

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

**Навчально-науковий інститут громадського здоров'я та профілактичної
медицини**

факультет медичний № 1

кафедра акушерства і гінекології № 1

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ

«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»

НРК5 «Лабораторна діагностика в клінічній практиці (в тому числі акушерство та гінекологія; неврологія; психіатрія та наркологія; оториноларингологія; офтальмологія)»

Модуль 1 «Акушерство та гінекологія з оцінкою результатів досліджень»

Тема: «Запальні захворювання жіночих статевих органів. Неплідний шлюб».

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ IV КУРСУ Навчально-наукового інституту громадського
здоров'я та профілактичної медицини**

Освітній рівень: перший (бакалаврський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я та соціального забезпечення»

Спеціальність: 224 «Технології медичної діагностики та лікування»

Освітня програма: «Лабораторна діагностика»

«Затверджено»

На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №1
протокол №19 від 24.06. 2025 р.
Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №1,
професор Говсєєв Д.О.



КИЇВ 2025-2026

УДК 618 (072)

2025–2026 навчальний рік

Методична вказівка Модуль 1 «Акушерство та гінекологія з оцінкою результатів досліджень»

Тема: «Запальні захворювання жіночих статевих органів. Неплідний шлюб»

для студентів за освітнім рівнем перший (бакалаврський), спеціальність І6 «Технології медичної діагностики та лікування», 4 курсу, Навчально-наукового інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини

Розробники:

- завідувач кафедри акушерства і гінекології №1, д.м.н., професор Говсєєв Д.О.,
- доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Цапенко Т.В.,
- доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н.Поладич І.В.,
- доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н.Прилуцька А.,
- асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Купчік В.І.

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Тема: «Гнійно-септичні захворювання жіночих статевих органів»

I. Актуальність теми

Запальні захворювання статевих жіночих органів жінок (ЗЗСО) займають перше місце в структурі гінекологічних захворювань і становлять 60-65% серед усіх гінекологічних захворювань. Серед хворих на ЗЗСО – 75% становлять жінки, молодші 25 років (від 16 до 25 років), із них $\frac{3}{4}$ тих, що мали пологи.

Запальні захворювання є найголовнішою причиною негормонального безпліддя, ектопічних вагітностей, невиношування, відіграють певну роль в розвитку плацентарної дисфункції, захворюваності плода та новонародженого. Треба мати на увазі, що запалення нижнього відділу статевих органів можуть привести до виникнення передракової патології шийки матки (ектопії, дисплазії), тіла матки (лейоміома). Знання причин, методів діагностики та лікування запальних захворювань жіночих статевих органів необхідно лікарю будь-якого профілю в його практичній діяльності.

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$),

- із частотою запальних захворювань жіночих статевих органів.

Засвоїти ($\alpha=2$) :

- Причини та патогенез розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів
- Фактори ризику запальних захворювань жіночих статевих органів
- Класифікацію запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Діагностика запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Клініка запальних захворювань жіночих статевих органів
- Лікарська тактику запальних захворювань жіночих статевих органів
- Методи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів
- Методи профілактики виникнення запальних захворювань жіночих статевих органів.

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

- Збирати гінекологічний анамнез
- Виконувати гінекологічне дослідження.
- Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних).

Вміти ($\alpha=4$):

- Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні запальним захворюванням жіночих статевих органів.
- Скласти план обстеження для діагностики запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Оцінити результати основного та додаткового обстеження при запальних захворюваннях жіночих статевих органів.

- Провести діагностику запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Визначити фактори ризику виникнення запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Визначити тактику ведення хворих з запальними захворюваннями жіночих статевих органів.
- Призначати лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органів.
- Визначити показання до оперативного лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органах.
- Скласти план щодо реабілітації хворих з запальними захворюваннями жіночих статевих органів.

III. Виховні цілі

- Виховна (навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та толерантного відношення до вагітної, роділлі, породіллі, гінекологічної хворої);
- Наукова (навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування);
- Творча (надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення);
- Відповідальна (розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій).

