

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет медичний № 2  
кафедра акушерства і гінекології № 3  
не опорна  
адреса вул. В. Кучера, 7**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ  
«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Запальні захворювання жіночих статевих органів.»  
за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»  
за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)  
рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах  
IV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2  
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

**Затверджено**  
На методичній нараді кафедри  
акушерства і гінекології №3  
протокол № 1 від 30.08.2023 р.  
**Завідувач кафедри**  
**акушерства і гінекології №3,**  
**д.мед.н., професор** **Бенюк В.О.**

**КИЇВ 2023-2024**

УДК 618 (072)

*Методична вказівка для студентів VI курсу медичного факультету №2 та факультету підготовки іноземних громадян з акушерства та гінекології*

**Авторський колектив:**

*Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.*

*Професор, д.мед.н. Диндар О.А.*

*Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.*

*Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.*

*Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.*

*Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.*

*Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.*

*Доцент, к.мед.н. Друпн Ю.Г.*

*Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.*

*Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.*

*Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.*

*Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.*

*Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.*

*Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.*

*Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.*

*Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.*

*Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.*

*Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.*

*Асистент Чеботарьова А.С.*

*Асистент, к.мед.н. Бала О.О.*

*Асистент Фурса-Совгіра Т.М.*

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № 1 від 30.08.2023 року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

## **Тема: Запальні захворювання жіночих статевих органів.**

### **I. Актуальність теми:**

Запальні захворювання жіночих статевих органів посідають одне з провідних місць серед патологій геніталій і є частою причиною втрати непрацездатності, непліддя та інших ускладнень. Знання етіології, методів діагностики та лікування запальних захворювань жіночих статевих органів необхідне лікарю будь-якого профілю в його практичній діяльності.

Запальні захворювання жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом, займають одне з провідних місць в гінекологічній захворюваності. Велике значення має достатньо широкий спектр збудників цих захворювань. Захворювання, що передаються статевим шляхом часто викликають порушення репродуктивної функції та працездатності. Відповідно вищесказаному, слід ознайомити майбутніх лікарів з особливостями етіології, патогенезу, клініки та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом.

### **II. Навчально-виховні цілі**

Для формування умінь студент повинен *знати*:

- загальні методи обстеження хворих;
- загально клінічні лабораторні методи дослідження;
- спеціальні методи дослідження;
- методику проведення гінекологічного дослідження.

В результаті проведення заняття студент повинен *вміти*:

- зібрати анамнез (загальний, спеціальний, анамнез захворювання);
- визначити головний симптомокомплекс гінекологічних захворювань;
- провести гінекологічний огляд;
- правильно обрати та провести додаткові обстеження гінекологічних хворих.

### **III. Вихідні базові знання**

- анатомічні особливості жіночих статевих органів.
- фізіологічні особливості жіночих статевих органів. фізіологічні особливості регуляції менструального циклу.
- гістологічна будова зовнішніх та внутрішніх статевих органів.
- вивчення фармакологічних препаратів, що містять жіночі та чоловічі статеві гормони. Написання рецептів.

### **IV. Зміст навчального матеріалу**

Запальні захворювання жіночих статевих органів залишаються однією з найактуальніших медичних проблем цього сторіччя, у зв'язку зі збільшенням кількості клінічних випадків, сягаючи більше половини від усіх гінекологічних захворювань; «омолодженням», а також негативно впливають на здоров'я мільйонів жінок різного віку.

Несвоєчасне чи неадекватне лікування запальних захворювань статевих органів призводить до хронізації процесу і є причиною непліддя, позаматкових вагітностей, тазових болей, які спричиняють страждання і навіть інвалідизацію жінок у віці соціальної активності.

**Частота.** Хворі з запальними захворюваннями статевих органів складають 60 – 65% гінекологічних хворих, які звернулися в жіночу консультацію і 30%, які направлені на лікування в стаціонар.

**Фізіологічні захисні механізми.** Важливу роль у виникненні запальних захворювань статевих органів грає так звана нормальна мікрофлора статевих шляхів.

Мікрофлора піхви в нормі містить:

- паличкоподібна флора: лактобацили, які підтримують кисле середовище; коринебактерії і дифтероїди.
- кокова флора: анаеробні і в більшості аеробні коки, гемолітичні і негемолітичні стрептококи; бетта-гемолітичний стрептокок, ентерокок. Рідше зустрічаються клебсієлла, ентеробактерії і представники виду *Proteus*, кишкова паличка, а також гриби роду *Candida*.

За даними В.А.Шендерова нормальна життєдіяльність ендогенної мікрофлори забезпечує:

- конкурування мікроорганізмів за поживні субстанції.
- стимуляція рухомості епітелію слизових і процесів його оновлення на поверхні ворсин.
- продукція коротко-ланцюгових жирних кислот, перекисів, бактеріоцинів, лізоциму та інших антимікробних субстанцій.
- детоксикація антибіотиків за рахунок їх адсорбції чи біотрансформації.
- індукція імунної відповіді, яка має перехресні реакції у відношенні патогенних мікроорганізмів.
- продукція стимуляторів імуногенезу і активаторів фагоцитарної і ферментативної активності.

На мікрофлору піхви чинять вплив і ендогенні фактори. Під впливом естрогенів підвищується утворення глікогену і муцину, посилюється васкуляризація піхвової стінки, що стимулює вірулентні ознаки патогенних мікробів. Кількість аеробів зменшується у перед менструальному періоді, у секреторній фазі циклу відмічається зниження кількості умовно патогенних мікроорганізмів і стимуляція росту лактобактерій.

Мікроорганізми, які постійно є у статевих шляхах, можуть при сприятливих умовах стати вірулентними і спричиняти розвиток запальних захворювань статевих органів. Перешкодою для їх активації і участі в запаленні є фізіологічні захисні механізми:

1. Фізіологічна десквамація і цитоліз поверхневих клітин епітелію піхви, які обумовлені дією яєчникових гормонів.

2. Неспецифічні антимікробні механізми, які діють на клітинному рівні: фагоцитоз за допомогою макрофагів і поліморфноядерних лейкоцитів. Неспецифічні гуморальні фактори: білок плазми трансферин, який зв'язує залізо, необхідне для росту багатьох бактерій; опсоніни, які посилюють фагоцитарну активність клітин; лізоцим - пептид, який має антимікробну активність; лізин, який виділяється тромбоцитами у зоні запалення.

3. Імунні механізми захисту від грибової, вірусної інфекції, внутрішньоклітинних бактеріальних паразитів. До них належать Т-лімфоцити, імуноглобуліни, система комплементу.

Мікроценоз цервікального каналу, особливо його нижніх відділів, у здорових жінок практично не відрізняється від мікроценозу піхви, але кількість мікроорганізмів у каналі менше, ніж у піхві і превалюють в ньому аеробно-анаеробні асоціації. Тобто локальні фактори захисту в цервікальному каналі сприяють підтриманню стерильності ендометрію і створенню оптимальних умов для розвитку здорових нащадків.

Для верхніх відділів статевої системи особливе значення мають захисні механізми на рівні цервікального каналу і ендометрію. Слиз, що накопичується в цервікальному каналі, являє собою своєрідний бар'єр, який розділяє нижній і верхній відділи статевого тракту. В цервікальному слизу знаходяться антибактеріальні речовини, антитіла до таких мікроорганізмів, як кишкова паличка, гонококи, сальмонели, до вірусів простого герпесу і грибів *Candida*. В матці захисну функцію несе ендометрій, який запобігає проникненню мікроорганізмів періодичним відторгненням його функціонального шару під час менструації.

**Шляхи розповсюдження інфекції.** Проникнення інфекційних агентів у верхні статеві шляхи відбувається за допомогою сперматозоїдів, трихомонад, можливий пасивний транспорт мікроорганізмів, останнє місце займають гематогенний та лімфогенний шляхи.

Доведена властивість аеробних і анаеробних бактерій, хламідій та мікоплазм прикріплюватись до сперматозоїдів. Особливо важлива роль сперми у передачі гонореї. Хламідіям властиво прикріплюватись до сперматозоїдів, при чому чим більше хламідій, тим до більшого числа сперматозоїдів вони прикріплюються. При зниженні рН - середовища феномен прилипання хламідій збільшується.

Перенесення інфекцій у верхні статеві шляхи здійснюють і трихомонади. На роль трихомонад як перенесників вказує та обставина, що виділити трихомонади без зв'язку з іншими мікроорганізмами неможливо.

**Фактори, що сприяють інфікуванню геніталій.** Проникненню інфекції у верхні статеві шляхи можуть сприяти внутрішньоматкові процедури (зондування, гістросальпінгографія, гістроскопія, пертубація, гідротубація, операції на статевих органах, переривання вагітності).

Важливе значення в поширенні інфекції мають внутрішньоматкові контрацептиви. Ризик розвитку запальних процесів придатків матки у жінок носіїв внутрішньоматкових контрацептивів збільшується у 4 рази. Особливо великий ризик у жінок, що не народжували. Встановлено, що через 2 доби після введення внутрішньоматкового контрацептиву, мікробне обсіменіння матки різко збільшується.

Використання оральних контрацептивів, по єдиній думці дослідників, знижує ризик розвитку запальних захворювань статевих органів.

З початком менструації склад мікрофлори статевих шляхів змінюється як кількісно, так і якісно, що відіграє значну роль у виникненні запальних процесів статевих органів. В перед менструальному періоді концентрація аеробних бактерій

зменшується приблизно в 100 разів, відповідно збільшується концентрація анаеробів. Використання вагінальних тампонів під час менструації зменшує доступ кисню, що сприяє розвитку патогенної анаеробної популяції і може провокувати запальні процеси верхніх відділів статевих шляхів.

Запальний процес є найчастішим ускладненням штучного аборту. Запалення розпочинається в перші 5 днів після операції, інколи через 2-3 тижні. Ризик розвитку післяабортних запальних процесів різко збільшується при наявності в цервікальному каналі патогенної флори. Сама операція аборту веде до послаблення місцевої захисної системи: бактерії, що складають нормальну цервікальну і вагінальну флору в певних умовах можуть проявити патологічні властивості.

Післяпологова інфекція також займає важливе місце серед причин запальних процесів статевих органів. Ускладнений перебіг вагітності, пологів, і особливо кесарів розтин сприяють розвитку запалення, причому після планових кесаревих розтинів в 3-5 рази менше, ніж після екстрених.

До факторів ризику розвитку запальних захворювань належать також гінекологічні операції. Вагінальна гістектомія являє найбільший ризик, так як між розвитком запалення і контактом між вагінальним середовищем та черевною порожниною є пряма кореляційна залежність.

#### **Класифікація запальних захворювань статевих органів:**

Загалом уrogenітальні захворювання поділяють на: специфічні, неспецифічні та венеричні захворювання.

1. За клінічним перебігом:

- 1) гострі захворювання
- 2) підгострі захворювання
- 3) хронічні захворювання

2. За ступенем важкості:

- 1) легкий
- 2) середній
- 3) тяжкий

3. За локалізацією:

1) запалення статевих органів нижнього відділу: вульви, бартолінінової залози, піхви, шийки матки, екзоцервіцит, ендоцервіцит (вульвіт, бартолініт, кольпіт, вагініт та інші)

2) запалення статевих органів верхнього відділу: тіла матки, придатків матки, клітковини тазу, очеревини тазу (ендометрит, метроендометрит, панметрит, периметрит, сальпінгіт, оофорит, гідросальпінкс, піосальпінкс, піоваріум, перисальпінгіт, параметрит, пельвіоперитоніт)

### **НЕСПЕЦИФІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.**

Неспецифічні запальні захворювання органів малого тазу розвиваються під впливом умовно патогенних мікроорганізмів: стрептококів (аероби та анаероби), стафілококів (аероби та анаероби), кишкової палички, ентерококів, протею, бактероїдів та інше. Як правило запальні процеси викликає змішана флора.

#### **БАРТОЛІНІТ**

Бартолініт - це запалення однієї або обох з двох бартолінієвих залоз, які розташовані по обидва боки від входу в піхву, за статевими губами. Запалення часто виникає через інфекції, що передаються під час статевих контактів, але в багатьох випадках запалення не передається статевим шляхом.

**Форми бартолініту.** Залежно від об'єму і локалізації ділянки поразки виділяють такі форми бартолініту, як:

- каналікуліт - інфекція потрапила у вивідну протоку залози і викликала його запалення, яскраво виражені симптоми відсутні
- кіста бартолінової залози - при закупореному вивідному каналі секрет залози через відсутність відтоку скупчується в освіченій порожнині, нагноєння тканина сам залоза і навколишній клітковина при цьому є.
- абсцес бартолінової залози - в запальний процес залучені тканини бартолінової залози і навколишньої клітковини.
- хронічний бартолініт - при хронічній формі захворювання періодично загострюється під впливом таких чинників, як переохолодження, зниження імунітету, менструація і так далі. Поза загостренням можуть з'являтися несильні больові відчуття з боку ураженої залози, дискомфорт під час статевого акту. В період загострення виникають симптоми, схожі з проявами гострого бартолініту.

**Клініка.** Основні симптоми бартолініта включають біль і болючість в області статевих губ, набряк в тому ж місці, невеликі виділення в області статевих губ.

**Діагностика.** Діагноз ґрунтується на даних огляду. При цьому для вибору максимально ефективного лікування лікар може призначити такі дослідження, як загальний аналіз крові, сечі; обстеження на уrogenітальні інфекції, лабораторне дослідження секрету бартолінової залози або патологічного відокремлюваного з неї, і інші.

