

Андрющенко Віктор Петрович,

*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри загальної хірургії,*

*Львівський національний університет імені Данила Галицького
avp.victor@gmail.com*

<https://orcid.org/0000-0003-1848-7358>

м. Львів, Україна

Прикупенко Олена Вікторівна,

кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства та гінекології,

*Львівський національний університет імені Данила Галицького
lenaprikup@gmail.com*

<https://orcid.org/0009-0008-2584-0010>

м. Львів, Україна

Гострі запальні захворювання додатків матки та гострий апендицит у жінок репродуктивного віку: принцип мультидисциплінарного підходу в діагностиці і лікуванні

Вступ. Гострі запальні захворювання додатків матки (ГЗЗДМ) складають вагомий питоми вагу у загальній структурі патології внутрішніх статевих органів у жінок і є одним з основних чинників їх неплідності та ектопічної вагітності. У свою чергу гострий апендицит (ГА) становить домінуючу патологію у невідкладній абдомінальній хірургії. Клінічні траєкторії даних захворювань у жінок дітородного віку нерідко перетинаються в терміні «гострий живіт».

Мета дослідження. Визначити діагностично-лікувальні підходи до даних захворювань як суміжної патології у невідкладній хірургії та гінекології на засадах мультидисциплінарного принципу.

Матеріали та методи. Здійснений ретроспективний аналіз 1786 статистичних карток вибувчих зі стаціонару хворих жінок з діагнозом ГЗЗДМ. Проспективним дослідженням охоплено 128 пацієток фертильного віку, серед яких 98 жінок з ГЗЗДМ і 30 пацієток на ГА. Для з'ясування етіологічного чинника ГЗЗДМ проведені бактеріологічні дослідження з аеробним (загальноприйнятним способом) та анаеробним (з використанням транспортних середовищ та боксів-анаеростатів фірми BioMerieux, Франція) культивуванням матеріалу, визначенням виду бактерій та їх антибіотикочутливості.

Результати досліджень та їх обговорення. Встановлено, що ГЗЗДМ склали домінуючу частку в структурі невідкладної гінекологічної патології (65%) з істотним переважанням над гострим запальним захворюванням матки (4,9%), гострим параметритом (1,3%) і інфікованою кістою яєчника (2,8%). Позаматкова трубна вагітність та апоплексія яєчника, ускладнені внутрішньою кровотечею, спостерігались у 2,7 разів рідше (відповідно у 12,0% і 12,2% випадків). Результати бак досліджень показали, що спектр аеробних бактерій, представлений переважно умовно-патогенними збудниками – *Enterococcus* spp. (18,6%), *Enterobacter aerogenes* (15,7%), *Klebsiella oxytoca* (14,3%), *Pseudomonas aerogenosa* (12,8%), серед анаеробних неклостридіальних бактерій частіше виявлялись *Bacteroides fragilis* (26%), *Bacteroides urealiticus* (16,6%), *Prevotella livia* (14,2%), причому як в монокультури, так і в асоціаціях. Найвищий рівень антибіотикочутливості аероби проявляли до імipінемів (98%), цефалоспоринів (83%), та фтор-хінолонів (79%), а анаероби – до захищених пеніцилінів, цефалоспоринів, кліндаміцину та імipінему (від 84% до 91%). Запропонований ступінчастий алгоритм дифдіагностики з визначенням значення клінічних, лабораторно-біохімічних, ультрасонографічних та інструментальних методів. Усі хворі на ГА прооперовані відеолапароскопічно (73%) або традиційно (24%). 53 госпіталізованих з ГЗЗДМ (52%) піддані хірургічному лікуванню з виконанням різних за технологією і об'ємом операційних втручань.

Висновки. ГЗЗДМ становлять 65% у структурі невідкладної патології внутрішніх геніталій у жінок репродуктивного віку. Етіологічний чинник представлений широким спектром умовно-патогенних аеробних та анаеробних бактерій, переважно з грам-негативною ознакою, як в ізольованому виді, так і у вигляді асоціацій. Клінічні прояви ГЗЗДМ нерідко перетинаються з симптоматикою ГА, тому вимагають мультидисциплінарного діагностично-лікувального підходу за участю хірурга, гінеколога, лікаря УЗД-діагноста, бактеріолога і клінічного фармацевта на основі розуміння характеристик етіологічного чинника, особливостей антибіотикотерапії та хірургічного відеолапароскопічного або традиційного лікування.

