобу хворіє 10% населення. Позастатеве зараження можливе в рідкісних випадках: у лікувальних закладах — при використанні для дослідження недостатньо знезаражених рукавичок, інструментів тощо, в побуті — при користуванні чужими губками, білизною, рушниками і т. ін.

Інкубаційний період триває 5-15 днів. Основним місцем паразитування трихомонад є слизова оболонка піхви, канал шийки матки, порожнина матки, маткових труб, вивідних проток бартолінових залоз, сечівника, сечового міхура. В інфікованих слизових оболонках виникає запальний процес: набряк, гіперемія, ексудація, десквамація ушкоджених епітеліальних клітин.

Клініка. Частіше спостерігаються кольпіт, уретрит, ендочервіцит, проктит, рідше — висхідна інфекція.

Форми генітального трихомоніазу:

- свіжий (гостра, підгостра і торпідна форми);
- хронічний трихомоніаз (з торпідним перебігом і тривалістю захворювання понад 2 міс.);
- трихомонадоносійство (характеризується відсутністю симптомів за наявності трихомонад).

При гострій і підгострій формах хворі скаржаться на появу пінистих білей з неприємним запахом, відчуття свербіння і печії у зовнішніх статевих органах і піхві, печія і болючість при сечовипусканні.

Об'єктивні дані: почервоніння, мацерація, розчухи шкіри вульви, промежини, малих і великих статевих губ, наявність ерозії на шийці матки, почервоніння і набряк слизової оболонки піхви, пінисті гнійні білі. При торпідній (малосимптомній) формі прояви захворювання незначні або відсутні. Хронічний трихомоніаз характеризується появою білей, свербінням, при цьому ознаки запального процесу незначні, спостерігаються часті рецидиви.

Діагностика. Діагноз підтверджують даними анамнезу, об'єктивного дослідження, мікроскопії вагінальних мазків.

Особливості змішаної трихомонадно-гонорейної інфекції: більш тривалий інкубаційний період. Лікування доцільно проводити в такій послідовності: спочатку лікують трихомоніаз, а потім — гонорею.

Лікування. Основні його засади:

- одночасне лікування хворої та її статевого партнера;
- заборона статевого життя в період лікування;
- використання протитрихомонадних засобів на тлі загальних і місцевих гігієнічних процедур: зголювання волосся на зовнішніх статевих органах, щоденна зміна білизни;
- лікування супровідних запальних захворювань статевих органів.

Протитрихомонадними засобами є метронідазол (трихопол, кліон, метрогіл, флагіл), фазижин (тинідазол), атрикан, наксоджин, тиберал, солкотриховак, тержинан.

Для лікування свіжого трихомоніазу призначають метронідазол за схемою: в перший день — по 0,25 г 4 рази, в наступні дні — по 0,25 г 3 рази на день. На курс лікування — 5-6 г. Тинідазол приймають після вживання їжі за однією з таких схем: а) одноментно в дозі 2 г (4 табл. по 0,5 г); б) по 0,5 г через кожні 15 хв 4 рази; в) по 0,15 г — 2 рази на день протягом 7 днів. Курс лікування наксоджином — 500 мг 2 рази на день протягом 6 днів. Під час вагітності і грудного вигодовування дитини зазначені препарати протипоказані.

Кліон Д використовують у вигляді вагінальних таблеток по 1 табл. на ніч протягом 10 діб. Місцево можна застосовувати антисептичні розчини: баліз-2, 0,002% розчин хлоргексидину, трихомонацид.

Контроль вилікування проводять упродовж 2-3 менструальних циклів.

Профілактика. Надійним методом профілактики трихомоніазу є використання презерватива при випадкових статевих зносинах. У разі пошкодження останнього чи здійснення статевого акту без його застосування слід ретельно обмити зовнішні статеві органи теплою водою з милом, а потім після сечовипускання провести спринцювання 0,05% розчином хлоргексидину біглюконату.

Урогенітальний хламідіоз

Урогенітальний хламідіоз (chlamidiosis urogenitalis) — досить поширена інфекційна хвороба, що передається, в основному, статевим шляхом. Спостерігається в жінок (уретрит, кольпіт, бартолініт, ендocerвіцит, ерозії, ендометрит, сальпінгіт, пельвіоперитоніт, проктит тощо) і навіть у новонароджених (зараження відбувається під час пологів). Частота цього захворювання у жінок із запальними процесами складає 50%, крім того, хламідії є частою супровідною патологією у хворих на гонорею (40%) і трихомоніаз (40%). За даними ВООЗ, щорічно у світі реєструється близько 90 млн. нових випадків цієї хвороби. Причина широкого розповсюдження хламідіозу — малосимптомний перебіг, складність діагностики і лікування. Хворіють переважно жінки у віці 20-30 років.