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

№ № п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			
11.	Анатомія людини	Анатомію зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Дати характеристику будови жіночих статевих органів
22	Гістологія	Гістологічну будову матки, молочних залоз	Оцінити результати гістологічного дослідження
33	Патологічна анатомія	Гістологічну будову фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз	Оцінити результати гістологічного дослідження
4	Топографічна анатомія	Взаєморозташування жіночих статевих органів з органами сечовидільної та травної системи.	Диференціювати утворення органів малого тазу
5	Хірургія	Клініку та діагностику запальних захворювань жіночих статевих органів	Надати невідкладну допомогу при запальних захворюваннях жіночих статевих органів
Забезпечувані дисципліни			
11	Сімейна медицина	Клініку, діагностику, методи	Діагностувати і складати

		лікування запальних захворювань жіночих статевих органів	план обстеження та лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органах
Внутрішньопредметна інтеграція			
11.	Методи дослідження в гінекології	Основні та додаткові методи обстеження в гінекології	Провести гінекологічне обстеження. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень та додаткових методів обстеження

V. Зміст навчального матеріалу

Запальний процес у статевих органах жінки являє собою перш за все інфекційний процес, у виникненні якого можуть відігравати різні мікроорганізми. Спектр збудників, які викликають запалення внутрішніх жіночих статевих органів, достатньо широкий і включає бактерії, які звичайно колонізують піхву, та нижній відділ цервікального каналу (індигенну флору), а також збудників, що передаються статевим шляхом. Не втратили свого значення такі збудники, як стрептокок, стафілокок, кишкова паличка, протей та інші. Дослідженнями останніх років доведено роль анаеробної інфекції, її монокультура досягає 20%, поліанаероби – 44%, облигатні та факультативні анаероби – 37,7%.

Морфологічні прояви вражаючої дії збудників:

- некробіотичні зміни в клітинах;
- місцеві розлади кровообігу (крововиливи, тромбози, некрози)
- дистрофічні зміни тканин;
- репаративна внутрішньоклітинна регенерація.

При хронічному запальному процесі жіночих статевих органів центральне місце в патогенезі займає аутоімунна агресія. В процесі альтерації деструктивні тканини є антигенами, у відповідь утворюються ауто антитіла, які руйнують ушкоджені та здорові тканини організму.

Механізми інфікування:

- висхідний шлях – інтраканікулярний;
- лімфогенний;
- гематогенний;
- контактний (пряме проникнення з органів черевної порожнини).

У більшості випадків запальні процеси носять полімікробний характер. В наслідок цього захворювання втрачає нозологічну специфічність. Особливості сьогодення в тому, що спостерігається значне зниження імунної реактивності жіночого організму, що зумовлено погіршенням екологічної обстановки, наявністю хронічного стресу, особливістю живлення та зміною фізіологічних періодів в житті жінки.

Класифікація запальних захворювань статевих органів.

За клінічним перебігом:

I. Гострі процеси.
II. Підгострі процеси.
III. Хронічні процеси.
За ступенем важкості:

I. Легка.
II. Середня.
III. Важка.

За локалізацією:

I. Запалення статевих органів нижнього відділу:

- 1) вульви (вульвіт);
- 2) бартолінової залози (бартолініт);
- 3) піхви (вагініт);
- 4) шийки матки ;
- кольпіт;
- екзоцервіцит (запалення піхвової частини шийки матки, покритої багатошаровим плоским епітелієм);
- ендочервіцит – запалення слизової оболонки, яка переходить в канал шийки матки і вкрита циліндричним епітелієм.

II. Запалення статевих органів верхнього відділу:

1. Тіла матки:
 - а) ендометрит (запалення слизової оболонки тіла матки);
 - б) метроендометрит (запалення слизового і м'язового шару тіла матки);
 - в) панметрит (запалення усіх шарів стінки матки);
 - г) периметрит (запалення очеревини, що покриває тіло матки).
2. Додатків матки:
 - а) сальпінгіт (запалення маткових труб);
 - б) оофорит (запалення яєчників);
 - в) сальпінгоофорит, аднексит (запалення маткових труб та яєчників);
 - г) аднекстумор (запальна пухлина маткових труб та яєчників);
 - д) гідросальпінкс (запальна мішечкувата пухлина маткової труби з накопичуванням серозної рідини в її просвіті);
 - е) піосальпінкс (запальна мішотчата пухлина маткової труби з накопиченням гною у її просвіті);
 - є) піоваріум (запальна пухлина яєчника з гнійним розплавленням його тканин);
 - ж) пері сальпінгіт (запалення очеревинного покриву маткової труби).
3. Клітковини таза:

Параметрит (запалення клітковини, що оточує матку) – боковий, передній, задній.
4. Очеревини таза:

Пельвіоперітоніт – запалення очеревини малого тазу.