Ключові слова: гострі запальні захворювання додатків матки, гострий апендицит, мультидисциплінарний принцип діагностики та лікування.

Andryushchenko Victor Petrovych, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of General, Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, avp.victor@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1848-7358>, Lviv, Ukraine

Prykuppenko Olena Viktorivna, MD, PhD, Assistant at the Department of Obstetrics and Gynecology, Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, lenaprikup@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-2584-0010>, Lviv, Ukraine

Acute inflammatory diseases of the uterus appendages and acute appendicitis in women of reproductive age: principle of multidisciplinary approach in diagnosis and treatment

Introduction. Acute inflammatory diseases of the uterus appendages (AIDUA) constitute the essential fraction in general structure of pathology of internal sexual organs in women and there is one of factors their barrenness and ectopic pregnancy. In the same time an acute appendicitis (AA) is dominant pathology in urgent abdominal surgery.

Clinical trajectories these diseases in women of childbearing age quite often intersect in term «acute abdomen».

Aim of research. To determine a diagnosticmedical approaches to these diseases as adjacent pathology in urgent surgery and gynecology on the basis of multidisciplinary principle.

Materialsandmethods. Theretrospectiveanalysisof1786statisticcardsofthedroppedoutsickwomenfromthehospitalwithdiagnosisAIDUA was realized. Helping prospective researches were included 128 patients of childbearing age, including 98 women with AIDUA and 30 patients on AA.

For clarification of etiologic factor of AIDUA were held bacteriological investigations with aerobic (traditional method) and anaerobic (using transport mediums and boxes-anaerostats of firm BioMerieux, France) by cultivation of material, determination of type of bacteria and their sensitivity to antibiotics.

Results of research and their discussion. Is established, that AIDUA constituted dominant fraction in structure of urgent gynecological pathologies (65%) with significant preponderance over acute inflammatory disease of uterus (4,9%), acute parametritis (1,3%) and contaminated cyst of ovary (2,8%).

Ectopic tubal pregnancy apoplexy of ovary, complicated by internal bleeding, were observed in 2,7 times less often (in accordance in 12,0% and 12,2% cases). The results of bacteriological investigations showed, that spectrum of aerobic bacteria, submitted mainly by conditionally – pathogenic activators – Enterococcus spp. (18,6%), Enterobacter aerogenes (15,7%), Klebsiella oxytoca (14,3%), Pseudomonas aerogenosa (12,8%), among anaerobic nonclostridial bacteria more often were revealed Bacteroides fragilis (26%), Bactericides urealiticus (16,6%), Prevotella livia (14,2%), moreover as in monoculture, as in associations. The highest level of antibiotic sensitivity the aerobs manifested to imipenems (98%), cephalosporin's (83%), fluoroquinolones (79%), and anaerobes – to protected penicillin's, cephalosporin's, clindamycin and imipinem (from 84% to 91%).

Theproposed stepped algorithm of differential diagnosis with determination of value of clinical, laboratory – biochemical, ultrasonic and instrumental methods. All patients on AA were operated helping video laparoscopic machinery (73%) or traditionally (24%). 53 hospitalized patients with AIDUA (52%) were operated with performing of different for technique and volume of surgical interventions.

Conclusions. AIDUA constitutea 65% in structure of urgent pathology of internal genitals in women of reproductive age. Etiologic factor submitted by wide spectrum of conditionally – pathogenic aerobic and anaerobic bacteria, mainly with gram – negative sign, as in isolated species, as in the form of associations.

Clinical signs of AIDUA quite often intersect with symptoms of AA, in connection with this require multidisciplinary diagnostic – medical approach with the participation of doctors surgeon, gynecologist, doctor of USG – diagnostician, bacteriologist and clinical pharmacist on base of understanding of characteristic of etiological factor, peculiarities of antibiotic therapy and surgical video laparoscopic or traditional treatment.