Етіологія та патогенез. Збудником урогенітального хламідіозу є хламідії — грамнегативні бактерії (*Chlamidia trachomatis*), які мають виражену тропність до циліндричного епітелію, розмножуються внутрішньоклітинно. Є дві основні форми хламідій — елементарні та ретикулярні тільця.

Елементарні тільця — це інфекційна форма збудника, яка забезпечує передачу інфекції, може існувати позаклітинно. У клітину може проникнути декілька елементарних тілець, які мають тенденцію до злиття, утворюючи у ній одне включення. Протягом 48-72 год відбувається руйнування інфікованих клітин з ушкодженням мембрани. Елементарні тільця, які виходять із клітин, інфікують нові клітини. **Ретикулярні тільця** — вегетативна форма хламідій, які утворюються в процесі розмноження всередині інфікованої клітини і є попередниками нового покоління елементарних тілець. Вони практично не спричиняють зараження. Мікроскопія дозволяє диференціювати обидва види тілець. Хламідії мають складну антигенну структуру.

Хламідії дуже чутливі до дезінфекційних речовин. При температурі 35-37°C упродовж 24—26 год позаклітинні хламідії втрачають вірулентність, а при температурі 95-100°C упродовж 5-10 хв. — гинуть. У бавовняній тканині вони можуть зберігатися до двох діб при 19-20 °C.

Джерело зараження — хвора людина.

Шляхи зараження:

- статевий (основний);
- інтранатальний (уроджений, при проходженні через пологові шляхи);
- позастатевий (забруднені інфікованим матеріалом руки, інструменти, білизна, предмети туалету, спільна постіль).

Урогенітальний штаб хламідій, крім ураження сечостатевих органів, може викликати також фарингіт, кон'юнктивіт, перигепатит, отит, пневмонії та інші захворювання, зокрема синдром Рейтера.

Клініка. Інкубаційний період триває від 5 до 30 діб.

Основною первинною формою захворювання при хламідійному ураженні є ендocerвіцит, який може проходити безсимптомно або малосимптомно. У гострій стадії спостерігають гнійні (серозно-гнійні) виділення з каналу шийки матки, набряк і гіперемію її піхвової частини. У хронічній стадії виникають слизисто-гнійні виділення і псевдоерозія шийки матки. Хламідійний уретрит може перебігати безсимптомно або проявлятися дизуричними явищами. Специфічних симптомів, які б дозволили клінічно діагностувати хламідіоз, немає.

Сальпінгіт, спричинений хламідіями, характеризується такими самими симптомами, як і процес, викликаний іншими мікроорганізмами. Наслідком хламідійного сальпінгіту є безплідність.

Діагностика ґрунтується на даних анамнезу (тривало хворіють обидва партнери, безплідність). Остаточний діагноз встановлюють при виявленні хламідій у зішкрібку з каналу шийки матки, піхви. Найточнішими є імуноферментні та імунофлюоресцентні методи.

Лікування. Необхідно одночасно лікувати жінку та її статевого партнера. На час лікування забороняють статеве життя, вживання алкогольних напоїв, гострої їжі, тривалі фізичні й психічні перевантаження.

Призначають препарати тетрациклінової групи (доксциклін, рондоміцин, морфоциклін), цифран, сумамед, таривід, антибіотики — макроліди (клацид, еритроміцин). Необхідно проводити також профілактику кандидозу дифлюканом — 150 мг, ністатином чи леворинном (по 2 000 000 ОД на добу протягом лікування).

Кандидозний вульвовагініт

Кандидоз — *поліорганне захворювання*, яке викликається дріжджовими грибами, найчастіше роду кандиди (*Candida albicans*, *C. glabrata*, *C. tropicalis*) (рис.2), може передаватися статевим шляхом. Поширена локалізація — в ділянці піхви, вульви, але бувають кандидозні ендocerвіцити, ендометрити, сальпінгіти.

Виникненню кандидозу сприяють:

- ендогенні фактори (захворювання, які перебігаються протягом тривалого часу, знижують опірність організму, як-от: цукровий діабет, авітамінози);
- екзогенні чинники, що сприяють проникненню грибків в організм жінки і знижують загальну реактивність організму (тривале лікування антибіотиками), та фактори місцевого імунітету в слизовій піхви;
- висока патогенність грибків.