Клінічна картина запальних захворювань геніталій

В сучасних умовах запальні захворювання геніталій мають деякі особливості. Їх характеризує:

- стерта клінічна симптоматика гострої стадії захворювання;

- перевага хронічних процесів, а в останні роки поява первинно хронічних захворювань;
- стійкий рецидивуючий перебіг хронічних процесів;
- найбільш часта локалізація запального процесу в придатках матки;
- рідкісне ураження параметральної клітковини;
- рідкісний розвиток гнійних процесів.

Больовий синдром є провідним симптомом хронічного запалення незалежно від його локалізації. Його морфологічна основа – це фібротизація, склерозування тканин, втягнення в процес нервових гангліїв з розвитком тазових гангліоневритів і таких же уражень у віддалених органах (солярит та ін.). біль має різний характер: тупий, ниючий, тягнучий, такий, що посилюється, постійний, або періодичний. Для хронічних запальних процесів характерний рефлекторний біль, що виникає за механізмом вісцеро-сенсорних і вісцеро-кутанних рефлексів. Біль внизу живота буває дифузний, нерідко локалізується в правому або в лівому паху, іррадіює в ділянку поперека, у піхву, у пряму кишку, у крижі, у нижні кінцівки. Інші симптоми залежать від ураження різних анатомічних структур.

Діагностичні критерії ЗЗОМТ

Групи критеріїв	Критерії діагностики ЗЗОМТ	Коментарі
Мінімальні	При гінекологічному обстеженні: - болючість при зміщенні шийки матки; - болючість при пальпації матки; - болючість при пальпації придатків матки.	Наявність одного з цих критеріїв АБО біль у ділянці органів малого таза чи нижній частині живота, якщо неможливо визначити іншу причину захворювання – є підставою для початку лікування ЗЗОМТ.
Додаткові	- температура тіла $>38,3^{\circ}\text{C}$; - аномальні слизисто-гнійні виділення з шийки матки; - наявність великої кількості лейкоцитів при мікроскопії вагінальних виділень; - підвищення ШОЕ; - підвищення С-реактивного білка; - лабораторне підтвердження <i>N. gonorrhoeae</i> або <i>C. trachomatis</i> у матеріалі із шийки матки	Можна використовувати один із цих критеріїв для посилення специфічності мінімальних клінічних критеріїв і підтвердження діагнозу ЗЗОМТ
Специфічні	- біопсія ендометрія з патологістологічним дослідженням при ендометриті; - ТВ УЗД або МРТ органів малого таза, що демонструють потовщені, заповнені рідиною маткові труби з або без вільної тазової рідини або тубооваріальне утворення, доплерометричні ознаки запального процесу при УЗД; - результати лапароскопії, що відповідають ЗЗОМТ	Діагностична оцінка за допомогою вказаних процедур може бути доцільною