Key words: acute inflammatory diseases of the uterus appendages, acute appendicitis, multidisciplinary principle of diagnosis and treatment.

Вступ. Збереження здоров'я та репродуктивної функції жінки являє собою на сьогодні важливу медичну, соціально-економічну та демографічну проблему в Україні, оскільки тісно пов'язане з процесами відтворення населення та покращення генофонду нації.

Ще на початку 2000-х років було прийнято Постанову Кабінету Міністрів України (№ 1849 від 27 грудня 2006 року) «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року», в якій закладено заходи, спрямовані на реалізацію цієї мети. І хоча у зазначеному контексті спостерігається безсумнівний поступ вперед, однак окремі позиції вимагають подальшого розпрацювання. Це стосується, в тому числі, ситуацій, коли клінічні траєкторії невідкладних хірургічних та гінекологічних захворювань у жінок дітородного віку перетинаються в терміні «гострий живіт». А це відбувається переважно при гострих запальних та незапальних захворюваннях додатків матки з одного боку і гострим апендицитом (ГА) – з другого.

Гострі запальні захворювання додатків матки (ГЗЗДМ) складають вагому питому вагу у загальній структурі патології внутрішніх статевих органів у жінок і є одним з основних чинників їх неплідності та ектопічної вагітності [1, 2, 3]. За даними ряду дослідників патологія придатків матки спостерігається у 80–82% пацієнток з запальними процесами внутрішніх і зовнішніх статевих органів, а частка їх гнійно-

запальних уражень сягає 10% [4,5]. Число ГЗЗПМ залишається високим і має стійку тенденцію до зростання [6, 7]. Так, в Україні частота сальпінгітів і оофоритів на кожну з 1000 жінок репродуктивного віку лише за п'ять років зростає з 10,08 до 19,2 [8]. На початку тисячоліття у США щорічно реєструвалось більше 1 млн. випадків гострого сальпінгіту, що являло собою найбільш часту невідкладну гінекологічну патологію, з необхідністю госпіталізації 20% пацієнток. З приводу ГЗЗПМ кожного року виконувалося 100 тис. хірургічних втручань [9, 10]. Причому генералізація септичного процесу при даних видах патології спостерігалась у 5% пацієнтів, а летальність сягала 2% [11].

У свою чергу гострий апендицит (ГА) становить домінуючу патологію у невідкладній абдомінальній хірургії. Так, за даними рандомізованого мультицентрового дослідження, проведеного під егідою Всесвітнього товариства невідкладної хірургії (WSES) на 4553 випадків з інтраабдомінальною інфекцією в 132 медичних центрах світу за чотири місяці, ускладнений апендицит констатований у 1153 (34%) хворих [12].

Методологія та методи дослідження. Об'єктом дослідження стали ГЗЗДМ та ГА у жінок фертильного віку. Мета дослідження – визначити діагностично-лікувальні підходи до даних захворювань як суміжної патології у невідкладній хірургії та гінекології на засадах мультидисциплінарного принципу. Для вивчення

особливостей мікробного чинника захворювань здійснені бактеріологічні дослідження з використанням методик аеробного (загальноприйнятим способом) та анаеробного (з використанням спеціальних пробірок з транспортним середовищем та боксів-анаростатів фірми BioMerieux, Франція) культивування матеріалу, визначенням виду та особливостей мікрофлори, а також чутливості її до антибіотиків диско-дифузійним методом, а також з використанням комерційних стрічок для оцінки антибіотикочутливості анаеробних бактерій.

Виклад основного матеріалу дослідження. На першому етапі роботи здійснений аналіз ретроспективного матеріалу, а саме 1786 статистичних карток вибувчих зі стаціонару хворих жінок, які проходили лікування у гінекологічних відділеннях Львівської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (в теперішній час лікарня Святого Пантелеймона) впродовж п'яти років (за даними інформаційно-статистичного відділу) з верифікованим на момент виписки діагнозом ГЗЗДМ. Методологічна доцільність даного етапу дослідження полягала у необхідності вивчення частоти, характеру ГЗЗПМ та їх місця у структурі невідкладної патології органів малого тазу жінок. Проспективним дослідженням було охоплено 128 пацієнток фертильного віку, серед яких 98 жінок з ГЗЗДМ і 30 осіб на ГА.