**Лікування.** У більшості випадків після визначення причини, що викликала розвиток бартолініту, підбирається антибактеріальна терапія з урахуванням чутливості мікроорганізмів до антибіотиків, проводиться обробка запаленої ділянки антисептичними засобами, може бути призначений курс фізіотерапевтичного лікування. Лікування абсцесу бартолінової залози переважно хірургічне - проводиться розкриття, дренажування і обробка порожнини, при необхідності призначається медикаментозна терапія. Лікування кісти бартолінової залози також, в основному, хірургічне, поза періодом загострення. Видалення кіст бартолінової залози і розкриття абсцесу бартолінової залози можливе в умовах денного стаціонару.

**Показання до видалення кісти бартолінової залози:**

- хронічному бартолініті;
- скупченні в порожнині залози гнійних виділень;
- переродження тканин залози;
- ризик виникнення сепсису;
- відсутності ефекту медикаментозного лікування;
- дискомфорті під час ходьби та статевого життя.

Видалення кісти бартолінової залози необхідне, щоб виключити інфікування всього організму при тривалому існуванні осередку запалення та рецидиву патології.

### **ВУЛЬВІТ**

**Вульвіт** – запалення зовнішніх статевих органів жінки. Розрізняють первинний і вторинний вульвіт. Виникненню первинної форми сприяє недотримання гігієни статевих органів, хімічні, термічні, механічні подразнення, розчухи, 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 фоні гіпофункції яєчників, авітамінозу, частіше буває у дівчаток і жінок у постменопаузі.

#### **Клініка**

При гострому вульвіті є гіперемія і набряк зовнішніх статевих органів, серозно-гнійні нашарування. 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. Для встановлення збудника доцільно провести бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження виділень. Необхідно встановити, первинним чи вторинним є запальний процес.

#### **Лікування.**

Насамперед спрямоване на усунення захворювання, яке ускладнилось вульвітом. У гострій період застосовують відвар квіток ромашки, слабкий розчин перманганату калію, борної кислоти. При бактеріальних, грибкових, паразитарних вульвітах препарат для лікування вибирають в залежності від збудника.

### **ВУЛЬВОВАГІНІТ**

Це захворювання частіше буває у дівчаток 3-8 років і в похилому віці. Виникненню вульвовагініта у дівчаток сприяють гострі інфекційні захворювання, різні ендокринні порушення, порушення харчування, хронічні захворювання носоглотки.

**Класифікація.** У дівчаток вульвовагініти поділяють на: бактеріальні, мікотичні, трихомонадні, вірусні.

**Клініка.** Клінічно вульвовагініт характеризується слабо вираженими симптомами – гіперемією і скудними виділеннями.

**Діагностика.** Діагноз ставиться на підставі огляду і дослідження виділень з піхви і вульви.

**Лікування.** Лікування направлене на ліквідацію причин захворювання, санацію вогнищів запалень, загартування організму.

### **ЕНДОЦЕРВІЦИТ**

**Ендоцервіцит** - запалення слизової оболонки каналу шийки матки.

Ендоцервіцит часто поєднується з іншими запальними процесами статевих органів. Проникненню мікроорганізмів сприяють травми шийки матки під час пологів, абортів, внутрішньоматкових втручань.



**Класифікація.** Може проходити в гострій і хронічній формах. Запальний процес супроводжується набряком слизової оболонки, утворенням інфільтратів у субепітеліальному шарі та стромі.

Інфільтрати складаються з лейкоцитів, лімфоцитів та плазматичних клітин. У хронічній стадії запальна реакція не так виражена, у місцях відшарування епітелію починається його регенерація. Під час регенерації може відбутися метаплазії епітелію і часткове заміщення циліндричного епітелію плоским.

**Клініка.** Основною скаргою є слизово-гнійні виділення, які зрідка супроводжуються тупим болем унизу живота, попереку. При тривалому перебігу запалення розповсюджується на підлеглі тканини.

**Лікування.** Включає антибактеріальну терапію залежно від виявленого збудника.

### **ЕНДОМЕТРИТ.**

#### **Гострий ендометрит.**

Захворювання виникає після абортів, пологів та різноманітних внутрішньоматкових процедур. В етіології спостерігаються асоціації декількох анаеробів з аеробами.

*Клініка.* Симптоми захворювання виникають на 3-4 добу після внесення інфекції: спостерігається підвищення температури, озноб; в крові виявляють лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЄ.

При піхвовому дослідженні: серозно-гнійні виділення з цервікального каналу, матка кулеподібної форми, збільшена, болісна при пальпації, м'яко-еластичної консистенції.

*Діагноз ставиться на підставі:*

1. Анамнезу ( аборти, ускладнені пологи, тощо )
2. Даних клінічного обстеження
3. Бактеріологічного та бактеріоскопічного досліджень.

#### **Хронічний ендометрит.**

Питання про існування хронічного ендометриту є дискусійним. Вважається сумнівним перехід гострого ендометриту в хронічний.

Хронічний ендометрит - клініко-анатомічне поняття. Виділяють наступні його *морфологічні варіанти:*

1. атрофічний, при якому відмічається атрофія залоз, фіброз стромі, інфільтрація її лімфоїдними елементами;
2. кістозний, коли фіброзна тканина здавлює протоки залоз з формуванням кіст;
3. гіпертрофічний - коли спостерігається гіперплазія слизової оболонки.

В результаті змін в гіпоталамо-гіпофізарній системі відбувається зниження ендокринної функції яєчників і порушується процес овуляції.

**Клініка.** Основний симптом захворювання - маткові кровотечі:

1. перед- та постменструальні кровотечі, які пов'язані з порушенням процесів десквамації та регенерації функціонального шару;
2. міжменструальні кровотечі, що пов'язані зі збільшенням проникності судин ендометрій під час овуляції. У хворих на ендометрит часто відмічається

зміна секреторної функції у вигляді серозних або серозно-гнійних виділень зі статевих шляхів. Постійно з'являються скарги на ниючій біль внизу живота.

При піхвовому дослідженні: серозні виділення з цервікального каналу, помірне збільшення матки, щільна її консистенція.

**Діагностика.** Діагноз хронічного ендометриту ставиться на підставі:

1. Клінічних проявів
2. Діагностичного вишкрібання слизової оболонки матки з наступним гістологічним дослідженням зшкребок
3. Гістероскопії
4. УЗД- спостерігається чередування зон гіперехогенності (діаметром 0,1-0,2см), які являють собою ділянки фіброзу, склерозу та кальцінозу, та зони зниженої ехогенності.

**Лікування.** При хронічному ендометриті використовують седативні, десенсибілізуючі, вітамінні препарати. Значне місце в лікуванні посідають фізіотерапевтичні процедури. При непорушеній функції яєчників і захворюванні до 2-х років показано застосування магнітного поля УВЧ та хвилі сантиметрового діапазону; якщо процес прогресує більше 2-х років рекомендується ультразвук в імпульсному режимі або електрофорез цинку.

З метою зупинки маткових кровотеч використовують гормональний гемостаз та введення в матку розчину  $\epsilon$ -амінокапронової кислоти 5% по 3-5мл на протязі 5-7 днів.

В стадії ремісії показано санаторно-курортне лікування (пелоїдо-, та бальнеотерапія).

**Ускладнення хронічних неспецифічних захворювань органів малого тазу:**

- порушення статевої та менструальної функції жінки
- безпліддя первинне або вторинне
- самовільний аборт та передчасні пологи
- фетоплацентарна недостатність
- внутрішньоутробне інфікування плоду, перинатальна патологія
- інвалідизація жінки при наявності больового синдрому.

**Профілактика:**

- санітарно-просвітна робота;
- раціональна контрацепція;
- переривання вагітності за допомогою міні абортів, простоагландинів, антигестагенів;
- раціональна антибіотикотерапія гострих запальних захворювань органів малого тазу, рання реабілітація за допомогою фізіотерапії;
- обов'язкове обстеження та лікування статевого партнера.

**САЛЬПІНГООФОРИТ.**

Відноситься до числа найчастіших локалізацій запальних захворювань органів малого тазу.

**Патогенез.** Запальний процес починається із слизової оболонки труби, який поширюється на м'язову оболонку. Мікроби разом із вмістом маткової труби

проникають через абдомінальний кінець і вражають серозний покрив труби (перисальпінгіт), епітелій яєчника та прилеглу очеревину (периофорит). Після розриву фолікула виникає запальний процес в яєчнику – сальпінгіт, який внаслідок склеювання фімбрій та розвитку сполук приводить до розвитку гідросальпінксу а потім до піосальпінксу.

### **Гострий сальпінгофорит.**

Виділяють 4 стадії захворювання (Monit ,1982)

- I. Гострий ендометрит і сальпінгіт без ознак запалення тазової очеревини.
- II. Гострий ендометрит та сальпінгіт з ознаками подразнення очеревини.
- III. Гострий сальпінгофорит з оклюзією маткових труб та розвитком тубооваріального утворення.
- IV. Розрив тубооваріального утворення.

В клінічній картині гострого сальпінгіту виділяють 2 фази: I - токсична, клінічні прояви обумовлені впливом аеробної флори; в II фазі приєднується анаеробна флора, що призводить до обтяження симптомів захворювання і розвитку ускладнень. В цій фазі формуються тубооваріальні утворення з гнійним вмістом, які погрожують перфорацією.

**Клініка.** Скарги на підвищення температури тіла , погіршення загального стану, сильний біль внизу живота, озноб, дизуричні явища. В перші дні захворювання живіт болісний, напружений при пальпації, може з'явитися феномен м'язового захисту.

При піхвовому дослідженні: виділення з цервікального каналу серозно-гнійні, рясні, додатки при пальпації болісні, збільшені у розмірах, пастозні, рухливість їх обмежена, контури додатків виявляються недостатньо чітко.

При дослідженні крові - зсув лейкоцитарної формули вліво, лейкоцитоз, прискорення ШОЄ.

**Діагностика.** Діагноз ставиться на підставі:

1. Анамнезу.
2. Бімануального піхвового дослідження.
3. Даних клініко-лабораторного обстеження.
4. УЗД (дає можливість виявити пухлиноподібне утворення в додатках матки).
5. Лапароскопія (у важких випадках навіть діагностична лапаротомія).

**Загальні принципи лікування:**

Етапи:

1. Антибактеріальна, інфузійна, протизапальна терапія.
2. Імуностимулююча та вітамінотерапія.
3. Розсмоктуюча та фізіотерапія.
4. Санаторно-курортне лікування через 6 місяців після загострення процесу

**Лікарська тактика.**

1. Госпіталізація хворих з гострими формами захворювання або з загостренням хронічних.
2. Для загострення хронічного запалення додатків матки перед початком лікування застосовують пірогенні препарати та мукополісахариди мікробного

походження пірогенал, протидіозан внутрішньом'язово починаючи з 25-50 МПД на курс лікування 7-8 ін'єкцій. Гоновакцина з дози 200 млн мікробних тіл, поступово збільшуючи дозу але не більше 2млн тіл, з інтервалом 1-2 дні, на курс до 5 ін'єкцій. Враховують місцеву реакцію (біль і гіперемія у місці введення вакцини) та загальну (біль у вогнищі запалення, підвищення температури тіла, недомагання). При значній реакції на введення цих препаратів дозу не підвищують, а залишають в останній дозі. Через день потрібно брати аналіз виділень з трьох точок, загальний аналіз крові з формулою, посів виділень на флору та чутливість до антибіотиків.

3. Антибактеріальна терапія, на наступному етапі лікування, проводиться з урахуванням антибіотикограми курсом 7 днів. Антибіотики призначаються у поєднанні 2 і навіть 3, найбільш поширені поєднання полусинтетичних пеніцилінів з цефалоспоринами, макролідів з фторхінолонами, в залежності від флори. Використовують наступні антибіотики: кліндаміцин- по 600мг (4мл) внутрішньовенно 4 рази на добу, або по 150мг 3 рази на добу у капсулах, фортум (цефтазидим)- по 1г внутрішньом'язово кожні 12 годин, аугментин таблетки по 375мг 3 рази на добу; внутрішньовенно 1,2 г кожні 8 годин, доксициклін по 1 капсулі (100мг) 2 рази на добу, зинацеф (цефуроксим) 750мг 3 рази на добу внутрішньом'язово або внутрішньовенно.

4. Інфузійна терапія з метою дезинтоксикації та покращення осмотичних властивостей крові: реополіглюкін 200-400 мл, неогемодез 200мл, альбумін 10%- 100 мл, плазма, ізотонічні розчини солей та глюкози.

5. Знеболюючі та нестероїдні протизапальні препарати: кислота ацетилсаліцилова (аспірин) 0,325г 2-3 рази на добу; диклофенак натрію 2мл внутрішньом'язово 1 раз на добу 5 днів; реопірін 5мл внутрішньом'язово через день 2-3 ін'єкції; анальгін по 0,5г 3 рази на добу.

6. Десенсибілізуючі: супрастин таблетки по 0,025 3 рази на добу.

7. Імуномодулятори та стимулюючі препарати: декаріс по 150мг 1 раз на добу; АТФ по 1мл 1% розчину внутрішньом'язово; екстракт алоє 1мл внутрішньом'язово; ФіБС 1мл внутрішньом'язово.

8. На етапі розсмоктуючої терапії застосовують піхвові тампони з 10% димексидом на новокаїні з антибіотиком (тим, що вже вводиться парентерально), трихополом, лідазою; або тампони з лініментом Вишневського.