Лабораторні методи дослідження за підозри на ЗЗОМТ

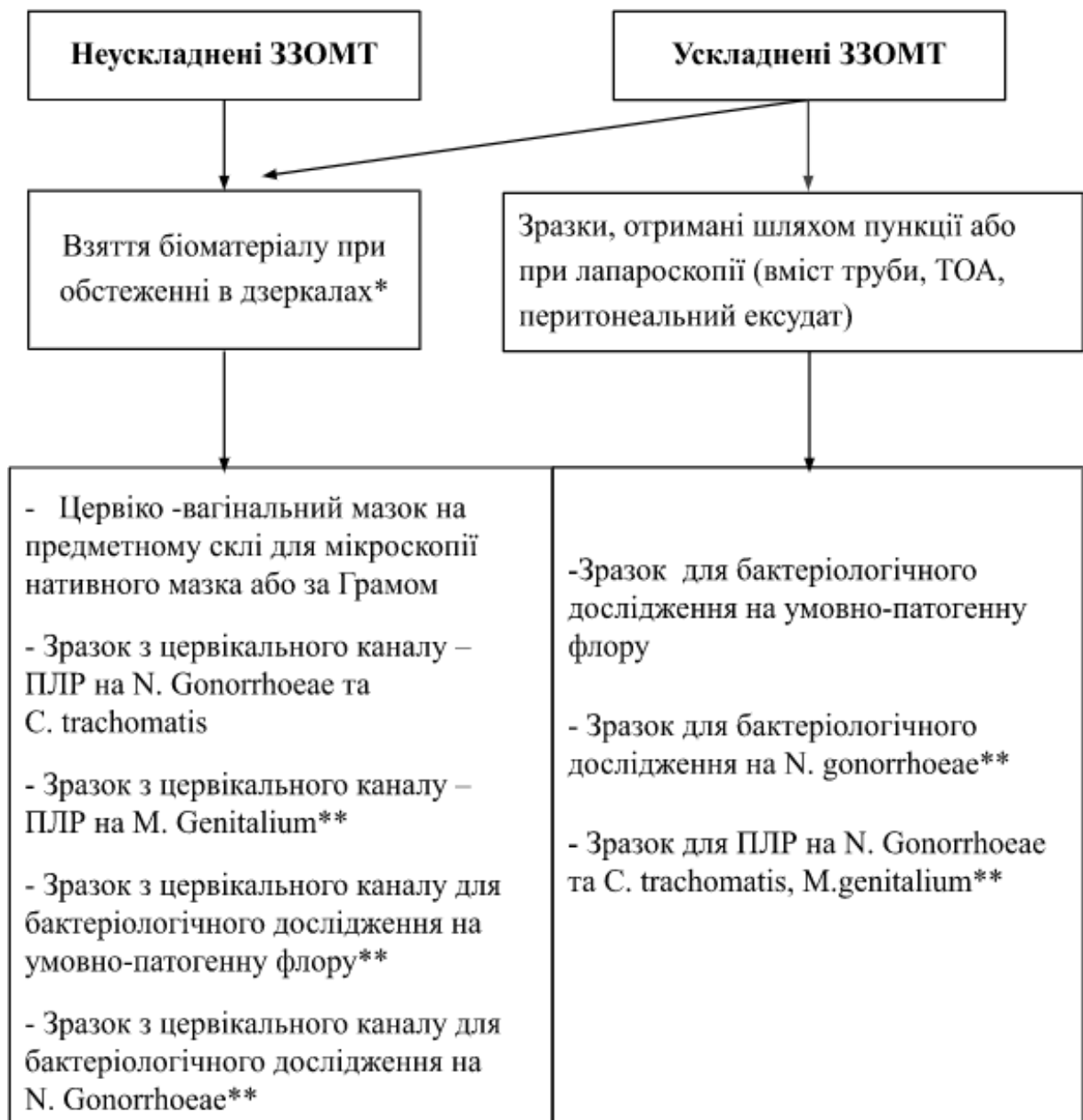
Метод	Біологічний матеріал	Мета дослідження
Бактеріоскопія нативного мазка або мазка за Грамом	Цервікальні виділення	Наявність підвищеної кількості лейкоцитів в цервікальному каналі –

		додатковий діагностичний критерій ЗЗОМТ (неспецифічний). Додатково – дані щодо бактеріального вагінозу та вагінальних інфекцій.
ПЛР (МАНК) для виявлення <i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> ПЛР (МАНК) для виявлення <i>M. Genitalium</i>	Цервікальні виділення Вміст тубооварвальний абсцес (ТОА), перитонеальний ексудат	Наявність ІПСШ - додатковий діагностичний критерій ЗЗОМТ, який впливає на вибір антибіотикотерапії, обстеження та лікування статевого партнера, контрольного обстеження після закінчення лікування.
Бактеріологічне дослідження <i>N. gonorrhoeae</i>	Цервікальні виділення Вміст ТОА, перитонеальний ексудат	Виявлення антибіотикорезистентних форм <i>N. gonorrhoeae</i> .
Бактеріологічне дослідження на умовно-патогенну флору	Цервікальні виділення Вміст ТОА, перитонеальний ексудат	Визначення збудника та чутливості до антибіотиків.
Загальний аналіз крові	Кров	Ознаки запалення (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, підвищення С-реактивного білка) – додаткові діагностичні критерії ЗЗОМТ.
С-реактивний білок	Кров	Оцінка тяжкості перебігу.
бета-ХГЛ загальний	Кров	Виключення вагітності (при сумнівному тесті на вагітність)
Загальний аналіз сечі	Сеча	Диференційна діагностика з інфекціями сечовивідних шляхів
Тест на вагітність	Сеча	Виключення вагітності у статеві активних і потенційно фертильних жінок

Інструментальні методи дослідження за підозри на ЗЗОМТ

Метод	Мета дослідження
УЗД органів малого таза	Ознаки запалення – додаткові діагностичні критерії ЗЗОМТ. Візуальна діагностика ТОА, топічний діагноз. Диференційна діагностика.
МРТ, КТ органів малого таза	Візуальна діагностика ТОА, топічний діагноз. Диференційна діагностика.

Мікробіологічні обстеження при ЗЗОМТ



VI.План та організаційна структура заняття.