Оскільки група захворювань, які об'єднуються терміном ГЗЗДМ не є однорідною, аналізу було піддано всіх пролікованих з патологією, яка належала до гострих захворювань органів малого тазу згідно з міжнародною класифікацією МКХ-10. До них віднесено: гострий сальпінгіт і оофорит – № 70, гостре запальне захворювання матки (ендометрит, – метрит, міометрит) – №71.0, гострий параметрит – № 73.0, гематома жовтого тіла (апоплексія) яєчника – № 83.2, перекручування ніжки яєчника – № 83, кіста яєчника (інфікована) – № 83.1, трубна позаматкова вагітність – № 000.9.

Дані нозологічні форми запального і гнійно-запального характеру, а також незапальні патологічні процеси, розвиток яких призводив до виникнення внутрішніх кровотеч, за своїми клінічними проявами, відносились до категорії невідкладної гінекологічної патології, або «гострого живота».

Як видно (табл. 1), ГЗЗПМ склали домінуючу частку в структурі невідкладної гінекологічної патології. Так, гострий сальпінгіт/оофорит становили 65% в структурі всіх нозологічних форм. Звертає

на увагу істотне переважання ГЗЗПМ над іншими гострими запальними захворюваннями органів малого тазу – гострим запальним захворюванням матки (4,9%), гострим параметритом в (1,3%) і інфікованою кістою яєчника (2,8%). Порівняльна оцінка частоти ГЗЗДМ з гострими незапального характеру патологічними процесами, зокрема, трубною позаматковою вагітністю та апоплексією яєчника, ускладненими внутрішньою кровотечею, показала, що хоча їх частка в структурі захворювань залишалася вагомою (відповідно 12,0% і 12,2%), однак, вона в 2,7 рази була меншою.

Важливе значення у визначенні особливостей медикаментозної і, зокрема, антибактерійної терапії, у даних категорій пацієнток набуває чітке уявлення про характер бактерійного етіологічного чинника. Хоча, достатньо часто в якості його виступають мікроорганізми, що передаються статевим шляхом (хламідії, мікоплазми, трихомонади, гонококки тощо), однак і неспецифічна умовно-патогенна мікрофлора займає свою, далеко не другорядну, нішу. В рекомендаціях четвертого конгресу WSESS (Дублін, Ірландія, 2016), зазначається, що глобальний епідеміологічний профіль запальних захворювань малого тазу є недостатньо вивченим [13].

У зв'язку з цим, у 76 пацієнток здійснено 152 мікробіологічних дослідження з використанням методик аеробного (76) та анаеробного (76) культивування. В 58 спостереженнях матеріалом для бактеріологічного дослідження були запальний або гнійно-запальний ексудат, отриманий при пункції заднього склепіння і у 18 випадках забір рідинного або тканинного матеріалу проводився субопераційно під час виконання відеолaparоскопічних або традиційних операційних втручань.

Констатовано, що ріст аеробної та анаеробної неклостридійної мікрофлори виявлявся у 70 спостереженнях (92%). В структурі аеробної мікрофлори (рис. 1) домінували грам-негативні мікроорганізми (47) із співвідношенням до грам-позитивних (23) як 67% до 33%. Серед культивованих аеробних бактерій, представлених переважно умовно-патогенними збудниками, найчастіше виявлялися *Enterococcus* spp. (13; 18,6%), *Enterobacter aerogenes* (11; 15,7%), *Klebsiella oxytoca* (10; 14,3%), *Pseudomonas aerogenosa* (9; 12,8%), рідше *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter* spp., *Citrobacter freundii*, а такі види як *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus* spp. і *Proteus mirabilis* – спостерігалися лише в поодиноких випадках.

