

періодичне погіршення здоров'я, особливо в холодний і сирий час року, пов'язують це погіршення з ГРЗ, грипом.

Задишка та кашель з виділенням слизово-гнійного харкотиння зберігаються і в період ремісії. Часто спостерігається і бронхоспазм. На відміну від необструктивного хронічного бронхіту вентиляційна здатність легень в фазі ремісії не нормалізується, продовжують вислуховуватися поодинокі сухі свистячі хрипи.

Детальний аналіз виявляє активне або пасивне куріння тютюну, вплив виробничих інгаляційних шкідливих факторів або забруднення навколишнього середовища.

Показники клінічного аналізу крові: ШОЕ у багатьох хворих змінюються мало. Може появлятися лейкоцитоз і зсув формули вліво. Через еритроцитоз, згущення крові і дихальний ацидоз ШОЕ сповільнена і нерідко дорівнює "0".

Дослідження харкотиння використовують у діагностиці: поява гною в харкотинні, лейкоцитів, клітин згущеного епітелію. При обстеженні хворих використовують рентгенологічне обстеження, бронхоскопію.

Лікування ХОБ повинно включати розділи:

– навчання пацієнтів. Активна участь хворих в лікувальному процесі – одна з головних умов ефективного лікування ХОБ. Це досягається шляхом інформування пацієнтів про природу хвороби, лікувальних заходах, формулюванню спільно з хворими реалістичної мети лікування, складання індивідуальної програми виздоровлення і навчання пацієнта основним принципом самоконтролю (моніторинг з допомогою "Пікфлоуметра").

При тісному співробітництві пацієнта з лікарем, лікар може розробити план лікування у відповідності до змін пікової швидкості видиху (ПШВ) по пікфлоуметру, що дозволить хворому в певній мірі самостійно коректувати своє лікування [4; 5, с. 1]. При цьому план лікування будується на основі допустимих змін ПШВ для пацієнта. Показники ПШВ пацієнт реєструє самостійно ранком і вечором і порівнює їх з нормальними стандартами, які додаються до апарату.

– припинення куріння;

Базисна терапія хронічної обструктивної хвороби легень [6, с. 1] включає в себе ряд моментів:

- ротизапальна та антибактеріальна терапія;
- бронходилататорна терапія;
- глюкокортикостероїди;
- муколітики;
- стабілізатори імунної системи.

Література:

1. Хронический обструктивный бронхит : Методические рекомендации / Доценко Э.А., Значинская И.М., Неробеева С.И. – 2016. – 36 с.
2. Рецидивирующий обструктивный бронхит у детей младшего возраста: критерии диагностики и терапия: Автореферат диссертации / Лукашова И.В. – 2015. – 25 с.
3. Острый обструктивный бронхит у детей раннего возраста: риск развития и особенности течения / Денисевич И.О., Кальченко К.О. // Сборник материалов конференции «Актуальные проблемы современной медицины и фармации – 2015». – С. 18–22.
4. Социально-экономическое бремя бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации: Отчет по исследованию за 2008–2009 гг. М. : 4ТЕ АРТ. – 2010. – 64 с.
5. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких: Практик. руководство для врачей. 2-е изд. М. : 2014. – С. 15–18.
6. Лещенко И.В., Эсаулова Н.А. Пульмонология. – 2015. – Т. 3. – С. 101–111.

Макаренко М. В., доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри акушерства та гінекології ПО

Мартинова Л. І., кандидат медичних наук,
доцент кафедри акушерства та гінекології ПО

Дабіжа Л. П., кандидат медичних наук,
доцент кафедри акушерства та гінекології ПО

Громова О. Л., кандидат медичних наук,
асистент кафедри акушерства та гінекології ПО

*Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця*

Говсєєв Д. О., кандидат медичних наук, головний лікар

*Київський міський пологовий будинок № 5
м. Київ, Україна*

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ

Запальні захворювання органів малого тазу (ЗЗОМТ) продовжують залишатися найбільш широко поширеною патологією, яка діагностується

у жінок, як причина різноманітних репродуктивних порушень. Пацієнтки з ВЗОМТ становлять 60–65% амбулаторних гінекологічних хворих і до 30% – госпіталізованих [1]. Однак, на превеликий жаль, фахівці все частіше стикаються з труднощами в своєчасній діагностиці ВЗОМТ в зв'язку з частою відсутністю симптомів і різноманітністю клінічної картини, що веде до несвочасного та неадекватного вибору лікувальної тактики.