9. Вітамінотерапія: аскорбінова кислота 5% 1 мл внутрішньом'язово, аскорутин по 0,5 3 рази на добу всередину. Групи вітамінів В, РР та інші краще у вигляді мультівітамінних таблеток з мікроелементами.

10. Холод на низ живота у гострій фазі по 20 хвилин з перервою в 30 хвилин.

11. Якщо формується гнійний сальпінгіт і гострий тубооваріальний абсцес показане оперативне лікування з активним дренажуванням малого тазу в поєднанні з комплексною місцевою та загальною антибіотикотерапією.

### **Хронічний сальпінгоофорит.**

Найчастіше є результатом невилікуваного гострого сальпінгоофориту. Хронічна стадія процесу характеризується наявністю інфільтратів, втратою фізіологічних функцій слизової та м'язової оболонок маткової труби, розвитком

сполучної тканини, склеротичними процесами з порушенням прохідності маткової труби, та злукового процесу навколо яєчників.

**Клініка.** Основні скарги на тупі, ниючі болі, які підсилюються при охолодженні, інтеркурентних захворюваннях, перед або під час менструацій. Характерна іррадіація болю по механізму вісцеросенсорних та вісцерокутанних рефлексів. Біль, звичайно, відчувається внизу живота, здухвинних ділянках, в ділянці крижів, в піхві, по ходу тазових нервів.

Порушення менструальної функції спостерігається у 40-55% хворих (поліменорея, олігоменорея, альгодисменорея). Анатомічні та функціональні зміни в маткових трубах і гіпофункція яєчників часто є причиною безпліддя. Спостерігаються також патологічні завершення вагітності - самовільні аборти, позаматкова вагітність. Порушення статевої функції (болісний coitus, зниження лібідо) відмічають 35-40% хворих. Часто спостерігається присутність білей, який виникає у зв'язку з супутнім кольпітом та ендocerвіцитом. Зміни в нервовій системі нерідко призводять до розвитку невротичних станів, зниженню працездатності.

Відмічають два варіанти загострення хронічного сальпінгоофориту:

1. збільшується патологічна секреція, ексудативний процес в додатках матки, збільшується число лейкоцитів, прискорюється ШОЄ;
2. переважають скарги на посилення болю, погіршення самопочуття, зниження працездатності, лабільність настрою, об'єктивні показники загострення відсутні.

**Діагностика.** Діагноз ставиться на підставі:

1. Анамнезу (гострий аднексит після абортів, ускладнені пологи, переохолодження та інше).
2. За результатами клінічного обстеження.
3. При піхвовому дослідженні виявляються зміни від незначної болісності та тяжистості додатків до тубооваріальних утворень.
4. УЗД ( вираженість ехомалюнку, гідросальпінкс, тощо ).
5. Гістеросальпінгографії (для визначення анатомічних змін труб матки).

**Лікування хронічного сальпінгоофориту.** Важливим принципом лікування є поєднання локальних лікувальних процедур з одночасним лікуванням екстрагенітальних захворювань і порушень функції нервової, судинної та інших систем. Під час загострення рекомендована гіпоалергенна дієта, обмеження вуглеводів та солей. Загальна калорійність не більше 2300 ккал/добу.

Показання до прийому антибіотиків:

1. В період загострення, якщо в клініці виражені ознаки запальної реакції;
2. Якщо антибіотикотерапію не проводили в гострій стадії;
3. В процесі проведення фізіотерапевтичних процедур активуючих кровообіг та ферментні системи, якщо є ризик загострення процесу.

Медикаментозні засоби використовуються за показаннями – седативні - мікстура Павлова по 1 столовій ложці 3 рази на день, триоксазин по 0,25 3 рази на день; десенсибілізуючі - тавегіл 0,001 3 рази на добу; імуномодулятори - декаріс 150 мг/день на протязі 3 днів на тиждень; вітаміни.

Важливу роль в лікуванні грають фізіотерапевтичні процедури: в період ремісії використовується ультразвук, який чинить фібринолітичний та знеболюючий ефект; а також імпульсні токи високої частоти. Після досягнення ефекту рекомендують використання магнітного поля високої або ультрависокої частоти, вагінальні тампони з озокериту, а також бальнеотерапія - ванни, піхвові орошення з сульфідними, хлоридно-натрієвими та іншими мінеральними водами.

При відносній гіперестрогенії рекомендується електрофорез йоду або йоду з цинком, радонових вод та йодобромних. При гіпофункції яєчників показано використання вібраційного масажу, ультразвуку в імпульсному режимі, електрофорезу міді; грязі, озокериту, мінеральні води. Лікування фізичними факторами доцільно використовувати з регіонарним масажем, лікувальною гімнастикою, психотерапією.

### **ПАРАМЕТРИТ.**

**Параметрит** - запалення навколо маткової клітковини. Захворювання може бути моно мікробним і полі мікробним. Виникає найчастіше після патологічних пологів, абортів, операцій на статевих органах. Основний шлях поширення інфекції – лімфогенний. У перебігу параметриту розрізняють 3 стадії: інфільтрації, ексудації, ущільнення. Ексудат здебільшого буває серозним, нагноєння буває рідко. В особливо важких випадках інфільтрат піднімається заочеревинно, сягаючи параметральної клітковини.

**Клініка.** Постійний тупий біль унизу живота, у крижах, попереку, який з'являється раніше ніж об'єктивні зміни, а також підвищення температури тіла до 38-39 градусів, тахікардія, головний біль, спрага, сухість у роті, погіршення самопочуття, порушення сну, апетиту. При піхвовому дослідженні визначають виразну болючість матки, можна виявити інфільтрат.

**Лікування.** Доцільними є застосування антибактеріальних препаратів, десенсибілізуюча терапія, загальнозміцнююча терапія за загальними принципами лікування запалень додатків матки. При підозрі на нагноєння інфільтрата проводять його пункцію через піхву. Наявність гною в пунктаті є показанням до його розтину і дренивання параметрія.

**Реабілітація хворих.** Для реабілітації хворих слід використовувати фізіотерапевтичні процедури, санаторно-курортне лікування.

### **ПЕЛЬВІОПЕРИТОНІТ**

**Пельвіоперитоніт** – запалення всієї очеревини малого таза. Пельвіоперитоніт, зазвичай виникає вторинно. Первинне вогнище може бути в маткових трубах, яєчнику, матці, клітковині малого тазу. 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 та за поширенням.

**Класифікація.** За характером запалення розрізняють серозно-фібринозний та гнійний пельвіоперитоніт. У гострій стадії серозно-фібринозного процесу відбуваються розлади мікроциркуляції, гіперемія, набряк очеревини. З'являється серозний ексудат, до якого домішуються фібрин, лейкоцити, альбумін. У вогнищі

запалення накопичуються гістаміна, кініни, змінюється рН. Іноді при гнійному пельвіоперитоніті відмежування проходить дуже повільно або не відбувається зовсім – розвивається поширений перитоніт.

**Клініка.** Захворювання супроводжує висока температура, сильний біль унизу живота, озноб, нудота, блювота. Живіт здутий у нижніх відділах, виявляється напруження м'язів, позитивні симптоми подразнення очеревини. При піхвовому дослідженні визначають болючість і ригідність заднього склепіння, при зміщенні шийки матки виникає різкий біль.

#### **Основні принципи лікування**

- 1) антибактеріальна терапія
- 2) корекція водно-електролітного балансу,
- 3) корекція кислотно-лужного стану,
- 4) фізіотерапевтичні процедури.

### **СЕПТИЧНИЙ ШОК**

**Септичний шок** — це пов'язаний із сепсисом стан, який характеризується розвитком циркуляторної недостатності, проявляється артеріальною гіпотензією, підвищенням рівня лактату більше 2 ммоль/л (незважаючи на адекватну інфузію), потребує підтримки рівня артеріального тиску за допомогою вазопресорів.

Згідно з Міжнародним консенсусом щодо визначення [сепсису](#) та септичного шоку (Sepsis-3) діагноз **сепсис** можна встановити, коли є:

- вогнища інфекції;
- індекс шкали SOFA  $\geq 2$  балів.

Розроблена шкала **quick SOFA** — простий спосіб ідентифікувати пацієнтів з **підозрою на інфекцію** — включає такі параметри:

- систолічний артеріальний тиск  $\leq 100$  мм рт. ст.;
- тахіпное (частота дихання  $\geq 22$ /хв);
- оцінка порушення свідомості (шкала коми Глазго  $\leq 13$ ).

#### **Клініка септичного шоку:**

- сепсис;
- гіпотензія, що потребує терапії вазопресорами для підтримки середнього артеріального тиску на рівні не менше ніж 65 мм рт. ст.;
- рівень лактату в сироватці крові перевищує 2 ммоль/л після адекватної інфузійної терапії.

#### **Основні принципи лікування.**

Лікування та реанімацію хворих із сепсисом і септичним шоком необхідно розпочати якнайшвидше. Безпосереднім пріоритетом є ідентифікація та контроль джерела інфекції, а також терапія відповідними антибактеріальними засобами.

Згідно з оновленими рекомендаціями 2018 р. слід протягом **першої години** почати інфузійну терапію, вимірювання концентрації лактату в сироватці крові (як маркера тяжкості захворювання), почати введення вазопресорів та антибіотиків широкого спектра дії, провести бактеріологічне дослідження крові (перед початком антибактеріальної терапії).

Існує поширена думка, що інфузійна терапія повинна починатися з кристалоїдного розчину або нормального фізіологічного розчину чи буферного сольового розчину, такого як розчин Хартмана. Для пацієнтів, які не реагують

на кристалоїди, можна додати альбумін (докази його користі залишаються сумнівними). Гідроксіетилкрохмаль не повинен використовуватися, оскільки він підвищує ризик розвитку гострого ураження нирок і смерті.

**Середній артеріальний тиск** для пацієнтів із септичним шоком, які потребують терапії вазопресорами, має становити більше 65 мм рт. ст. У дослідженні, в якому порівнювали цільовий систолічний артеріальний тиск 65–70 мм рт. ст. і тиск 80–85 мм рт. ст., рівні летальності були однаковими, а в тих групах, де було досягнуто більш високого тиску, виявлено підвищений ризик розвитку фібриляції передсердь.

**Норадреналін** є найбільш часто застосовуваним вазопресором. Вазопресин може бути доданий до норадреналіну, якщо це необхідно для досягнення цільового рівня систолічного артеріального тиску. Показано, що додавання левосимендану до стандартної терапії не впливає на дисфункцію органів або смертність, але пов'язано з більшою кількістю побічних ефектів.

Наразі в рекомендаціях пропонується не застосовувати глюкокортикостероїди, якщо гемодинаміка відновлена за рахунок адекватної вазопресорної підтримки. Якщо зберігається гемодинамічна нестабільність, незважаючи на адекватну терапію, можна додати внутрішньовенно гідрокортизон в дозі 200 мг/добу.

#### **Додаткові стратегії в лікуванні сепсису та септичного шоку**

(Thompson K., Venkatesh B., Finfer S. (2019) Sepsis and septic shock: current approaches to management. Intern. Med. J., 49(2):160-170)

Механічна вентиляція	Цільовий дихальний об'єм — 6 мл/кг маси тіла. Якщо сепсис пов'язаний із гострим респіраторним дистрес-синдромом, то цільовий дихальний об'єм дорівнює 6 мл/кг, тиск плато — 30 см H <sub>2</sub> O в положенні лежачи протягом 16 год щодня. Екстракорпоральна мембранна оксигенація може знизити смертність у пацієнтів у дуже тяжкому стані
Профілактика венозної тромбоемболії	Фармакологічну профілактику з використанням нефракціонованого гепарину або низькомолекулярного гепарину рекомендують за відсутності протипоказань до застосування цих препаратів. Рекомендації щодо немедикаментозної профілактики: панчохи для боротьби з емболіями та розгляд пасивної та ранньої мобілізації
Харчування	Рекомендується ранній початок ентерального харчування. Раннє годування слід починати протягом 48 год. Якщо ентеральне харчування не встановлено повністю протягом тижня, необхідно розглянути парентеральний шлях



Контроль рівня глюкози	Цільовий рівень глюкози в крові становить 6–10 ммоль/л. Вимірювання слід проводити через кожні 1–2 год до тих пір, поки не буде підібрана доза інсуліну, а потім кожні 4 год у пацієнтів, які отримують інфузію інсуліну
Рання мобілізація	Піднімати узголів'я ліжка на 30–45° для пацієнтів з механічною вентиляцією легень. Активна і рання мобілізація повинна починатися, як тільки пацієнт буде у достатньо стабільному стані

## **СЕПТИЦЕМІЯ**

**Септицемія** — форма сепсису, для якої характерна відсутність гнійних метастазів як при септикопемії та швидкий перебіг.

Для септицемії характерні підвищення судинно-тканинної проникності, розвиток фібриноїдних змін стінок судин, алергійних васкулітів, з чим значною мірою пов'язані прояви геморагічного синдрому.

**Етіологія.** Збудниками цього захворювання є хвороботворні бактерії, рідше викликають недуга різні грибки або віруси. Мікроби можуть потрапляти в організм через невеликі відкриті ранки, а також при прогресуванні різних запальних процесів, зокрема гаймориту або запалення нирок (лімфогенним і гематогенним шляхом).

Крім бактерій, поширюються по організму отруйні речовини, які вони виділяють (токсини). Вони призводять до ураження органів, тканин або систем, а також до виникнення токсичного шоку.