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Цілі	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час
1	2	3	4	5	6
Підготовчий етап					
I	Організаційні заходи				2%
II	Постановка навчальних цілей та мотивація			Див.п.2”Навчальні цілі” Див.п.1”Актуальність теми”	3%
III	Контроль вихідного рівня знань, навиків, вмінь: -Причини та патогенез розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів.	(α=2)	- індивідуальне теоретичне опитування - тестовий контроль - рішення типових	- питання для теоретичного опитування - тести - типові задачі	15%

[illegible]

Підсумковий етап					
V	Контроль та корекція рівня практичних навиків.	($\alpha=3$)	Індивідуальний контроль практичних навиків	Тематичні хворі, муляжі Гінекологічний інструментарій	20%
	Контроль та корекція рівня професійних вмінь	($\alpha=4$)	Аналіз результатів клінічної роботи студентів, рішення задач і тестів IV рівня	Результати клінічної роботи, нетипові задачі і тести IV рівня	
	Підведення підсумків заняття: Теоретичного, практичного, організаційного		Підсумкове оцінювання студентів за критеріями знань, навиків, вмінь	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою. Рекомендована література (основна, додаткова, електронні джерела)	
VI	Домашнє завдання				

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

7.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття

Питання ($\alpha=2$) :

- Причини та патогенез розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів.
 - Клініка запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Діагностика запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Фактори ризику запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Лікарська тактика при запальних захворюваннях жіночих статевих органів.
- Методи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів.

Ситуаційні задачі ($\alpha=2$)

1. Хвора В. скаржиться на біль внизу живота, сукровичні виділення, які з'явилися через 3 дні після проведення діагностичного вишпрябання порожнини матки. $T=38,7^{\circ}\text{C}$, пульс – 100 ударів за хвилину. При огляді: живіт м'який, чутливий у нижніх відділах, симптомів подразнення очеревини немає. З боку зовнішніх статевих органів патології немає. Вагіна містка, Шийка матки циліндрична, вічко закрито, виділення кров'яністі, з неприємним запахом. Тіло матки трохи збільшене, м'якої консистенції, болоче. Доданки не пальпуються, параметрії вільні.

Поставити попередній діагноз, скласти план обстеження.

Еталон відповіді: Д-з: гострий ендометрит.

План обстеження: бактеріологічне дослідження вмісту порожнини матки, виявлення збудника в цервікальному каналі методом ПЛР, УЗД органів малого тазу.

2. Хвора К. доставлена в стаціонар каретою швидкої допомоги зі скаргами на різкі болі внизу живота, підвищення температури до 39,8°C. 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, шийка матки циліндрична, вічко пропускає кінчик пальця, виділення гнійні. Склепіння вкорочені, заднє випнуто, різко болюче. Тіло матки та додатки пальпувати неможливо внаслідок болючості та напруження живота.

Поставити попередній діагноз, скласти план обстеження, призначити лікування.

Еталон відповіді: Д-з: пельвіоперітоніт.

План обстеження: загальний АН крові з формулою, біохімія крові з маркерами запалення, пункція черевної порожнини через заднє склепіння, бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження виділень, УЗД органів малого тазу.

3. Хвора В., 30 років, звернулася до лікаря зі скаргами на ниючий біль в паховій ділянці справа, що віддає в поперек, посилюється під час місячних. Хвора відмічає зниження працездатності, підвищення втомлюваності, дратівливість, значні виділення зі статевих шляхів з неприємним запахом. При піхвовому дослідженні виявлено: справа від матки пальпується болісне, щільне утворення, зліва область додатків без особливостей. При зміщенні шийки матки відмічається болючість.

Встановити попередній діагноз, скласти план обстеження для установки остаточного діагнозу.

Еталон відповіді: Д-з: правосторонній хронічний сальпінгоофарит.

План обстеження:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- бактеріологічне та бактеріоскопічне обстеження;
- УЗД.
- Біохімія матки з маркерами запалення.