Загально визнаним є факт, що пусковим механізмом у розвитку ВЗОМТ служить вплив мікробного фактора, при цьому розвиток запального процесу, а також особливості його перебігу і результат визначаються не тільки самим інфектом, але і станом макроорганізму, а також умовами зовнішнього середовища. Доведено, що ВЗОМТ у жінок все частіше набувають полімікробні етіологію, включаючи не тільки збудників інфекцій, що передаються статевим шляхом (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*), а й умовно-патогенні мікроорганізми [2].

Так, деякі дослідники вказують на значиму роль груп аеробних грампозитивних бактерій родів *Streptococcus*, *Staphylococcus*. Однією з багатьох складнощів залишається зростання частоти стертих форм захворювання з відсутністю класичної клінічної симптоматики і / або атиповий перебіг на тлі високого ризику наявності антибіотикорезистентних штамів. У свою чергу, лікування, розпочате з заміщення всього лише на кілька днів, істотно підвищує ризик ускладнень [3]. Так, за даними ряду досліджень, причиною розвитку трубного безпліддя в 55–85% випадків є відсутність своєчасної терапії ВЗОМТ. У жінок з наявністю ВЗОМТ в анамнезі ризик розвитку позаматкової вагітності підвищується в 7–10 разів.

Відомо, що найбільш частий наслідок хронічного сальпінгоофориту – абсолютна або відносна прогестеронова недостатність. Хронічна ановуляція, що є наслідком ВЗОМТ, і супутній сальпінгіт створюють серйозний ризик розвитку злякисних новоутворень яєчників. В даний час саме хронічне запалення маткових труб розцінюється як основний фактор ризику раку яєчників [4].

Термін ВЗОМТ об'єднує цілий спектр запальних захворювань верхнього відділу жіночого репродуктивного тракту і зазвичай вважається результатом висхідної інфекції з ендометрію, яка може привести до розвитку ендометриту, сальпінгіту, параметриту, оофоріта, тубооваріальні абсцесів і пельвіоперітоніта [1, 3].

Основною скаргою пацієнток, що звертаються до фахівця, найчастіше залишаються больові відчуття різного ступеня інтенсивності в області нижніх відділів живота або попереку, порушення менструального циклу у вигляді рясних тривалих кров'яних виділень із статевих шляхів, дизуричні явища.

Ультразвукове дослідження органів малого таза дозволяє не просто запідозрити інфекційний процес в малому тазу при виявленні посилення кровотоку в області маткових труб за результатами доплерометрії, а й уточнити форму ВЗОМТ, візуалізація збільшення розмірів тіла матки, нечіткість межі між ендометрієм і міометрієм, зміна ехогенності останнього (чергування ділянок підвищення і зниження ехошільності), розширення порожнини матки з гіпоехогенним вмістом і дрібнодисперсного суспензією (гній), а при відповідному анамнезі наявність внутрішньоматкового контрацептиву або залишків плодового яйця при ендометриті та/або розширення маткових труб, вільної рідини в малому тазу (запальний екссудат), до того ж діагностична цінність методу підвищується при сформованих запальних тубооваріальні утвореннях неправильної форми з нечіткими контурами і неоднорідною ехоструктури. Обсяг, характеристики і розташування вільної рідини в малому тазу можуть свідчити про розрив гнійного осередку придатків матки.

В діагностиці гострих форм ВЗОМТ найінформативніша лапароскопія. Вона дозволяє визначити запальний процес матки і придатків, його вираженість і поширеність, провести диференціальну діагностику захворювань, що супроводжуються картиною гострого живота, для визначення правильної тактики. Піосальпікс візуалізується як ретортообразне потовщення труби в ампулярном відділі, стінки труби потовщені, набряклі, ущільнені, фімбріального відділу запаяний, в просвіті гній. Піовар виглядає як об'ємне утворення яєчника з гнійної порожниною, що має щільну капсулу і накладення фібрину. При формуванні тубооваріального абсцесу утворюються великі спайки між трубою, яєчником, маткою, петлями кишечника, стінкою таза (див. Малюнок). Для остаточної верифікації діагнозу потрібно гістологічне дослідження біоптату ураженої зони.