**Класифікація.** Залежно від причин виникнення, існує кілька форм зараження крові: септицемія та септикопемія.

Септикопемія характеризується виникненням гнійних вогнищ на різних локусах внутрішніх органах або тканинах організму. Основними збудниками виступають стафілокок і синьогнійна паличка. Хвороба протікає помірно, без яскравого вираження яких-небудь симптомів.

**Геморагічна септицемія** – досить рідкісний тип зараження. Характеризується запаленням шкірного покриву, суглобів, кісток, а також кісткового мозку. Недуга викликає мікроб пастеурелла, шлях передачі – від домашніх тварин. Вірус проникає в організм через укуси, подряпини. На місці пошкодження шкіри формується ущільнення, яке заподіює сильний біль.

У свою чергу, даний тип зараження крові ділиться на кілька форм:

- шкірну – відбувається запалення шкірного покриву людини, шкіра набуває червоний відтінок, виникає набряклість. При дотику до області укусу або подряпини людина відчуває сильний біль;
- легеневу – патологічний процес спостерігається в бронхах і легенях. Симптомами є сильний кашель з відділенням мокротиння і біль у грудях;
- септичну — по мірі розповсюдження вірусу з потоком крові, патологічного процесу піддається все більше органів і тканин.

**Бактеріальна септицемія** – особливий тип сепсису, характерною рисою якого є виникнення гнійних новоутворень на клапанах серця. Також спостерігається збільшення розмірів селезінки і ураження нирок. Найчастіше викликають хворобу стрептококи і стафілококи.

**Диплококова септицемія** – зараження відбувається від проникнення в організм диплококка. Даний процес супроводжується запаленням легенів, кишечника і суглобів. Людина піддається такій формі хвороби дуже рідко.

**Стрептококова септицемія** – наслідок інфекційних захворювань, які були викликані різними групами даної бактерії.

**Вірусна септицемія** – рідкісний тип сепсису, зустрічається у людини. Захворювання вражає внутрішні органи і системи, викликає формування крововиливів під шкірним покривом або на слизових оболонках.

**Септицемія неуточнена** — узагальнене поняття, що включають в себе широкий спектр захворювань невстановленої природи. Такий діагноз ставиться у тих випадках, коли неможливо визначити точний вид мікроорганізмів, що спричинили хворобу. Смерть настає в більшості випадків, оскільки стрімкий перебіг недуги може призвести до летального результату швидше, ніж почнеться лікування.

#### **Клініка**

- висока температура,
- остуда,
- марення,
- задишка з розвитком дихальної недостатності,
- прискорений ритм серцевих скорочень.

**Діагностика.** Діагностика заснована на вивченні аналізів крові, вмісту з вогнища запального процесу, а також здійснюється бактеріологічний посів для уточнення чутливості бактерій до антибіотиків. Апаратне дослідження включає в себе УЗД, необхідне для виявлення ураження внутрішніх органів

**Принципи лікування.** Терапія септицемії повинна здійснюватися тільки в умовах стаціонару. Лікування захворювання проходить аналогічно, як усунення інфекційних недуг, однак при виборі медикаментів варто враховувати причини виникнення даної хвороби. Часто пацієнтам призначають:

- антибіотики та противірусні препарати щодо того, який мікроорганізм став збудником захворювання;
- медикаменти для зниження загальної інтоксикації організму;
- лікарські речовини, спрямовані на корекцію порушених процесів в організмі;
- розчин глюкози – при сильній інтоксикації організму;
- гормональні препарати;
- жарознижуючі засоби.

У випадках геморагічної септицемії, при якій на внутрішніх органах формуються гнійники, призначається лікарське втручання – розтин і очищення гнійників, видалення уражених ділянок, промивання гнійних ран антисептиками.

Під час лікування хворому необхідно забезпечити максимальний спокій і дієтичне харчування. При важкому стані людини цей процес здійснюється

внутрішньовенно. Септицемія характеризується блискавичним перебігом, тому летальний результат настає в більш ніж половині випадків. Крім цього, люди, що перенесли зараження крові, можуть залишитися інвалідами.

Специфічної профілактики захворювання не існує, так як ніхто не захищений від проникнення бактерій всередину організму через подряпини або укуси. Профілактика полягає у своєчасному лікуванні інфекційних захворювань і обробки шкірного покриву при порушенні його цілісності антисептичними речовинами.

## **СПЕЦИФІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ**

### **БАКТЕРІАЛЬНИЙ ВАГІНОЗ.**

Захворювання характеризується появою великої кількості білей з неприємним запахом при відсутності в них патогенних збудників (гонокок, трихомонади, кандіди), а також відсутність візуальних ознак запалення слизової оболонки піхви.

Бактеріальний вагіноз можна розцінювати, як дисбактеріоз піхви в основі якого лежить порушення мікробіоценоза. В нормі рН піхвового секрету складає 3,8-4,2, що обумовлено продукцією молочної кислоти штамами лактобацил. При дестабілізації екосистеми (гормональні порушення, антибіотикотерапія, імунологічні зсуви та ін.) відбувається різке зниження кількості лактобацил, збільшення рН піхвового секрету більше 4,5. При цьому складаються умови для масивного розмноження таких мікроорганізмів як гарднерелли, облігатно-анаеробні бактерії, вегетація яких ще більше пригнічує лактофлору і стимулює ріст різних умовно-патогенних мікроорганізмів.

**Клініка.** Основними симптомами бактеріального вагінозу є значні білі з неприємним запахом. З початку захворювання вони мають рідку консистенцію, білий чи з сіруватим відтінком колір. При тривалому перебігу захворювання вони стають жовтуватого - зеленого кольору, густішими і нерідко нагадують сирну масу, трохи тягучі, рівномірно розподіляються по стінкам піхви.

Кількість білей в середньому - 20 мл на добу. Деякі хворі відчувають локальний дискомфорт. Відчуття свербіння в ділянці вульви, диспареунію. При бактеріальному вагінозі відсутні ознаки запалення стінок піхви, слизова оболонка звичайного рожевого кольору. Кольоскопічна картина характеризується наявністю дистрофічних змін.

**Діагностика.** Практична діагностика дисбіотичних станів піхви викликає значні труднощі, вона складається із сукупності ряду клінічних ознак і лабораторних тестів.

Для постановки діагнозу необхідна наявність трьох симптомів із нижченаведених чотирьох *Критеріїв Амсела (1983р.):*

1. Рідкі гомогенні кремоподібні виділення (інколи пінисті).
2. Позитивний амінний тест (наявність «рибного запаху» після додавання краплі 10%-го розчину КОН).
3. Наявність «ключових клітин» (злущених клітин епітелію піхви, покритих невеликими Грам негативними паличками) при прямій мікроскопії мазка .
4. рН-метрія піхвових виділень - зміщення рН піхвових виділень  $> 4,5$ .

### Основні діагностичні критерії за Амселом, 1983

1. Наявність гомогенних вагінальних виділень із неприємним запахом.
2. Підвищення рН вагінального секрету >4,5.
3. Виявлення «рибного» запаху після проведення амінного тесту чи без нього.
4. Виявлення ключових клітин — вагінальних епітеліоцитів — з адгезованими на них грамваріабельними мікроорганізмами.

Діагноз бактеріального вагінозу встановлюється за наявності у пацієнтки будь-яких трьох із вищенаведених критеріїв

#### Диференційні критерії найчастіших причин виділень з піхви:

Параметр	Норма	Кандидоз	Бактеріальний вагіноз	Трихомоніаз
Симптоми	Відсутні	Свербіж, болісність, диспареунія	Виділення з неприємним запахом,	Виділення з неприємним запахом, печія, контактна кровоточивість, диспареунія, дизурія
При огляді	Виділення білого або молочно-білого кольору, зі звичайним запахом, об'ємом від 1 до 4 мл на добу	Гіперемія та набряк слизової оболонки, густі виділення білого кольору, сирнистого характеру, щільно нашаровані на стінки піхви, шийки матки.	Видалення біло-сірого кольору, у вигляді тонкої плівки, що вкривають стінки піхви	Виділення жовто-зеленого кольору, гіперемія слизової оболонки шийки матки.
рН піхви	4,0 – 4,5	4,0 – 4,5	4,5	5,0 – 6,0
Нітратний тест	Негативний	Негативний	Позитивний (частіше у 70-80% жінок)	Часто позитивний

Нативна мікроскопія	ПЯЛ/ЕК <1, паличкова флора, епітелій +++	ПЯЛ/ЕК <1, паличкова флора, епітелій +++, псевдоміцелій (у 40%), представлений НЕ Candida albicans	ПЯЛ/ЕК <1, зменшення паличкової флори, збільшення кількості кокобацил, у 20% випадків зустрічають на епітеліальних клітин ключові клітини.	ПЯЛ +++++, змішана флора, рухливі трихомонади (у 60% пацієнток)
Мікроскопія мазків, пофарбованих 10% гідроксидом калію	Негативна	Псевдогіфи	Негативна	Негативна
Інші тести при негативному результаті мікроскопії	Негативні	Культуральне дослідження	Культуральне дослідження	Культуральне дослідження, ПЛР
Диференціальний діагноз	Фізіологічна лейкорея	Контактний або алергійний дерматит	Трихомоніаз, атрофічний або десквамативний вагініт	Гнійний вагініт, десквамативний вагініт, атрофічний вагініт, плоский ерозивний лишай.

Примітка: ПЯЛ – паличкоядерні лейкоцити, ЕК – епітеліальні клітини, ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція.

**Лікування** проводиться двохетапно.

I етап - оптимізація фізіологічного піхвового вмісту і корекція місцевого і загального імунітету: інстиляція в піхву 100 мл 2-3% молочної чи борної кислоти щоденно протягом 7 днів. Молочна кислота знижує рН піхви, відновлює кисле середовище, утворює незадовільні умови для розмноження анаеробів і гарднерелл, відновлює лактофлору.

II етап – відновлення нормального мікробного біоценозу піхви. Для цього проводиться місцеве застосування біопрепаратів (лактобактерін, апілак, біфідумбактерін, біфідін) на тампонах. Препарати використовуються інтравагінально по 2,5-3 дози 2 рази на день з 10-12 годинними інтервалами. Курс лікування 7-10 днів.

Використовується також вагілак у вагінальних капсулах для відновлення лактофлори і триховагілак для імунізації маркерованими лактобацилами при трихомоніазі і бактеріальному вагінозі.

### **ТРИХОМОНІАЗ.**

Трихомоніаз викликають вагінальні трихомонади - найпростіші, що відносяться до класу джгутикових. Збудники заносяться статевим шляхом при наявності трихомонад в сечовивідному каналі чоловіків. Позастатеве зараження спостерігається рідко. Розвитку трихомоніаза сприяють екстрагенітальні і гінекологічні (хронічний сальпінгоофорит) захворювання, ендокринні розлади, порушення обміну речовин, гіповітаміноз, бактеріальне забруднення піхви, що супроводжується зниженням кислотності її вмісту. Трихомонадному кольпіту відповідає III або IV ступінь чистоти піхви (II ступінь спостерігається рідко). Трихомонади інтенсивно розмножуються під час і після менструації, що пов'язано зі зміною кислотності вмісту піхви. Інкубаційний період 3-30 діб.

Сечостатевий трихомоноз в більшості випадків є багатоголищевим захворюванням. Основним місцем паразитування трихомонад є слизова оболонка піхви, але часто занурюються в уретру і сечовий міхур. Клініка трихомоноза характеризується тривалістю, якщо своєчасно не проведено належне лікування.

**Класифікація.** Враховуючи тривалість захворювання, розрізняють:

1. свіжий трихомоніаз, де виділяють гостру, підгостру та малосимптомну форми;
2. хронічний - характерний торпідний перебіг і давність захворювання 2 місяці;
3. трихомонадоносійство - відсутність симптомів при наявності трихомонад у вмісті піхви.

**Клініка.** При гострій та підгострій формах захворювання хворі скаржаться на рясні, у великій кількості білі, свербіж, печію в ділянці зовнішніх статевих органів. В дослідженні за допомогою дзеркал виявляють багато рідких, нерідко пінистих, гноєподібних білей, які покривають стінки піхви і накопичуються в задньому склепінні; гіперемію та набряк слизової оболонки піхви та піхвової частини шийки матки.

Хронічний трихомоніаз характеризується тривалістю і рецидивами захворювання. Виникненню рецидивів сприяють порушення статевої гігієни, зниження ендокринної функції яєчників, екстрагенітальні захворювання, що знижують опірність організму до інфекції. Ознаки запального процесу мало виражені, виявляються при кольпоскопії (вогнищеве розширення капілярів, дифузна гіперемія). Діагноз встановлюють після мікроскопії нативних і пофарбованих препаратів.

**Лікування.** При лікуванні трихомоніаза слід дотримуватися наступних принципів:

1. одночасне лікування хворої та її партнера
2. заборона статевого життя під час лікування.
3. усунення факторів, що знижують опірність організму.
4. використання протитрихомонадних речовин на фоні загальних і місцевих гігієнічних процедур.

Лікуванню підлягають хворі при всіх формах захворювання.

З протитрихомонадних речовин найефективніші метронідазол (флагіл, трихопол, орвагіл, кліон), фазижин (тінідазол). При свіжому трихомоніазі метронідазол використовують по схемі: в перший день лікування по 0,5г 2 рази на день, на другий день – по 0,25 г 3 рази на день, наступні 4 дні по 0,25 г 2 рази на день. Метронідазол випускають також в таблетках по 0,5 г для введення в піхву на протязі 10-20 днів. Тінідазол призначають всередину після їжі одноразово в дозі 2000 мг (4 таблетки по 500 мг).