Таблиця 1

Структура невідкладної гінекологічної патології (1786 пацієнток)

пп/п	Види патології	Кількісні показники	
		абсолютні	відносні (%)
1	Гострий сальпінгіт та оофорит	1159	65,0
2	Гостре запальне захворювання матки (ендометрит, міометрит)	88	4,9
3	Гострий параметрит	22	1,3
4	Кіста яєчника (інфікована)	50	2,8
5	Перекручування кісти яєчника	33	1,8
6	Трубна позаматкова вагітність	215	12
7	Гематома жовтого тіла (апоплексія) яєчника	219	12,2
	Всього:	1786	100

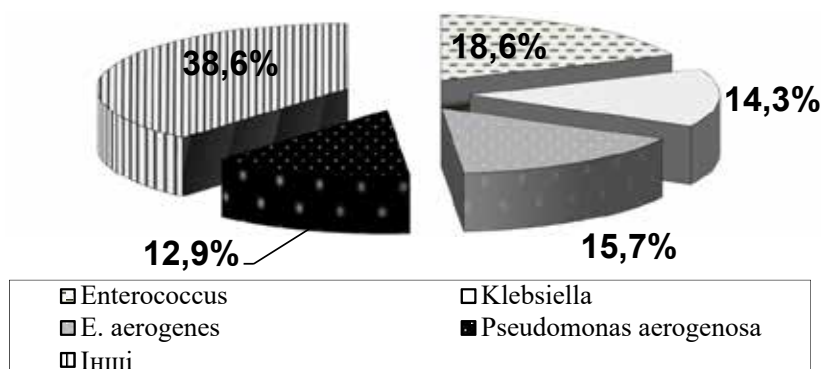


Рис. 1. Структура аеробної мікрофлори

Проведені дослідження показали також, що у значній частині обстежених (30; 43%) виявлялися асоціації аеробних збудників, які були представлені переважно Enterococcus spp. + E.aerogenes, Proteus mirabilis + Enterococcus spp., E. coli + Klebsiella oxytoca, Enterococcus spp. + Enterobacter aerogenes.

У 42 випадках визначалась анаеробна мікрофлора з домінуванням грам-негативних бактерій (32) у співвідношенні з грам-позитивними збудниками (10) як 76% до 24%. Серед окремих видів (рис. 2) частіше виявлялися Bacteroides fragilis (11; 26%), Bacteroides urealiticus (7; 16,6%), Peptostreptococcus spp. (6; 14,2%), Prevotella livia (6; 14,2%), Pospysomonas assacharoliticus (6; 14,2%).

Констатовано також, що у 19 спостереженнях (45%) анаеробна флора була представлена асоціаціями мікроорганізмів, серед яких найчастіше виявлялися Staphylococcus saccharoliticus+ Peptostreptococcus spp., Bacteroides fragilis + Actinomyces israelii, Prevotella livia + Bacteroides vulgaris.

Узагальнений аналіз результатів методик аеробного і анаеробного культивування матеріалу виявив, що більш, ніж у половині обстежених (40; 57%) спостерігалися аеробно-анаеробні асоціації мікроорганізмів, у виді від двох до чотирьох збудників з переважною присутністю в асоціаціях таких видів бактерій як Bacteroides fragilis, E. coli, Enterococcus spp., Staphylococ-

cus saccharoliticus, Peptostreptococcus spp. Причому асоціації двох мікроорганізмів зустрічалися найчастіше (47,4% спостережень).

При вивченні антибіотикочутливості верифікованої аеробної мікрофлори встановлено, що найбільший рівень чутливості бактерій проявлявся до іміпінемів (98%), цефалоспоринів третього покоління (83%), та фторхінолонів (79%). Анаеробні мікроорганізми характеризувались високою чутливістю до захищених пеніцилінів, цефалоспоринів (цефокситин, цефотетан), кліндаміцину та іміпінему (від 84% до 91% досліджень). При цьому достатньо висока антибактерійна активність іміпінему та цефалоспоринів створювали мінімально інгібуючу концентрацію для 90% виділених штамів. Констатовано також, що в 12% спостережень аеробна і в 23% досліджень анаеробна мікрофлора виявляли полірезистентність, що було пов'язано, правдоподібно, із застосуванням антибіотиків на амбулаторному етапі лікування.