Однак несвоєчасне і/або нераціональне лікування, так само як зниження реактивності організму, властивості збудника в тому числі і висока його резистентність до антибактеріальних препаратів, призводять до хронізації запального процесу.

Тривале пошкодження тканин репродуктивних органів веде до дистрофічних змін, через звуження просвіту кровоносних судин порушується мікроциркуляція, в результаті чого знижується синтез статевих стероїдних гормонів, що проявляється порушеннями менструальної функції, безпліддя. Наслідком перенесеного гострого або підгострого запалення придатків матки стає спайковий процес в малому тазу між трубою, яичником, маткою, стінкою таза, сечовим міхуром, сальником і петлями кишечника. Захворювання набуває затяжного перебігу з періодичними загостреннями. Постійні тупі ниючі болі в нижніх відділах живота різної інтенсивності з іррадіацією в поперек, пряму кишку, стегно, тобто по ходу тазових сплетінь, сексуальні розлади – зниження лібідо, діаспорян – супроводжуються психоемоційними (дратівливість, нервозність, безсоння, депресивні стани) і вегетативними порушеннями і значно знижують якість життя.

У зв'язку з описаним вище не викликає сумніву важливість своєчасно розпочатого лікування. У ряді досліджень доведено: чим раніше встановлено діагноз і розпочато терапія ЗЗОМТ антибактеріальними препаратами, тим нижче частота розвитку ускладнень. У більшості випадків ЗЗОМТ лікування може здійснюватися амбулаторно, оскільки приблизно в 60% випадків спостерігається субклінічний перебіг захворювання, в 36% – легке або середньотяжкий і лише в 4% – тяжкий. Підставами для госпіталізації жінок з ВЗОМТ є: неможливість виключення гострої хірургічної патології (наприклад, гострий апендицит), вагітність, відсутність ефекту від пероральної антибактеріальної терапії або нездатність пацієнтки дотримуватися або переносити амбулаторний пероральний режим терапії, важка форма захворювання, нудота, блювота, висока лихоманка, тубооваріальний абсцес. Рішення про хірургічне лікування необхідно розглядати при важкому стані хворої, а також при діагностуванні абсцесу в малому тазу. Спектр дії антибактеріальних препаратів при лікуванні ЗЗОМТ повинен включати більшість потенційних збудників і перш за все *S. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, коки, облігатні анаероби. Схеми антибактеріальної терапії ЗЗОМТ різноманітні, але необхідно зазначити, що число контрольованих досліджень, спрямованих на оцінку ефективності різних схем, недостатньо. Рекомендації по режимам антибактеріальної терапії ЗЗОМТ варіюють в залежності від країни через те, що не всі препарати, які використовуються в міжнародній практиці, згідно з американськими і європейськими рекомендаціями, доступні або широко поширені в різних країнах. Однак

основні принципи вибору антибактеріальної терапії однакові: широкий спектр дії (гонококи, хламідії, аеробне і анаеробна мікрофлора та ін.); безпечність застосування з мінімальними небажаними лікарськими реакціями; дозвіл для прийому в період вагітності і лактації; перевагу щодо препаратів з меншою кратністю прийому, а також з можливістю монотерапії; необхідність створення високих концентрацій в тканинах репродуктивних органів; ефективність препаратів повинна бути підтверджена в контрольованих дослідженнях. Також з метою здійснення ступеневої терапії бажано вибирати препарати, що мають як парентеральну, так і пероральну форми випуску.

Література:

1. Шуршалина А.В. Оптимизация тактики ведения пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза. Гинекология. 2012. – 14(2):32-5.
2. Серов В.Н., Дубницкая Л.В., Тютюнник В.Л. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностические критерии и принципы лечения. РМЖ. 2011; 19 (1).
3. Мальцева Л.И., Шарипова Р.И., Гафарова Е.А. Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. Казань, 2016.
4. Прилепская В.Н., Сехин С.В. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностика и тактика ведения больных. Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2015. – 4:101-6.