Менш ефективні засоби: трихомонацид та нітазол. Трихомонацид приймають всередину (0,3 г на добу в 2-3 прийоми 3-5 днів) та місцево (супозиторії по 0,05 г протягом 10 днів). Нітазол (трихоцид) використовують у вигляді супозиторіїв по 0,12 г 2 рази на день і всередину по 1 таблетці (0,12г) 3 рази на день.

Рекомендується також введення тампонів після спринцювання з 2,5 % суспензією нітазола. Місцево також використовують вагінальні таблетки «Кліон-Д» по 1 таблетці на день 7 днів.

Контроль виліковності здійснюється протягом 2-3 менструальних циклів. Після закінчення курсу лікування жінки мають знаходитись під диспансерним спостереженням.

### **КАНДИДОЗ ПІХВИ.**

Кандидомікоз - інфекційне захворювання шкіри, слизових оболонок та внутрішніх органів, яке викликається умовно-патогенними дріжджеподібними грибами роду *Candida*. Збудником кандидомікозу найчастіше є види *C. Albicans*, рідше *C. Tropicalis*, *C pseudotropicalis* та інші.

**Патогенез.** Захворювання розвивається при наявності наступних факторів: хронічні хвороби, імунодефіцитні стани, ендокринні захворювання, гіповітаміноз, карієс, передуючі опромінення, травми слизових оболонок, тривала антибіотикотерапія, яка призводить до розвитку дисбактеріозу кишечника. Внаслідок дії цих факторів відбувається підсилене розмноження дріжджеподібних грибів, а надалі - проникнення їх з поверхні слизових оболонок та шкіри всередину тканин. Це призводить до їх некротизації та утворення місцевих патологічних вогнищ.

Підвищена увага до сечостатевого кандидозу обумовлена частою передачею дріжджеподібних грибів від матерій до дітей при проходженні попологовим шляхам, можливістю зараження персоналупологових будинків, можливістю інфікування статевим шляхом, постійним підвищенням кількості пацієнтів з цим мікозом серед гінекологічних хворих страждаючих діабетом, а також серед тих, хто лікувався антибіотиками, стероїдними гормонами та цитостатиками.

**Клініка.** Найбільш постійним симптомом є приступоподібна сверблячка, яка може підсилюватися при незначному торканні до слизової оболонки, часті скарги на печію, виражену частіше при ексудативних піхвових формах. Кількість виділень

може бути різною, а при хронічному перебігу вони можуть бути відсутніми. У виділеннях гриби іноді не виявляються, а на стінках піхви виявляються у великій кількості.

**Класифікація. Виділяють наступні клінічні форми вульвітів:**

1. Гострий та підгострий катарально-мембранозний вульвіт, який проявляється циклічним свербінням з різким загостренням в перед менструальному періоді. При огляді статевих органів виявляється інтенсивна або помірна гіперемія з багряно-синюшним відтінком. Висипка має вигляд дрібних тонкостінних везикул, при порушенні цілісності яких утворюються ерозії з поліциклічними контурами.

2. Хронічний катаральний кандидозний вульвіт зі скаргами на постійне помірне свербіння. Слизові оболонки в стані постійної застійної інфільтрації.

3. Хронічний лейкоплакієподібний вульвіт (атипова форма).

4. Хронічний краурозоподібний вульвіт.

5. Хронічний пруритинозний вульвіт.

6. Змішаний гострий кандидозно-бактеріальний вульвіт.

**Форми кандидозного кольпіта:**

1. Гострий чи підгострий катарально-ексудативно-мембранозний кольпіт. Виявляється дифузна застійна гіперемія, набряк, сухість слизових оболонок, сметаноподібні виділення з піхви.

2. Гострий і підгострий змішаний катарально-ексудативний кандидозно-бактеріальний кольпіт. Наявні обширні ерозії піхвової частини шийки матки, ерозійований ектропіон та крапкові ерозії на стінках піхви. Білі рясні, пінисті, гнійні з неприємним запахом.

3. Підгострий та хронічний катаральний кандидозний кольпіт. Відрізняється невеликою застійною гіперемією слизових оболонок піхви та піхвової частини шийки матки. Піхвовий ексудат має характер вершкоподібних білей в невеликій кількості.

4. Хронічний асимптомний кандидозний кольпіт. У деяких хворих відмічаються петехії або геморагії невеликих розмірів. Піхвові виділення в невеликій кількості напівпрозорі, без неприємного запаху.

**Лікування.** Статеві партнери хворих з кандидозом повинні отримувати відповідну протикандидозну терапію навіть при відсутності у них клінічних ознак кандидозного ураження.

1. Потрібно виключити інші ураження грибком, наприклад, шкіри, волосся, нігтів тощо. При цьому потрібен відповідний курс лікування.

2. Оголити волосся в ділянці статевих органів. Щоденний душ з щільним миттям милом статевих органів і промежини. Заборонити статеві стосунки на час лікування.

3. Пероральний прийом одного з препаратів: нізорал по 0,2г 2 рази на день протягом 10 днів, або орунгал, або пімафуцин.

4. Місцева терапія: піхвові глобули пімафуцина, гіно-травоген, при змішаній флорі поліженакс, при асоціації з трихомонадою - кліон-Д, гінальгін, наксоджин; відповідно по 1-2 глобулі на добу протягом 10-12 днів.

5. Зовнішні статеві органи обом партнерам змащувати кремами: нізорал, клотримазол, пімафуцин.



6. В періоди між курсами лікування рекомендуються спринцювання 2% розчином соди з додаванням 10 крапель 5% йоду на 1л розчину, або розчином калія перманганату 1:5000.

7. При виражених формах кандидозу, або при неефективності лікування курс терапії повторюють тричі з урахуванням менструального циклу.

8. Контроль виліковності: тричі після менструації взяття мазків з піхви.

### **ХЛАМІДІОЗ.**

Хламідійна інфекція викликається мікроорганізмами, які відносяться до роду хламідій - облигатних паразитів здатних до внутрішньоклітинного розвитку. В теперішній час рід хламідій включає 3 види: *Chlamidia trachomatis*, *psittaci*, *pneumoniae*. Останній є збудником антропонозної інфекції, яка передається від людини до людини без посередника. Хламідії вміщують ДНК та РНК, синтезують свій власний ДНК- протеїн. Але забезпечення метаболізму мікроорганізму здійснюється в основному за рахунок життєдіяльності хазяїна.

Хламідіями інфіковані від 500 млн до 1млрд людей. Частота інфікування гінекологічних хворих складає 4-30%, при наявності аднекситу вона дорівнює 20-30%, кольпіту та ендocerвіциту - до 10%.

**Патогенез.** Хламідійна інфекція обумовлює ряд захворювань очей, сечостатевої шляхів, у новонароджених - нижніх відділів дихальних шляхів. Хламідіями можуть бути викликані гострий сальпінгіт, перигепатит. В акушерсько-гінекологічній практиці виділяють хламідійні цервіцити, сальпінгофорити, ендометрити, пельвіоперитоніти, безпліддя. Хламідійна інфекція статевих органів ускладнює протікання та результат вагітності. Інфіковані жінки в 50% випадків передають інфекцію новонародженим з послідовним розвитком в них хламідіоза.

**Клініка.** Наявність хламідій не завжди супроводжується клінічними проявами. Основними скаргами хворих є болі у правому підребер'ї та внизу живота ниючого характеру, іррадіюючі в попереk та пахові ділянки. Періодичні переймоподібні болі з іррадіацією у стегна, дизуричні явища; порушення менструальної функції у таких хворих не спостерігали.

### **Діагностика:**

1. Фарбування мазків по Романовському - Гімзе;
2. Імуноферментний аналіз з використанням моноклональних антитіл, що мічені флюоресцин-ізотіоціанатом;
3. Імунофлюоресцентний метод.

**Лікування.** Основні успіхи в лікуванні неускладненого уrogenітального хламідіозу досягнуті після застосування азитроміцина (1г одноразово перорально), доксицикліна (0,1г 2 рази на день на протязі 7-10 днів) та еритроміцина (0,5г 4 рази на день на протязі 7 днів).

Роваміцин являє собою 16-членний макролід, причиняючи виражену антихламідійну дію (мінімальна концентрація від 0,025 до 1мл), ровамiцин дає менш виражені побічні реакції у вигляді порушень серцевого ритму, нейросенсорних розладів. Контрольні аналізи для визначення ефективності лікування проводять через місяць після прийому антибіотиків.

### **УРЕАПЛАЗМОЗ**

**Уреаплазмоз** — захворювання, що його спричинюють мікроорганізми *Ureaplasma urealyticum* (уреаплазма уреалітікум), які належать до грам-негативних мікробів, позбавлених клітинної стінки.

Уреаплазми можуть роками жити в організмі, не спричинюючи жодної симптоматики і не приводячи до захворювання. Безсимптомне носійство уреаплазми є поширеним та виявляється приблизно у 70 % сексуально-активних жінок та чоловіків; уреаплазма переважно є частиною звичайної мікрофлори статевих органів чоловіків та жінок. Захворювання починається, коли концентрація мікроорганізмів перевищує певний поріг.

#### **Основні шляхи передачі:**

- контактний (під час пологів від матері до дитини, при якому вони можуть зберігатися все життя, перебуваючи в неактивному стані);
- статевий (на даний час залишається найрозповсюдженим варіантом);
- побутовий.

**Клініка.** Симптоми виникають через 3-5 тижнів з моменту зараження. Хворі скаржаться на дискомфорт в паховій ділянці, свербіж при сечовипусканні, виділення з сечівника, мізерні прозорі виділення з піхви, біль внизу живота (при запаленні матки та придатків), диспареунія, підвищення температури. Слід зазначити, що уреаплазмоз проявляється незначними симптомами, які мало турбують хворих, а часто взагалі не проявляється (особливо у жінок).

#### **Діагностика базується на проведенні:**

1. Бактеріологічного посіву - методу, названого «золотим стандартом» при виявленні і визначенні кількості в біологічному матеріалі будь-якого мікроорганізму, в т.ч. бактерій роду *Ureaplasma*, за допомогою діагностичних тест-систем: «Уреаплазма-середовище», «Уреаплазма-АЧ», «Уреаплазма-50», «уреа / Міко-Скрін-АЧ».
2. ПЛР, яка дозволяє визначити вид уреаплазм за наявністю в досліджуваному зразку їх ДНК. За допомогою методу ПЛР в реальному часі можна встановити не тільки присутність, а й визначити кількість ДНК збудника в зразку, що дуже важливо для клінічного трактування отриманих результатів;
3. Серологічні методи (імуноферментний аналіз, метод флуоресцентних антитіл) в даний час не застосовуються.

Основним матеріалом, що надходить в лабораторію для виявлення уреаплазм різними методами, є зіскрібки уrogenітального тракту, перша порція вільно випущеної сечі. Взяття біологічних проб здійснюється не раніше ніж через 14 днів після закінчення прийому антибактеріальних препаратів.

**Лікування.** Після закінчення курсу медикаментозної терапії (через два тижні) проводиться контрольне обстеження, що включає дослідження мікробіоценозу піхви, а через місяць-півтора - повторна ПЛР і бактеріологічний аналіз.

Лікування уреаплазмозу, як правило, проводиться амбулаторно. Оскільки збудник даного захворювання легко пристосовується до різних антибіотиків, часом навіть кілька курсів лікування не приносять результату. У невагітних жінок використовують препарати тетрациклінового ряду (тетрациклін, доксициклін), фторхінолони (офлоксацин, пефлоксацин) і макроліди (азитроміцин, джозаміцин,

кларитроміцин). При вагітності можна застосовувати лише деякі з макролідів, а препарати тетрациклінового ряду і фторхінолони протипоказані.

Рекомендована схема лікування джозаміцином: 500 мг 3 р / добу 7-10 днів.

Даний препарат характеризується доведеною ефективністю щодо хламідійних, уреоплазменних і мікоплазмових інфекцій уrogenітального тракту, а також сприятливим профілем безпеки (відсутністю патологічного впливу на моторику і мікрофлору кишечника, мінімальним ризиком лікарських взаємодій).

### **ГОНОРЕЯ.**

Це венеричне захворювання, збудником якого є гонокок Нейссера. Гонокок - специфічний паразит людини, для якого характерна тріада: внутрішньоклітинне розташування (в лейкоциті), бобовидна форма та Грам негативне забарвлення. Гонокок не утворює справжнього токсину, тільки після загибелі виділяється ендотоксин, котрий викликає дегенеративно - деструктивні зміни в тканинах, утворення стриктур.

Основний шлях зараження - статевий. Частіше джерелами зараження є хворі з торпідною хронічною формою гонореї, гонококоносії. Дуже рідко зараження відбувається побутовим шляхом через предмети вжитку - білизну, рушники. Зараження плоду можливе у внутрішньоутробному періоді, коли гонококи проникають в організм плода під час проходження його по статевим шляхам.

Справжнього імунітету при гонореї немає. Перехворівші можуть заразитись гонореєю неодноразово, перебіг реінфекції такий же гострий як і перше захворювання. Гонорея характеризується переважним враженням слизової органів сечостатевої системи, частіше там де є циліндричний епітелій.

**Класифікація.** Класифікація гонореї основана на трьох принципах: давність захворювання, характер клінічного перебігу, локалізація процесу.

За давністю захворювання виділяють:

1. свіжу форму - до неї відносяться всі випадки з давністю захворювання до 2 місяців.