Тестові задачі

1. Хвора 25 років госпіталізована до гінекологічного відділення зі скаргами на підвищення температури тіла до $38,7^{\circ}\text{C}$, болі внизу живота, гнійні виділення з піхви. Захворіла гостро через тиждень після штучного аборта. Об'єктивно: пульс 100/хв., АТ – 110/70 мм рт ст., живіт м'який, болючий у нижніх відділах. Гінекологічний статус: матка збільшена у розмірах, м'яка, болюча, придатки без змін, склепіння вільні. Виділення з піхви значні, гноєподібні. Який діагноз найбільш імовірний?
- А. Септицемія.
 - В. Гострий аднексит.
 - С. Пельвіоперітоніт
 - Д. Гострий метроендометрит
 - С. Лохіометра.
2. Хвора М. скаржиться на біль внизу живота, нудоту, $T=38,5^{\circ}\text{C}$. Хворіє 15 днів. В анамнезі – ВМС в матці 8 років. Об'єктивно: пульс – 100 уд/хв., язик сухий, живіт напружений в нижніх відділах, симптом Щоткіна – позитивний. При бімануальному дослідженні: різкий біль при зміщенні шийки матки, контури матки і придатків чітко не визначаються, Праворуч через склепіння визначається полюс утворення ретортовидної форми, болючого при пальпації. Виділення з піхви – гноєподібні. Який діагноз?
- А. Гострий аднексит
 - В. Метроендометрит, піосальпінкс, пельвіоперітоніт.
 - С. Гострий аднексит.
 - Д. параметрит.
 - Е. Гонорейний пельвіоперитоніт.
3. Хвора К., скаржиться на підвищення T тіла до $38,5^{\circ}\text{C}$, болі внизу живота і в попереку, хворіє 10 днів. Із анамнезу – ВМС в матці 10 років. При огляді в дзеркалах та бімануальному дослідженні виявлено: шийка матки циліндричної форми, в цервікальному каналі вуси ВМС та гнійні виділення, в порожнині малого тазу визначається пухлинний конгломерат щільної консистенції, який розповсюджується з обох боків до стінок тазу, і в який входять матка з додатками, Склепіння згладженні та болючі. Який діагноз?
- А. Гострий сальпінгоофарит
 - В. Метроендометрит. Двобічний параметрит
 - С. Піосальпінкс.
 - Д. Гострий аднексит.
 - Е. Пельвіоперітоніт.

Тема: «Запальні захворювання жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом»

Запальний процес в статевих органах жінки зумовлений інфекцією, що передаються статевим шляхом. На сьогодні нараховують більше 20 захворювань, що передаються статевим шляхом.

За класифікацією ВОЗ, виділяють три групи запальних захворювань, що передаються статевим шляхом:

I група містить традиційні, «класичні» венеричні хвороби: сифіліс, гонорею, шанкроїд (м'який шанкр), лімфогранульоматоз венеричний, гранульому венеричну.

II група містить захворювання, що передаються статевим шляхом з переважним ураженням статевих органів: хламідіоз, мікоплазмоз, трихомоніаз, уrogenітальний кандидоз, генітальний герпес, бактеріальний вагіноз. Збудників цих захворювань часто називають інфекцією другого (нового) покоління.

Деякі захворювання (III група) можуть мати як статевий, так і нестатевий шляхи передачі (папіломавірусні інфекції статевих органів, гепатит В, лямбліоз та ін.)

Захворюваність інфекціями II групи знаходиться на високому рівні, вони поступово витіскають збудників класичних венеричних хвороб (сифілісу та гонореї) за частотою випадків. Для практики гінеколога ці захворювання є найважливішими. Не втратили свого значення такі збудники, як стрептокок, стафілокок, кишкова паличка, протей та інші. Дослідженнями останніх років доведено роль анаеробної інфекції, її монокультура досягає 20%, поліанаєроби – 44%, облігатні та факультативні анаєроби – 37,7%.

У більшості випадків запальні процеси носять полімікробний характер. В наслідок цього захворювання втрачає нозологічну специфічність. Особливості сьогодення в тому, що спостерігається значне зниження імунної реактивності жіночого організму, що зумовлено погіршенням екологічної обстановки, наявністю хронічного стресу, особливістю живлення та зміною фізіологічних періодів в житті жінки. Найчастіше ЗЗОМТ є результатом висхідного інфікування з цервікального каналу *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, а також численними представниками умовнопатогенної мікрофлори, що призводить до розвитку ендометриту, сальпінгіту, оофориту, тубооваріальних абсцесів та пельвіоперитоніту, проте відсутність лабораторного виявлення зазначених мікроорганізмів не виключає діагноз ЗЗОМТ. Факторами ризику ЗЗОМТ вважають ранній початок статевого життя (до 15 років), вік жінки до 25 років, наявність ППСШ та ЗЗОМТ в анамнезі, відсутність використання бар'єрної