Таким чином, отримані результати бакдосліджень надали підстави для обґрунтування первинного вибору антибактерійних препаратів для стартової антибіотикотерапії ГЗЗДМ до моменту визначення антибіотикочутливості у кожній клінічній ситуації та переходу на етіотропний принцип лікування, що у перспективі має визначатись клінічним фармацевтом.

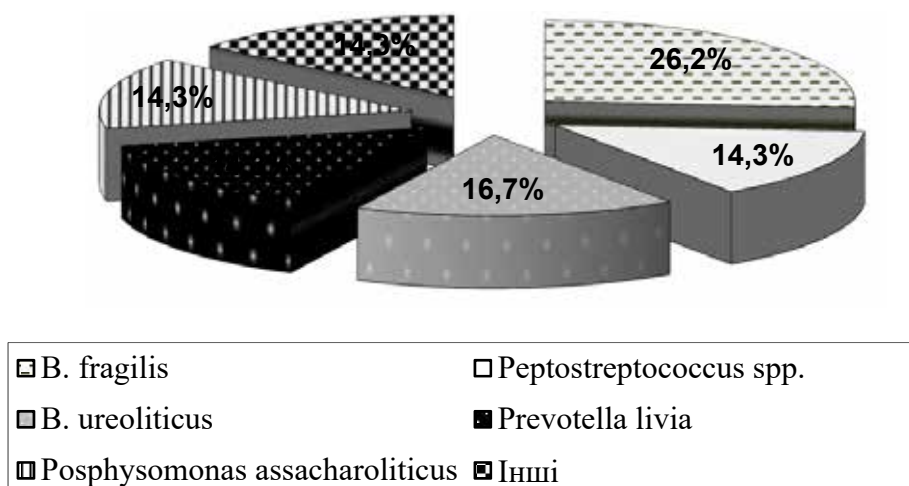


Рис. 2. Структура анаеробної мікрофлори

Питання діагностики та диференційної діагностики ГЗЗДМ і ГА складає важливий сегмент проблеми, оскільки власне воно визначає правильну лікувальну тактику та її ефективність. У вищезгаданих рекомендаціях WSEES зазначається, що у діагностиці інтраабдомінальної інфекції слід використовувати сходинчастий підхід, заснований на ресурсах медичного закладу: (від клінічного і лабораторного досліджень до променевих методів), при цьому діагноз інтраабдомінальної інфекції має базуватись в першу чергу на клінічній оцінці (рівень доказовості 1B). Порівняння основної клінічної симптоматики при ГЗЗДМ і ГА показало, що болочість в нижніх відділах живота спостерігалась відповідно в 92,8% і 100%, ригідність м'язів передньої черевної стінки в 68,7% і 89,5%, симптоми подразнення очеревини в 67,5% і 74,1%, гіпертермія > 38 в 80,5% і 43,3%, виділення з піхви в 42,9% і 16,7%, болочість при тракції шийки матки в 75,3% і 3,3%. Отже, низка «гінекологічних» симптомів свідчила на користь діагнозу ГЗЗДМ. Показники лабораторних та біохімічних досліджень крові істотно не відрізнялись в двох групах пацієнок, тому у дифдіагностиці набували лише додаткове значення. Променевої методи і, зокрема УЗД (транскутанна / інтравагінальна), склали принципово важливий компонент діагностики, що, з врахуванням відомих ультра-сонографічних ознак ГЗЗДМ/ГА, дозволяло з високою долею вірогідності встановлювати діагноз. Комп'ютерна томографія, у зв'язку з променевим навантаженням на організм жінок репродуктивного віку та економічною витратністю практично не застосовувалась. В окремих клінічних ситуаціях, в тому числі з метою забору матеріалу для бакдосліджень, використовувалась інвазивна діагностична методика – пункція заднього склепіння. Важливе значення надавалось відеолапароскопії, шляхом якої остаточно вирішувались усі сумніви стосовно характеру патології і яка, за необхідністю, трансформувалась з діагностичної у лікувальну.