2. хронічну - давність захворювання більш ніж 2 місяці чи з невстановленим терміном.

Окремо виділяють латентну форму (гонококоносійство), коли відсутні зовнішні ознаки хвороби, але у хворих виявляють гонококи.

За клінічним перебігом виділяють форми:

1. гостра- виникнення захворювання не більше 2 тижнів тому

2. підгостра- від 2 до 8 тижнів

3. торпідна- характеризується стертим початком і перебігом запального процесу, скудними виділеннями з уретри і шийки матки, де знаходяться гонококи.

За локалізацією виділяють:

- гонорею нижнього відділу (вульвіт, уретрит, бартолініт, ендочервіцит, проктит)

- гонорею верхнього відділу (висхідну): ендометрит, сальпінгіт, оофорит, сальпінгооофорит, пельвіоперитоніт. Межею між верхнім і нижнім відділом є внутрішній зів шийки матки.

Інкубаційний період 3-4 дні, іноді до 8 днів. Розповсюдження гонококів найчастіше відбувається висхідним шляхом - уретра, шийка матки, ендометрій, маткові труби, очеревина, чи гематогенним і лімфогенним шляхами.

**Клініка.** Для гонореї нижнього відділу характерна наявність білей слизового або слизово-гнійного характеру. Хворі скаржаться на наявність свербіння, печії в ділянці ураження, біль при ходьбі; при наявності гонорейного уретриту - дизурічні явища (пекучий біль на початку сечовипускання), при враженні прямої кишки - тенезми, печія в задньому проході. Об'єктивно слизова в ділянці ураження - гіперемійована, набрякла з невеликими крововиливами. Для ендочервіциту біль не характерний, виділення гнійні, слизово-гнійні зеленувато-жовтого кольору, тягучі, часто супроводжуються закупоркою вивідних протоків залоз з утворенням ретенційних кіст - ovula Nabothi, в яких довгий час можуть знаходитись гонококи.

При гонореї верхнього відділу на відміну від нижнього відбувається погіршення загального стану хворої, підвищення температури до 38-39 С, нудота, блювота, переймоподібні болі внизу живота, в крижах, в попереку, виділення кров'янисто-гнійні, слизово-гнійні. Бімануальне дослідження різко болісне. Порушення менструального циклу. Часте виникнення ускладнень: піосальпінкс, тубооваріальні абсцеси, гонококові метастази в інші органи та системи. Характерна невідповідність в аналізах крові між високим ШОЕ і відносно невеликим лейкоцитозом, чи навіть нормальним числом лейкоцитів. Для хронічних форм гонореї характерна не вираженість клінічної картини, виявлення гонококів методами провокації.

#### **Діагностика.**

1. Данні анамнезу: скарги, давність захворювання, зв'язок із статевим життям, особливості перебігу, характер менструальної і дітородної функції.

2. Бактеріоскопічне дослідження: мазки беруть з сечовипускного каналу, каналу шийки матки, прямої кишки та забарвлюють за Грамом. При необхідності мазки беруть з великих залоз передвір'я, скеновських залоз. Проводять аналіз осаду сечі. При цитобактеріоскопічному дослідженні мазків виділяють наступні картини:

- в мазку велика кількість лейкоцитів, флори нема, внутрішньоклітинні, позаклітинні гонококи (характерно для гострої гонореї).
- велика кількість лейкоцитів, флори нема, гонококів нема (підозра на гонорею). Флора частіше витісняється наявним, але невиявленим гонококом.
- невелика кількість лейкоцитів і різноманітна мікробна флора (мазок нехарактерний для гонореї).

3. Культуральний метод більш інформативний - посів виділень на поживне середовище асцит-агар, асцит-бульон.

4. Велике значення в діагностиці первинно хронічних форм належить методам провокації, в основі яких лежить штучне утворення умов посиленого кровообігу і виділення гонококів на поверхню слизових оболонок.

#### **Методи провокації.**

- Хімічна - змащують уретру на глибину 1-2 см і пряму кишку на 4см 1-2% розчином нітрату срібла, цервікальний канал - 5% нітрату срібла на глибину 1,5см.

- Термічна - кожен день (3 дні) проводять діатермію, індуктотермію, парафінові, озокеритові аплікації, УВЧ. Кожен день через годину після прогрівання беруть виділення для лабораторних досліджень.
- Фізіологічна - мазки беруть в дні найбільшої кровотечі під час менструації.
- Механічна - масаж уретри через задню стінку на металевому бужі.
- Аліментарна - після споживання гострої, солоної їжі, пива.
- Біологічна - введення гоновакцини 500 млн. мікробних тіл.
- Комбінована.

5. В діагностиці гонореї деяке значення мають зміни в крові - значне збільшення ШОЄ при помірному лейкоцитозі, лімфоцитоз, еозинофілія.

6. В останній час найбільш чутливим методом діагностики є молекулярно-біологічний - полімеразна цепна реакція, яка основана на виявленні збудника по наявності його ДНК в культурі клітин.

**Лікування.** Лікування хворих на гонорею повинно бути комплексним з індивідуальним підходом до кожного хворого. Воно включає антибактеріальну, імуностимулюючу, місцеву протизапальну терапію. Лікування гострої гонореї проводиться в стаціонарі. Призначають постільний режим впродовж всього лихоманкового періоду, механічно і хімічно щадну дієту (вилучення солоного, гострого). Лікування слід починати з ударної дози антибіотика для створення більш високої концентрації в осередку ураження.

Аугументин при свіжій неускладненій гонореї призначається по 375 мг кожні 8 годин, на курс 1,875 г. При ускладненій та хронічній гонореї протягом перших 3 днів по 750 мг препарату кожні 8 годин, інші 2 дні по 375 мг кожні 8 годин.

Сулацилін вводиться внутрішньом'язево по 1,5 г з інтервалом 8 годин. Курсова доза при свіжих формах – 6 г, хронічних і ускладнених – 9 г.

Цефобід внутрішньом'язево по 1г на день, на курс при свіжих формах 3 г, при інших – 5 г.

Для ефективного лікування хворих торпідними і хронічними формами гонореї використовується стимуляція специфічної і неспецифічної реактивності організму: гонококову вакцину вводять внутрішньом'язево з інтервалом 1-2 дні, щоразу збільшуючи дозу на 150-300млн мікробних тіл. Разова доза може бути збільшена до 1,5-2 млрд мікробних тіл, а кількість ін'єкцій до 6-8. При гострій ускладненій гонореї вакцинацію розпочинають з 200 млн мікробних тіл. При торпідній і хронічній формі - місцева вакцинація в підслизову шийки матки, уретри від 50 млн. до 150-200 млн мікробних тіл. Антибіотики призначаються під час і в кінці вакцинотерапії.

Протипоказання: активний туберкульоз, органічні ураження серцево-судинної системи, нирок, печінки, алергічні захворювання, менструації. Недоцільно вводити особам з III ( В ) та IV ( АВ ) групами крові, так як гонококи і гонококова вакцина містять речовину схожу на людський груповий ізоантиген В і мають специфічний цитопатогенний вплив на еритроцити людини.

Для стимуляції неспецифічного опору людини застосовують пірогенал внутрішньом'язево через день, починаючи з 50-100 МПД (мінімальних пірогенних доз), збільшуючи дозу кожної наступної ін'єкції в залежності від температурної

реакції на 10-15 МПД, на курс 6-8 ін'єкцій. Максимальна разова доза 80-100 МПД. Продігіозан вводять внутрішньом'язево в індивідуальній дозі, починаючи з 15 МПД на курс 4 ін'єкції з інтервалом 4-5 днів. Максимальна разова доза 75 МПД. Тимактин сублінгвально по 0,1 г 1раз на курс 3 дні. Тактивін - 0,01% по 0,5 мг п/шк через день, курс 7-8 ін'єкцій. Левамізол- цикли по 150 мг 1раз на добу протягом 3 днів, 4 дня перерва, цикл повторюють, на курс 4 цикли.

Хворим на ускладнену і хронічну гонорею призначають ін'єкції алоє, ФіБС, скловидного тіла, реінфузії опроміненої лазерним світлом власної крові.

Місцеве лікування в гострій стадії протипоказане. Призначають піхвові ванночки 2-5% протаргола, хлорофіліпта, розчину фурациліна. При уретриті - промивання уретри розчином калію перманганату 1:5000, 1:10000, інстиляції 1-2% протарголом, змащування слизової 1% нітрату срібла, при цервіциті - 2% нітратом срібла.

Вилікуваність визначають через 7-10 днів після закінчення лікування антибіотиками, досліджуючи виділення з уретри, каналу шийки матки, прямої кишки. При відсутності гонококів проводять комбіновану провокацію протягом 3 днів досліджують виділення. При відсутності гонококів - виписують до початку менструації. Під час менструації знову беруть мазки, а по закінченні - знову проводять провокацію з дослідженням виділень з піхви протягом 3 днів. При відсутності гонококів - хворі знімаються з обліку.

### **ГЕНІТАЛЬНИЙ ГЕРПЕС**

**Класифікація.** У клінічній практиці виділяють такі варіанти перебігу герпетичної інфекції, зумовленої HSV-1/2: герпетичне ураження слизових оболонок, ока, шкіри (наприклад герпетична екзема), генітальний герпес, ураження центральної нервової системи, вісцеральні форми ураження та генералізований герпес. HSV-1 прийнято називати «лабіальний герпес», HSV-2 — «генітальний герпес», однак 10–15% випадків генітального герпесу зумовлено HSV-1.

**Клініка.** Первинне інфікування вірусом простого герпесу 1-го (herpes simplex virus — HSV-1) або 2-го типу (HSV-2) може мати безсимптомний перебіг або призводити до клінічних проявів. Діагноз підтверджується на основі наявності типових везикульозних уражень, які можуть локалізуватися на статевих губах, кліторі, в зоні задньої спайки, навколо анального отвору і в прямій кишці.

#### **Діагностика.**

1. Лабораторне підтвердження рекомендується у всіх пацієнтів з підозрою на генітальний герпес, використовуючи методи, які безпосередньо демонструють наявність вірусу в статевих органах (урогенітальний (у/г) зіскрібок).

2. Безсимптомним пацієнтам не рекомендується проводити у/г зіскрібок, оскільки він навряд чи підтвердить статус носія.

3. Виявлення ДНК HSV вважається золотим стандартом діагностики.

4. Методи виявлення вірусного антигену, такі як прямий імунофлуоресцентний та імуноферментний аналіз, як правило, не рекомендуються.

5. Безсимптомним пацієнтам не рекомендується серологічна діагностика, але вона може бути корисною у таких груп пацієнтів.

6. Для підтвердження наявності герпесвірусної інфекції можна застосовувати серологічні аналізи: виявлення антитіл проти антигенно унікальних глікопротеїнів gG1 і gG2.

**Лікування.** Перший епізод генітального герпесу часто пов'язаний з тривалою хворобою. Терапія може бути високоефективною і повинна бути розпочата якомога раніше, базуючись лише на клінічних даних.

Основним напрямком терапії герпесвірусної інфекції є застосування противірусних пероральних препаратів курсом на **5–10 днів**:

- ацикловір 400 мг тричі на добу;
- ацикловір 200 мг п'ятьразів на добу;
- фамцикловір 250 мг тричі на добу;
- валацикловір 500 мг два рази на добу (Ib, A)

Для полегшення стану хворого показане призначення місцевих анестетиків (лідокаїн), для застосування в ділянці статевих органів, у вигляді гелю або мазі. У жінок з тяжкою дизурією занурення у воду або фізіологічний розчин може полегшити симптоми.

Для терапії рецидивуючого генітального герпесу рекомендоване дотримання такої схеми лікування:

**Короткий курс:**

- ацикловір 800 мг 3 рази на добу протягом двох днів;
- фамцикловір 1 г 2 рази на добу протягом одного дня;
- валацикловір 500 мг 2 рази на добу протягом трьох днів (Ib, A).

**Альтернативний п'ятиденний курс:**

- ацикловір 400 мг 3 рази на добу протягом 3–5 днів;
- ацикловір 200 мг 5 разів на добу;
- валацикловір 500 мг 2 рази на добу;
- фамцикловір 125 мг 2 рази на добу.

**ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ**

Цитомегаловірусна інфекція (ЦМВІ, цитомегалія) належить до інфекційних процесів з унікальними особливостями взаємодії на рівні «вірус – інфікована клітина» і «вірус – імунна система». Незважаючи на майже загальне інфікування вірусом цитомегалії (як і іншими герпесвірусами), клінічні прояви інфекції з'являються досить рідко – виключно за наявності імунодефіциту. У різних країнах частота інфікування цитомегаловірусом (ЦМВ) коливається від 45 до 98%.

Особливо небезпечною є вроджена цитомегалія, що формується внаслідок внутрішньоутробної передачі вірусу, – так інфікується 1-1,5% плодів. При зараженні плода на ранніх стадіях вагітності можлива його внутрішньоутробна загибель і спонтанний (мимовільний) аборт. У більш пізні терміни захворювання може стати причиною вроджених вад розвитку, при цьому в 10% інфікованих новонароджених виявляють ураження нервової системи (мікроцефалію, затримку розумового розвитку, корчі), органів зору (хоріоретиніт), печінки і селезінки (гепатоспленомегалію, жовтяницю, тромбоцитопенію).

**Шляхи передачі вірусу.** Резервуаром ЦМВ у природі є виключно людина, хвора або носій. Шляхи передачі вірусу різноманітні: його знаходять у крові, сечі, фекаліях, секретах та біоптатах практично усіх тканин організму.