контрацепції, наявність статевого партнера з виявленою ІПСШ, насильство за ознакою статі. Ризик ЗЗОМТ після введення внутрішньоматкового контрацептиву (ВМК) є низьким, однак підвищується протягом перших 3–4 тижнів використання. ЗЗОМТ може мати симптомний або безсимптомний перебіг, при цьому анамнестичним, фізикальним і лабораторним ознакам, за їхньої наявності, бракує чутливості та специфічності, тому епізоди ЗЗОМТ часто залишаються нерозпізнаними. Диференційну діагностику ЗЗОМТ необхідно проводити з ектопічною вагітністю, гострим апендицитом, ендометріозом, перекрутом або розривом кісти яєчника, інфекціями сечовивідних шляхів, синдромом подразненого кишечника

Велика кількість запальних захворювань статевого тракту жінок первинно пов'язана з інфекціями, що передаються статевим шляхом. Частота їх загрозово зростає в зв'язку з підвищенням статевої активності у молодому віці, нестабільністю сексуальних контактів, легалізацією абортів. Ризик цих захворювань є найвищим у незаміжніх жінок з численними сексуальними партнерами. Ці інфекції дуже негативно впливають на репродуктивне здоров'я жінок. Крім того, інфекції, що передаються статевим шляхом, можуть вражати не тільки статеві органи. Значна розповсюдженість захворювань, що передаються статевим шляхом, обумовлює необхідність знання збудників, етіотропність та патогенний механізм розвитку ЗЗСО.

Один із клінічних симптомів запальних захворювань статевого тракту жінок є аномальні вагінальні виділення. Аномальні вагінальні виділення (АВВ) це симптомокомплекс, що об'єднує різні за генезом і анатомічною локалізацією стани, які призводять до відхилень характеристик вагінальних виділень від нормальних (консистенція, кількість, колір, запах). Найрозповсюдженішими причинами АВВ є бактеріальний вагіноз, вульвовагінальний кандидоз, аеробний вагініт та трихомоніаз. В той же час до АВВ можуть призводити хламідійна і гонорейна інфекції та неінфекційні патології.

Гонорея.

Збудник гонореї – грамнегативний диплокок, розташований внутрішньоклітинно в сегментоядерних лейкоцитах та клітинах циліндричного епітелію. Мікроб здатний проникати в міжклітинні щілини з утворенням мікро колоній. Під впливом хіміопрепаратів чи при хронічному перебігу утворюються L-форми гонококів.

Клініка. В більшості випадків захворювання перебігає торпідно, мало- або асимптомно, часто приймає підгостру, хронічну або персистуючу форми. Симптоми залежать від місця ураження і вкладаються в клінічну картину ендоцервіциту, уретриту, ендометриту, аднекситу, пельвіоперитоніту.

Діагностика. Діагноз гонореї встановлюється тільки при лабораторному виявленні гонококів.

1. Бактеріоскопія (виявлення гонококів в досліджуваному матеріалі, забарвленому метиленовим синім, або еозином, або за методом Грамма).
2. Бактеріологічне дослідження з визначенням чутливості до антибіотиків.
3. Реакція імунофлюорисценції (РІФ).
4. Імунофлюорисцентний аналіз (ІФА).
5. Молекулярні методи : полімеразна ланцюжкова реакція та лігазна ланцюжкова реакція (ПЛР, ЛЛР).
6. При відсутності гонококів при бактеріологічному та бактеріоскопічному дослідженнях, проводять провокаційні проби з використанням імунологічних, хімічних, термічних методів.

Взяття матеріалу (обов'язково з церві кального каналу, уретри, піхви) бажано проводити відразу після менструації. У дівчаток досліджують виділення з уретри, піхви, прямої кишки.

Хламідіоз.

Збудник *Chlamydia trachomatis* – облігатні внутрішньоклітинні бактерії. Основними формами хламідій є елементарні та ретикулярні (ініціальні) тільця. Елементарні тільця – дозрілі форми бактерій, що проникають в клітини-мішені (циліндричний епітелій уrogenітального тракту, фагоцити). Ретикулярні тільця – внутрішньоклітинна форма, що має активний метаболізм, поділяється бінарно та утворює в клітинах мікро колонії,відомі під назвою хламідійні включення. Після розвитку ретикулярні тільця знову перетворюються в форму інфекційних елементарних тілець. Тривалість повного циклу розвитку складає 48 – 72 години. Можлива внутрішньоклітинна персистенція протягом багатьох років у вигляді ретикулярних тілець.

Клініка.

Особливістю клінічного перебігу хламідіозу є відсутність специфічних клінічних проявів та патогноманічних симптомів.

В більшості випадків це захворювання перебігає торпідно, мало- або асимптомно, як правило приймає хронічну або персистуючу форми.

Діагностика.

1. Клініко-діагностичні дослідження.

Виявлення морфологічних структур хламідій у досліджуваному матеріалі, забарвленому за методом Романоваського-Гімзи.