26 пацієнок з первинно встановленим діагнозом ГА піддані операційному лікуванню в об'ємі апендектомії з використанням відеолапароскопічних (19; 73%) та традиційних відкритих (7; 27%) операційних технологій. У 53 госпіталізованих з ГЗЗДМ (52%), не зважаючи на комплекс консервативної терапії, включаючи призначення антибіотиків, позитивної динаміки не спостерігалось, Вони набули ускладненого перебігу з розвитком тубоваріальних абсцесів або пельвіо-перитоніту, що вимагало проведення операційного лікування. Подібна лікувальна тактика задекларована і у рекомендаціях WSESS (2016), де вказується, що пацієнткам з тубоваріальним абсцесом за неефективністю антибактеріальної терапії показане хірургічне дренування (рівень доказовості 1C). Більшість пацієнок (39; 73%) прооперовано віделапароскопічно, іншим (14; 27%) операцію проведено у традиційний відкритий спосіб. Виконано: діагностично-лікувальну відеолапароскопію з санацією і дренуванням порожнини малого тазу (13; 24%), одно/двобічну тубектомію (19; 36%),

одно/двобічну аднексектомію (13; 24%), правобічну аднексектомію з ампутацією матки (1; 2%), двобічну аднексектомію з ампутацією матки (3; 6%), правобічну тубектомію з апендектомією (4; 8%). Операції у розширеному об'ємі, а саме з надпівовою ампутацією матки, виконувались в тих субопераційних ситуаціях, коли існувала небезпека розвитку септичного стану хворої. Симультанну апендектомію здійснено при візуальних ознаках вторинного запалення червоподібного паростка і відсутності технічних складнощів для її проведення.

При усіх відеолапароскопічних втручаннях особливе значення надавалось ретельному видаленню запального рідинного ексудату зі старанною санацією порожнини малого тазу, а також роз'єднанням формуючого інфільтрату з адгезіолізисом і розташуванням придатків матки у звичайному анатомічному положенні. Даному компоненту операції надавалось особливе значення, тому що це забезпечувало попередження дисипації не евакуйованого гнійно-запального ексудату з випадінням фібрину та утворенням вираженого спайкового процесу, деформацією маткових труб та нівелюванням прохідності їх фімбріальної частини. Власне подібні обставини і являють собою основний чинник виникнення безпліддя у даного контингенту жінок. Післяопераційних ускладнень у всіх прооперованих не відмічалось.

Висновки з дослідження.

1. ГЗЗДМ, являючи собою один з основних чинників неплідності, становлять 65% у структурі невідкладної патології внутрішніх геніталій у жінок репродуктивного віку, з переважанням над гострими незапального характеру патологічними процесами органів малого тазу – трубною позаматковою вагітністю (12,1%) та апоплексією яєчника (12,2%), ускладненими кровотечею в 2,7 рази.

2. Етіологічний чинник захворювань представлений широким спектром умовно-патогенних аеробних та анаеробних неклостридіальних бактерій, переважно з грам-негативною ознакою, серед яких найчастіше присутні *Enterococcus* spp. (18,6%), *Enterobacter aerogenes* (15,7%), *Klebsiella oxytoca* (14, 3%), *Pseudomonas aerogenosa* (12,8%), *Bacteroides fragilis* (26%), *Bacteroides mealiticus* (16,6%), *Peptostreptococcus* spp (14,2%), *Prevotella livia* (14,2%), *Posphysomonas assacharoliticus* (14,2%), причому як в ізольованому виді, так і у вигляді аеробних (45%), анаеробних (43%), а також аеробно-анаеробних (57%) асоціацій.

3. Клінічні траєкторії ГЗЗДМ у жінок фертильного віку нерідко перетинаються з проявами ГА, тому вимагають мультидисциплінарного діагностично-лікувального підходу за участі хірурга, гінеколога, лікаря УЗД-діагноста, бактеріолога і клінічного фармацевта та мають спиратись на знання характеристик бактерійного чинника, особливостей антибактерійної терапії та хірургічного лікування з реалізацією як відеолапароскопічних, так і традиційних операційних технологій.