До основних шляхів передачі вірусу цитомегалії належать:

- контактно-побутовий,
- трансфузійний,
- інтранатальний,
- статевий,
- трансплантаційний,
- повітряно-краплинний.

Доведено передачу інфекції від хворої матері до дитини під час пологів і грудного вигодовування.

**Клініка.** Первинне інфікування у доношених дітей без вроджених імунодефіцитів і у дорослих (окрім вагітних та імунокомпрометованих пацієнтів) майже завжди відбувається субклінічно. Цитомегалію розглядають як класичну «опортуністичну» інфекцію, тобто таку, що активується лише на фоні імунодефіциту. Причиною активації ЦМВ нерідко є різкі гормональні зміни – вагітність, оварієктомія. В **імунокомпетентних осіб** інфекція, як правило, має безсимптомним перебіг. В окремих випадках клінічна картина нагадує інфекційний мононуклеоз, викликаний вірусом Епштейна-Барра.

В **імунокомпрометованих осіб** цитомегаловірусна інфекція може уражати різні органи і системи з розвитком пневмонії, міокардиту, енцефаліту, асептичного менінгіту, тромбоцитопенії, гемолітичної анемії, гастриту, гепатиту, ретиніту тощо. Нерідко розвивається дисемінована форма ЦМВ. Найбільш частим проявом ЦМВІ при СНІДі є ретиніт (85%), рідше – езофагіт, коліт, полірадикулопатія, вентрикулоенцефаліт.

**Діагностика.** Встановлення діагнозу цитомегаловірусної інфекції ґрунтується на виявленні симптомів ураження відповідних органів з одночасним виявленням вірусу в них. Обстеження проводять вірусологічним, цитологічним та серологічним методами.

Для діагностики ЦМВІ необхідно використовувати не менше 2-3 лабораторних тестів. Досліджують слину, бронхоальвеолярні змиви, сечу, ліквор, кров, грудне молоко, секційний матеріал, біоптати. У зв'язку з термолабільністю вірусу матеріал для дослідження повинен бути доставлений до лабораторії не пізніше ніж за чотири години від моменту забору.

За останні роки найширшого розповсюдження отримав метод ІФА, який дозволяє виявити антиген ЦМВ і специфічні антитіла класів G та M. Виявлення IgG має другорядне значення і повинно здійснюватись одночасно з виявленням IgM, особливо з метою діагностики первинної інфекції. При виявленні IgG аналіз рівня їх авідності (здатності утримувати антиген) може допомогти в диференціації між активною і персистуючою інфекцією. Показник індексу авідності (ІА) до 35% указує на гостру інфекцію, від 36 до 41% – на стадію реконвалесценції, більше 42% – на наявність у сироватці крові високоавідних антитіл до ЦМВ.

**Лікування.** Ефективне лікування можливе лише за умови одночасного застосування ефективних противірусних засобів і корекції клітинної ланки імунної відповіді.

Валацикловір (вальтрекс) при добовій дозі 2-3 г дозволяє забезпечити його достатню концентрацію в тканинах, а отже і ефективність лікування.



Ганцикловір (цимевен у дозі 5-10 мг/кг/добу внутрішньовенно) на сьогодні є дійсно високоефективним етіотропним засобом для лікування цитомегаловірусної інфекції.

Серед нових, але недостатньо вивчених нуклеозидних засобів – фамвір (фамцикловір по 500-1000 мг/добу) і денавір (пенцикловір).

За останні роки кількість тимічних пептидів синтетичного походження суттєво зросла. Ефективним тимоміметиком вважається тимозин (тимозин  $\alpha$ -1, задаксин), який застосовують при імунодефіцитних станах з переважним ураженням клітинної ланки, у комплексній терапії гепатитів В і С, цитомегаловірусної та інших герпесвірусних інфекцій

Рекомбінантні аналоги інтерферону або індуктори його синтезу призначають у разі зниженої продукції цього цитокіну в організмі. Серед показань для застосування препаратів рекомбінантного інтерферону – гострі і хронічні вірусні захворювання. У таких випадках він може мати як етіотропний (протівірусний), так і патогенетичний (імуностимулюючий) вплив. На жаль, застосування засобів інтерферону при ЦМВІ на сьогодні вивчено енедостатньо і обмежується декількома пілотними дослідженнями.

### **ВІРУС ПАПЛОМИ ЛЮДИНИ (ВПЛ)**

Вірус папіломи людини – це поширена інфекція генітального тракту. Даний збудник зустрічається практично у кожного шостого жителя планети. При зараженні збудник потрапляє в епітеліальні клітини, порушуючи процес ділення, активує розвиток різних захворювань. Переважно, вірус вражає органи сечостатевої системи, аноректальну ділянку.

**Класифікація.** Захворювання, які виникають при зараженні ВПЛ:

1. Формування гострих кондилом.
2. Розвиток папіломатозу респіраторного тракту.
3. Ураження статевих органів з розвитком пухлинного процесу.

В даний час відомо більше 100 типів ВПЛ. Деякі з них відносно безпечні для здоров'я людини, інші можуть активувати розвиток онкологічних процесів. Найчастіше клінічні ознаки захворювання на перших етапах не проявляються. Зазвичай перші симптоми виникають після дії провокуючих факторів.

За онкологічною активністю такі віруси класифікують на:

1. Штами з високим онкогенним ризиком (18, 16, 31, 33 і т.д.);
2. Штами з низьким онкогенним ризиком (6, 11, 32, 40-44, 72).

Низько онкогенні штами вірусів призводять до виникнення бородавок і папілом шкірних покривів на поверхні тіла. Високо онкогенні штами викликають утворення кондилом в аногенітальній зоні, на поверхні шийки матки у жінок і статевого члена у чоловіків. Тривала дія на організм 16,18, 31,33 типів вірусу може призвести до дисплазії шийки матки і більш небезпечного захворювання - раку шийки матки. Однак, навіть при наявності в організмі ВПЛ високо онкогенного ризику онкологічна патологія розвивається далеко не завжди.

**Основні шляхи передачі:**

1. вертикальний - під час проходження по родових шляхах жінки інфікованої ВПЛ, новонароджений може заразитися.

2. аутоінокуляційний - самозараження (перенесення з однієї ділянки тіла на іншу) під час проведення епіляції або гоління.

3. контактнo-побутовий – вірус папіломи людини деякий час залишається життєздатним в навколишньому середовищі. Тому ним можна заразитися після відвідування громадських місць (лазня, спортивний зал, басейн).

4. контактний – можливе зараження через раньову поверхню на шкірі або слизових оболонках (ссадна, рани, забої).

5. статевий - найпоширеніший шлях зараження.

**Діагностика.** Діагностувати наявність ВПЛ потрібно поетапно, для цього використовується ряд фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень.

1. Огляд лікарем. З його допомогою можна виявити наявність бородавок. При виявленні кондилом в аногенітальної ділянки, проводиться обов'язково дослідження шийки матки. Також можливе проведення уретроскопії.

2. Кольпоскопія. Проводять специфічні тести з оцтовою кислотою і розчином Люголя. З їх допомогою можна визначити наявність атипових клітин, ознаки ВПЛ інфекції та раку шийки матки.

3. Цитологічне дослідження. Забирають мазки слизової шийки матки за Папаніколау. Це скринінгове дослідження на наявність передракових і онкологічних клітин в стінці піхви або шийки матки.

4. Також можуть проводитися гістологічне дослідження тканин, виявлення захворювань, що передаються статевим шляхом з якими часто асоціюється ВПЛ інфекція. Високу діагностичну цінність має метод ПЛР. З його допомогою можна ідентифікувати штами ВПЛ.

**Лікування.** Повністю усунути вірус з організму пацієнта неможливо. Лікар може боротися тільки з наслідками життєдіяльності інфекційного агента. В якості загальної терапії можуть застосовуватися симптоматичні засоби, противірусні та препарати, що стимулюють імунні процеси. Для боротьби з різними видами кондилом можуть застосовуватися:

1. Кріодеструкція, електрокоагуляція, припікання лазером або хімічними речовинами. Такі методи ефективні для позбавлення від гострокінцевих кондилом.

2. Для видалення ураженої ділянки на поверхні шийки матки (дисплазія, кондилома) застосовують електрохірургічні методи лікування.

### **ТУБЕРКУЛЬОЗ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.**

Однією з позалегенових локалізацій туберкульозу є туберкульоз статевих органів. За даними клінічних спостережень та експериментальних досліджень ураження статевих органів - це вторинний процес, а не самостійне захворювання. Туберкульоз статевих органів часто поєднується з туберкульозом легень, рідше - з туберкульозним ураження кишечника та очеревини.

Збудник туберкульозу відноситься до роду мікобактерій сімейства актиноміцетів класу шизоміцетів. З первинного вогнища мікобактерії заносяться в систему статевих органів здебільше гематогенним шляхом, рідше лімфогенно чи по ураженій туберкульозом очеревині. Найчастіше вражаються маткові труби, що пов'язане з особливостями їх кровопостачання, яке здійснюється матковою та

яєчниковою артеріями з численними анастомозами у яких сповільнюється циркуляція крові. Ця особливість сприяє зсіданню мікобактерій в тканинах труб.

### **Класифікація.**

*I. За локалізацією:* туберкульоз маткових труб, матки, яєчників, піхви та вульви.

*II. За наявністю анатомо-функціональних змін:* З анатомо-функціональними змінами; Без анатомо-функціональних змін.

*III. За характером змін:* Продуктивні, Проліферативно-ексудативні, Казеозний розпад, Рубцево-злукова форма.

*IV. За перебігом:* Гострий, Підгострий, Хронічний.

Перші ознаки захворювання нерідко виникають у період статевого дозрівання. У більшості хворих процес перебігає з мізерною симптоматикою. Нерідко єдиною скаргою є неплідність або порушення менструального циклу.

Туберкульоз маткових труб частіше буває двохстороннім. Уражений покривний епітелій місцями підторгується, фімбрії труб злипаються, у результаті чого може виникнути сактосальпінкс. Труба подовжується, її ампулярний канал ретортоподібно розширюється. Розвиток склеротичних змін веде до деформації труб, порушення їх функції.

При туберкульозі матки найчастіше вражається слизова оболонка, рідше міометрій. Тривалий час процес локалізується у функціональному шарі, відторгнення якого відбувається під час менструації. Пізніше розвиваються фіброзні процеси, утворюються зрощення, що деформують порожнину матки. У випадку казеозної форми при звуженні внутрішнього зіву і приєднанні вторинної інфекції може утворитися піометра. Туберкульоз ендометрію в стадії склерозування може бути причиною маткової форми аменореї.

Туберкульоз шийки виникає як низхідний процес при ураженні ендометрію. Може бути у продуктивній чи виразковій формі.

Туберкульоз яєчників виникає рідше ніж попередні форми. Процес уражає покривний епітелій яєчників і очеревину поблизу (періоофорит).

### **Діагностика. Анамнез:**

- Високий індекс інфекційних захворювань, перенесених у дитячому віці.
- контакт з хворими на туберкульоз.
- наявність залишкових специфічних змін або їх наслідків у легенях або інших органах.
- виникнення запальних процесів у додатках матки у пубертатному віці до початку статевого життя.
- первинна аменорея при наявності двобічного сальпінгоофориту у хворої молодого віку.

*При бімануальному дослідженні* при продуктивній формі - збільшені додатки, обмежена їх рухливість, больова реакція; при мікоровогнищевих змінах - малорезультативне.

*Підшкірне введення туберкуліну* (туберкулінова проба). Загальна реакція спостерігається при всіх локалізаціях туберкульозу. Вогнищева реакція - посилення болю внизу живота, пастозність, біль в області додатків матки, при вираженій реакції - напруження м'язів живота. Вогнищева реакція триває 2 доби.

*Посів виділень статевих шляхів на мікобактерії туберкульозу (не менше 3-х досліджень)*

*Гістеросальпінгографія:* подовження і розширення цервікального каналу та перешийка, синехії, деформації, часткова або повна облітерація порожнини матки, ригідність труб, дивертикулоподібні розширення їх в ампулярному відділі, негомогенні тіні у дистальних відділах маткових труб. Рентгенологічно при туберкульоз маткових труб - нерівність контурів закритих і потовщених в ампулярному відділі, ригідність, відсутність перистальтики, чоткоподібність контурів; наявність китцеподібних розширень, гідросальпінксів з дивертикулоподібними контурами, кальцифікація.

*Лапароскопія:* туберкульозний характер захворювання виявляється за наявністю горбиків на вісцеральній очеревині, яка покриває додатки матки, а також вогнищ інкапсульованого казеозу.

*Діагностичне вишкрібання матки з гістологічним та мікробіологічним дослідженням.* У мазках серед лейкоцитів, лімфоцитів та еритроцитів знаходяться гігантські клітини (клітини Ландгханса, які характерні для туберкульозного процесу).

*Посів менструальної крові - тричі протягом однієї менструації.*

*Бактеріоскопічне, бактеріологічне дослідження секрету шийки матки, виразкових поверхонь, ексудату після пункції заднього склепіння.*

*Рентгенологічне дослідження легень.*

*Посів сечі на мікобактерії туберкульозу (сечу збирають катетером).*

### **Лікування (хіміотерапія).**

#### Препарати I групи (найбільш ефективні):

Рифампіцин- добова доза 10мг/кг 1 раз на добу за 30 хвилин до їжі, для внутрішньовенного введення розчинити ампулу препарату в 2,5 мл води для ін'єкцій з 125мл 5% глюкози, застосовувати кожен день чи 2-3 рази на тиждень; фтівазид- по 0,5 2-3 рази на добу, після їжі; ізоніазид- по 0,3 2-3 рази на добу (по 10-15мг/кг).