Виділяють такі види кандидозного вульвовагініту:

- первинний;
- антибіотикозалежний (що розвинувся внаслідок дисбалансу мікрофлори після лікування антибіотиками);

- пов'язаний зі змінами в різних системах організму (приймання естрогенів, діабет, вагітність).

На фоні зниження захисних сил організму гриби, що раніше були сапрофітами, набувають патогенних властивостей. Унаслідок посилення адгезивності вони прикріплюються до поверхневого шару епітелію, викликаючи поверхневу запальну реакцію та десквамацію вагінальних клітин. Генітальний кандидоз переважно не викликає глибокого ураження слизової і дисемінації процесу, але при високій патогенності збудники проникають в інтра- і субепітеліальні ділянки, можливе розповсюдження і у вкрай важких випадках — дисемінація кандидозу.

Клініка. Для кандидозного вульвовагініту характерні скарги на відчуття свербіння, печії, болючості у вагіні, значні сирністі виділення.

При огляді — слизова оболонка геніталій гіперемійована, набрякла, в складках — накопичення білих нашарувань, які являють собою псевдоміцелій грибка, злущені епітеліальні клітини та лейкоцити. Виникають везикули, які зливаються між собою, на їх місці утворюються ерозії, що покриваються кірочками.

Діагностика. Діагноз базується на клінічній симптоматиці, даних огляду, кольпоскопії, бактеріоскопічних та бактерологічних методів.



Рис. 2. Збудник кандидозу — *Candida albicans*

Лікування. При гострій формі захворювання лікування проводиться орунгалом — по 200 мг 2 рази на день — 3 дні; при хронічній формі — по 100 мг 2 рази на день упродовж 6-7 днів, потім протягом 3-6 менструальних циклів — по 1 капсулі у перший день циклу. Висока ефективність лікування спостерігається при використанні дифлюкану — 150 мг на 1 прийом, а також Гіно-Певарилу по одній свічці (150 мг) на ніч протягом 3-х днів, при рецидивах — по 1 свічці (50 мг) 2 рази на добу 7 днів, а також нанесення крему на голівку статевого члена статевому партнеру — 10 днів. Другим етапом лікування є нормалізація мікробіоценозу піхви.

Профілактика. Раціональне проведення антибактеріальної терапії — дотримання оптимальних доз та тривалості курсу лікування антибіотиками, вчасне застосування протигрибкових засобів із профілактичною метою. Уникнення дошлюбних та позашлюбних статевих зв'язків, використання презерватива для запобігання потраплянню грибків у статеві шляхи жінки.

Принципи профілактики специфічних запальних захворювань жіночих статевих органів

Велика роль у профілактиці запальних захворювань жіночих статевих органів належить середнім медичним працівникам. Особливо це стосується захворювань специфічної етіології.

Проводячи санітарно-освітню роботу, фельдшер, акушерка повинні включати до тематики питання профілактики транссексуальних інфекцій, наголошуючи на роз'ясненні можливих шляхів зараження. Фельдшер, акушерка повинні роз'яснювати пацієнтам значення упорядкованого сексуального життя, безпеку випадкових статевих стосунків, часті зміни сексуальних партнерів.

Проводячи лікування, призначене лікарем, необхідно у хвору вселити впевненість у тому, що хвороба обов'язково буде вилікувана, але за умови ретельного виконання всіх рекомендацій лікаря. Однією з таких умов є обстеження та лікування сексуальних партнерів.

Крім того, обслуговуючи хворих з деякими захворюваннями (сифіліс, СНІД), середні медичні працівники повинні пам'ятати про необхідність дотримання певних правил з метою запобігання професійному зараженню.

Важливо пам'ятати про деякі деонтологічні аспекти роботи із хворими на захворювання специфічної етіології. У жодному разі не можна повідомляти про результати лабораторних досліджень родичам хворої.

Не можна забувати також, що перенесені запальні процеси, як специфічні, так і неспецифічні, впливають на репродуктивну функцію жінки, що не може її не хвилювати. Обов'язок фельдшера, акушерки переконати жінку, що лише чітке виконання всіх рекомендацій лікаря приведе до нормалізації всіх її функцій, у тому числі і репродуктивної.

Література

1. *Хміль С.В.* Гінекологія: підручник. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2006.
2. *Грищенко В.І., Щербини М.О.* Гінекологія: підручник. — К.: Медицина, 2007.
3. *Назарова І.Б., Пісарев А.А., Михайлов О.В.* Медсестринство в гінекології: навч. посіб. — К.: Медицина, 2010. — 248 с.
4. *Степанківська О.В., Щербина М.О.* Гінекологія: підручник. — К.: Здоров'я, 2010.
5. *Хохліч Т.І.* Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000. — 200 с.