Інформація про конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Інформація про фінансування. Автори стверджують, що зовнішні джерела фінансування відсутні.

Особистий внесок кожного автора у виконання роботи. Автори здійснили однаковий внесок в проведення досліджень та підготовку роботи до опублікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Standart medychnoi dopomohy «Zapalni zakhvoriuvannia orhaniv maloho tazhu zhinok» Nakaz MOZ Ukrainy vid 18.05.2023. *Medychni aspekty zdorovia zhinky*. 2023; 2(149):52-63. [In Ukrainian].
2. Ventskovskiy V. M. Churylov A. V. Hniino-zapalni zakhvoriuvannia prydatkiv matky Pediatriia. *Akusherstvo ta hinekolohiia*. 2012; 2:108-114. [In Ukrainian].
3. Brun JL, Graesslin O, Fauconnier A, Verdon R, Agostini A, Bourret A, Derniaux E et.al Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Updated French guidelines for diagnosis and management of pelvic inflammatory disease. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016 Aug; 134(2):121-5. [PubMed] DOI: 10.1016/j.jogoh.2020.101714
4. Fouks Y, Cohen Y, Tulandi T, Meiri A, Levin I, Almog B, Cohen A. Complicated Clinical Course and Poor Reproductive Outcomes of Women with Tubo-Ovarian Abscess after Fertility Treatments. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019 Jan;26(1):162-168. [PubMed] DOI: 10.1016/j.jmig.2018.06.004
5. Goller JL, De Livera AM, Fairley CK, et al. Characteristics of pelvic inflammatory disease where no sexually transmitted infection is identified: a cross-sectional analysis of routinely collected sexual health clinic data. *Sexually Transmitted Infections* 2017; 93(1): 68-70. DOI: 10.1136/sextrans-2016-052553
6. Goje O, Markwei M, Kollikonda S, et al: Outcomes of minimally invasive management of tubo-ovarian abscess: A systematic review. *J Minim Invasive Gynecol* 28 (3):556–564, 2021. doi: 10.1016/j.jmig.2020.09.014
7. Wang Y, Zhang Y, Zhang Q, Chen H, Feng Y. Characterization of pelvic and cervical microbiotas from patients with pelvic inflammatory disease. *J Med Microbiol*. 2018 Oct;67(10):1519-1526. DOI: 10.1099/jmm.0.000821
8. Dronova V.L., Podolskiy V.V, Hulchii T.O. Osoblyvosti mikrobiotsenozu urohentitalnykh orhaniv u zdorovykh zhinok fertylnoho viku *Visnyk naukovykh doslidzhen*. 2018; 1:162-165. [In Ukrainian].
9. Kottman L.M. Pelvic inflammatory disease: clinical overview/ L. M. Kottman // *Jorn. Obst. Gynecol. Neonatal. Nurs*. 1999; Vol. 24:759-767 DOI: 10.1111/j.1552-6909.1995.tb02560.x
10. Beigi R. H. Pelvic inflammatory diseases: new diagnostic and treatment / R. H. Beigi, H. C. Wiesenfeld// *Obst. Gynecol. North Am*. 2003; V. 30; 1:777-793. doi: 10.1016/s0889-8545(03)00088-3.
11. Centers for Disease Control and Prevention/ Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR*. 2002; V. 51 (RR-6):48-52 <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5106.pdf>
12. Sartelli M, Abu-Zidan FM, Catena F, Griffiths EA, Di Saverio S, Coimbra R, et al.Global validation of the WSES Sepsis Severity Score for patients withcomplicated intraabdominal infections: a prospective multicenter study (WISSStudy). *World J Emerg Surg*. 2015; 10:61. doi: 10.1186/s13017-015-0055-0
13. Sartelli M, Chichom-Mefire A, Labricciosa F, Hardcastle T, Fikri S, et al. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections *World J. Emerg. Surg*. 2017; 12:29. doi:10.1186/s13017-017-0141-6