#### Препарати II групи (середньої ефективності):

Етамбутол- по 25мг/кг, тричі на добу; етіонамід - у таблетках по 0,25г 3 рази на день, у свічках- по 1,5г, внутрішньовенно по 0,5-0,75г один раз на день; флоріміцин- розчинити у 3-4 мл 0,25% новокаїні і у дозі 0,75-1г внутрішньом'язево 4-5 раз на тиждень; циклосерин - по 0,25г 3-4 рази на день усередину.

#### Препарати III групи (помірної активності):

ПАСК по 0,2 г/кг на добу, частіше призначають по 3г 3-4 рази на добу. 3% розчин ПАСК вводять внутрішньовенно крапельно у дозі 300-500мл.

Створені нові багатокомпонентні препарати з фіксованими дозами кількох основних протитуберкульозних препаратів. Ці препарати при правильному використанні добре переносяться хворими. Важливо також, що їх використання зручне для хворих і медичного персоналу. До таких препаратів відносяться: Ріфатер, рифінах, трикокс, ізозид, тебесіум.

### **Показання до оперативного лікування:**

1. Казеозне ураження додатків, піосальпінкс, піоварій
2. Наявність норіць

3. Активний процес у разі неефективності консервативної терапії
4. Неактивний процес зі значними рубцево-злукковими змінами, які порушують функції тазових органів
5. Туберкульоз у поєднанні з гінекологічними захворюваннями ( пухлини, ендометріоз та ін.), що вимагають оперативного втручання.

**Ведення хворих з тубооваріальною пухлиною.** Проводиться антибактеріальна, десенсибілізуюча, протизапальна, детоксикаційна, імуностимулююча терапія. Вибір антибіотиків проводиться за загальноприйнятими принципами. Бажаними є пункції гнійників через заднє склепіння вагіни, відсмоктування гнійного вмісту та введення антибіотика. Можна проводити трансвагінально дренивання гнійника під контролем ехографії. Можливо проводити спорожнення гнійника при лапароскопії, гній аспірують, промивають порожнину антисептиком та антибіотиком.

**Показання до оперативного лікування тубооваріального гнійника:**

1. відсутність ефекту від комплексного лікування з використанням пункції чи лапароскопічного дренивання протягом 2-3 діб
2. підозра на перфорацію гнійника.

Об'єм оперативного втручання вирішується індивідуально і залежить від поширення процесу, наявності супутніх захворювань, віку жінки.

**Реабілітація жінок, що перенесли запальні процеси.** Виділяють три рівні реабілітації: перший – клінічне одужання, зникнення анатомічних змін, нормалізація картини крові; другий – відновлення ендокринної функції статевої системи; третій – відновлення адаптаційно-захисних механізмів і репродуктивної функції. Відповідно рівня реабілітації потрібно дотримуватись етапності і послідовності терапевтичних міроприємств. В основу реабілітаційного методу лікування в період стійкої ремісії повинен бути покладений принцип впливу фізичними і не медикаментозними факторами з урахуванням особливостей менструальних циклічних процесів в організмі.

**V. План організації заняття**

Організаційний момент	2%	навчального часу
Мотивація теми	3%	навчального часу
Контроль вихідного рівня знань	20%	навчального часу
Самостійна робота студентів	35%	навчального часу
Контроль остаточного рівня знань	20%	навчального часу
Оцінка знань студента	15%	навчального часу
Узагальнення викладача, завдання додому, зауваження	5%	навчального часу

**VI. Основні етапи заняття**

В навчальній кімнаті проводяться контроль початкового рівня знань матеріалу з використанням таблиць і муляжів. Розбираються питання загальних та спеціальних методів обстеження гінекологічних хворих. По малюнках вивчаються різноманітні методи обстеження гінекологічних хворих. На фантомі проводиться ознайомлення студентів з методикою проведення гінекологічного огляду.

Потім заняття проводяться у відділення, де студенти розподіляються на підгрупи по 2-3, проводять курацію хворих під керівництвом викладача в гінекологічному відділенні.

В другій половині заняття проводиться визначення кінцевого рівня засвоєння матеріалу розв'язуванням ситуаційних задач.

1. Підготовчий етап — мотивація теми, контроль базового й основного рівня знань, призначення завдання для самостійної роботи.

2. Основний етап — самостійна робота студентів під контролем викладача: робота з навчальною літературою при низькому рівні базових знань, а також із навчальними посібниками. Курація гінекологічних хворих. Самостійне розв'язання ситуаційних задач та їх складання. Аргументація плану ведення та обстеження гінекологічних хворих.

3. Заключний етап — контроль кінцевого рівня знань, узагальнення, оцінка роботи кожного студента. Завдання додому.

#### **VII. Методичне забезпечення.**

Місце проведення заняття — учбова кімната, жіноча консультація, відділення оперативної та консервативної гінекології, лабораторія.

Оснащення — таблиці, слайди, муляжі, інструментарій.

#### **VIII. Контрольні запитання та завдання**

1. Частота запальних захворювань жіночих статевих органів.  
Класифікація.

2. Клінічне значення поняття про нормальний мікробіоценоз піхви жінки.

3. Фізіологічні захисні механізми в системі жіночих статевих органів.

4. Шляхи розповсюдження інфекції.

5. Фактори, що сприяють інфікуванню геніталій.

6. Вульвіт, вагініт, ендоцервіцит.

7. Ендометрити. Клініка. Діагностика. Лікування.

8. Клініка та перебіг сальпінгоофоритів. Особливості терапії.

9. Сучасні поетапні загальні принципи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів.

10. Ускладнення запальних захворювань жіночих статевих органів. Особливості лікарської тактики.

11. Пельвіопреитоніт.

12. Параметрит.

13. Профілактика запальних процесів жіночих статевих органів.

14. Етіопатогенез, клініка, сучасна терапія трихомоніазу

15. Бактеріальний вагіноз. Сучасні погляди на етіологію та діагностику.

16. Клініка та принципи лікування бактеріального вагінозу.

17. Кандидоз піхви. Збудники та патогенез кандидозів.

18. Клінічні форми вульвітів та форми кандидозного кольпіту.
19. Сучасні принципи лікування кандидозу .
20. Вірусні інфекції (генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, папіломавірусна інфекція). Клініка. Діагностика. Лікування.
21. Хламідіоз.Клініка. Діагностика. Лікування.
22. Гонорея. Етіопатогенез. Класифікації. Клініка.
23. Діагностика та сучасна терапія гонореї.

#### **XI. Завдання для позааудиторної роботи**

- 1.Сексуальні розлади у жінок.
- 2.Експертиза тимчасової втрати працездатності у разі гінекологічних захворювань.
- 3.Фізіотерапевтичне та санаторно-курортне лікування гінекологічних хворих.

#### **XII. Тестові завдання**

1. При запальних захворюваннях жіночих статевих органів відзначається:
  - A. переважання асоціацій мікроорганізмів
  - B. зростання числа анаеробів і вірусів
  - C. наявність хламідій і мікоплазм
  - D. правильні відповіді B) і C)
  - E. усі відповіді правильні
2. До збудників неспецифічних запальних захворювань жіночих статевих органів відноситься:
  - A. стафілокок
  - B. хламідії
  - C. гонокок
  - D. гарднерела
3. Госпітальна інфекція найчастіше зумовлена:
  - A. золотистим стафілококом
  - B. грамнегативною флорою
  - C. анаеробами
  - D. асоціацією мікроорганізмів
  - E. нічим з перерахованого
4. Найбільш часте ускладнення, що зустрічається при використанні ВМС:
  - A. істміко-цервікальна недостатність
  - B. позаматкова вагітність
  - C. звичний викидень
  - D. гостра інфекція малого тазу
  - E. тромбоз вен тазу
5. Хворим з кістою бартолінієвої залози рекомендується:
  - A. УФО
  - B. лікування тільки в стадію загострення запального процесу
  - C. оперативне лікування - вищущування кісти бартолінієвої залози в стадію ремісії
  - D. правильні відповіді A і B
  - E. усі відповіді правильні

6. У хворих з хламідійним цервіцитом (поза вагітністю) найменш ефективний:

- A. доксициклін
- B. еритроміцин
- C. морфоциклін
- D. ампіцилін
- E. тетрациклін

7. Мікробними агентами, що викликають розвиток TORCH-синдрому є:

- A. Всі перераховані
- B. Хламідії
- C. Токсоплазми
- D. Вірус простого герпесу
- E. Цитомегаловірус

8. Для лікування уrogenітального трихомоніазу використовують наступні препарати:

- A. Метронідазол, Орнідазол;
- B. Метациклін, Доксициклін;
- C. Медрол, Ітраконазол;
- D. Макропен, Еритроміцин;
- E. Бензилпеніцилін, Амоксиклав;

9. Бактеріоскопічна ідентифікація гонококів ґрунтується на таких ознаках, крім:

- A. парності коків;
- B. нерухомості;
- C. грам-позитивності;
- D. внутрішньоклітинного розташування;
- E. бобовидної форми.

10. Піхвові гарднерели – це:

- A. факультативні анаероби;
- B. факультативні аероби;
- C. облігатні анаероби;
- D. облігатні аероби;
- E. усе назване вірно.

### **XIII. Ситуаційні задачі**

1. Хвора С. звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на свербіж та печіння в ділянці зовнішніх статевих органів та у піхві, біль при статевому акті, гноєподібні виділення. При огляді: шкіра та слизова оболонка в області зовнішніх статевих органів гіперемована, стінка піхви гіперемована, болюча, виділення гноєподібні, шийка матки гіперемована, циліндричної форми, вічко закрите. Тіло матки та придатки без особливостей, склепіння глибокі. Поставити попередній діагноз, скласти план дослідження хворої, призначити лікування.

2. Хвора В. скаржить на біль внизу живота, сукровичні виділення, які з'явилися через 3 дні після проведення діагностичного вишкрібання матки.



Температура 38,7 °С, пульс — 100 уд. за 1 хв. задовільних властивостей. При огляді: живіт м'який, чутливий у нижніх відділах, симптомів подразнення очеревини немає. З боку зовнішніх статевих органів патології немає. Піхва містка, шийка матки циліндрична, вічко закрите, виділення кров'янисті, з неприємним запахом. Тіло матки трохи збільшене, м'якої консистенції, болюче. Додатки не пальпуються, параметрії вільні. Поставити попередній діагноз, скласти план дослідження, призначити лікування.

З Хвора М. Доставлена в стаціонар каретою швидкої допомоги зі скаргами на різкі болі внизу живота, підвищення температури до 39,9 °С. Тиждень тому з метою переривання вагітності ввела в шийку матки катетер. При огляді: живіт напружений, різко болючий при пальпації. Симптом подразнення очеревини позитивний в нижніх відділах до рівня пупка. При вагінальному дослідженні: зовнішні статеві органи без особливостей, піхва містка, шийка матки циліндрична, вічко пропускає кінчик пальця, виділення гнійні. Склепіння вкорочені, заднє випнуте, різко болюче. Тіло матки та додатки пальпувати неможливо внаслідок болючості та напруження живота. Поставити попередній діагноз, скласти план дослідження, призначити лікування.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

### Основна

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров'я України». -2018.- 504 с.
2. Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
3. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
4. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
5. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров'я України» - С.542.
6. V.I. Hryshchenko, M.O. Shcherbyna, B.M. Ventskivskyi et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
7. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

### Додаткова

1. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
2. МОЗ України Наказ № 2264 «Клінічна настанова, заснована на доказах «Аномальні вагінальні виділення»» від 15.12.2022
3. EAU. Guidelines of chronic pelvic pain. 2014. 132 p.

4. Стюарт Г. Ралстон Ян, Д. Пенман, Марк В.Дж. Стрекен, Річард П. Гобсон «Медицина за Девідсоном: принципи і практика», 23-є видання: у 3 томах. Том 3. ВСВ «Медицина», 2021, 664 с.
5. International evidencebased guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Monash University, Melbourne Australia 2018:198 p.
6. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015
7. DC Duttas textbook on gynecology, six edition/ New Dehli-London-Philadelphia, 2013
8. Кравченко О.В, Карлійчук Є.С., Ясинська С.М. Акушерство і гінекологія. Obstetrics and Gynecology: (Educational manual). - Чернівці: БДМУ, 2012.
9. Наказ МОЗ України від 18.05.2022 №823 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою»».
10. МОЗ України, вересень 2017 № КНп 2017-117 «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, «Урогенітальний хламідіоз»».
11. МОЗ України, вересень 2017 № КНп 2017-118 «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, «Урогенітальний кандидоз»».
12. МОЗ України, вересень 2017 № КНп 2017-119 «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, «Захворювання шкіри та слизових оболонок, що спричинені вірусами папіломи людини»».
13. МОЗ України, вересень 2017 № КНп 2017-120 «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, «Урогенітальний мікоплазмоз»».
14. МОЗ України, вересень 2017 № КНп 2017-121 «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, «Сифіліс»».
15. МОЗ України, вересень 2017 № КНп 2017-122 «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, «Гоніококова інфекція»».
16. МОЗ України, вересень 2017 № КНп 2017-123 «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, «Урогенітальна трихомонадна інфекція»».