Виявлення антигенів хламідій у досліджуваному матеріалі методом флюорисцюючих антитіл (МФА).

Прямий імунофлюоресцентний метод (ПІФ)ю

Непрямий імунофлюоресцентний метод (НІФ).

Виявлення антигенів хламідій у досліджуваному матеріалі методом імуноферментного аналізу (ІФА).

2. Діагностичне виділення хламідій у культурах клітин.

3. Виявлення хламідійних антитіл імунологічними методами.

Реакція непрямой імунофлюоресценції (РНІФ).

Метод імуноферментного аналізу (ІФА).

4. Молекулярно-біологічний метод.

4.1 Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР).

5. Експрес-методи (за допомогою імунохроматографічних тест-систем).

Взяття матеріалу – зіскріби (церві кальний канал, уретра) бажано проводити відразу після менструації. З інших місць (носові ходи, кон'юнктива, глотка) за необхідністю.

Мікоплазмоз та уреаплазмоз

Згідно з сучасною класифікацією родина Mycoplasmataceae поділяється на два роди: рід Mycoplasma, який включає 100 видів, та рід Ureaplasma, який включає три види. Людина є природним хазяїном багатьох видів мікоплазм. До теперішнього часу до патогенних мікроорганізмів цієї родини відносять M.hominis, M.genitalium та U.urealyticum.

Клініка

При мікоплазмах відсутні патогномонічні симптоми. Захворювання вкладається в клінічну картину вагініту, ендцервіциту, уретриту, ендометриту.

Культуральне дослідження.

- Виявлення мікоплазм в рідких живильних середовищах.
- Виявлення мікоплазм в твердих живильних середовищах.
- 1. Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР).
- 2. Реакція імунофлюорисценції (РІФ).
- 3. Імунофлюорисцентний аналіз (ІФА)

Трихомоноз

Збудник захворювання - представник джгутикових найпростіших Trichomonas vaginalis. Вагінальні трихомонади - це аеротолерантні анаероби. Завдяки

наявності на поверхні трихомонад великої кількості ферментів (гіалуронідази, амілази, каталази).

Клініка залежить від ураження. Інкубаційний період від 3-5 днів до 30 днів. Основні скарги на рясні піністі виділення, свербіж, печіння, подразнення вульви, біль при сечовипусканні.

Діагностика.

Клініко-лабораторні дослідження:

1) Мікроскопія

- виявлення трихомонади у нативному мазку;
- виявлення трихомонади у дослідженому матеріалі забарвленому за методом Грама та Романовського-Гімзи,

2) Молекулярно-біологічний метод:

- полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР):

3) Культуральні дослідження.

Слід зазначити - культуральне дослідження для виявлення рухливих форм *Trichomonas vaginalis* - найбільш специфічний метод діагностики трихомоніазу, полімеразна ланцюгова реакція метод діагностики трихомоніазу з найбільшою чутливістю.

Генітальний кандидоз

Збудники дріжджеподібні гриби роду кандида (*C.albicans*, *C.tropicalis*, *C. glabrata*), іноді гриби роду *Leptotrix*. Понад 60% здорових жінок в перименопаузі колонізовані грибами роду *Candida* з вищими показниками під час вагітності та нижчими – в дітей і жінок у постменопаузі, які не отримують менопаузальну гормональну терапію.

Клініка.

Характерні специфічні сироподібні виділення.

Клініко-лабораторні дослідження:

- бактеріоскопія, виявлення дріжджеподібних грибів у нативному мазку, та виявлення дріжджеподібних грибів у матеріалі зафарбованими 1% водним розчином метиленового синього, фуксину, генціанового фіолетового.
- культуральне дослідження.

Бактеріальний вагіноз.

Бактеріальний вагіноз (БВ) - це дисбактеріоз вагінальної мікробіоти, характеризується змінами екосистеми піхви, які полягають у заміщенні домінуючих у мікрофлорі вагіни мікроорганізмів роду *Lactobacillus* асоціацією

різних бактерій, переважно анаеробних організмів піхви в тому числі *Gardnerella vaginalis*, анаеробів (*Bacteroides*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Peptostreptococcus*, *Mobiluncus*) *Mycoplasma hominis* та інші.

БВ це Всі перераховані мікроби є представниками нормальної флори піхви, але при бактеріальному вагінозі різко підвищується їх кількість, порушується співвідношення аеробів та анаеробів(в нормі 1:5, при бактеріальному вагінозі 1:100). Наслідком різкого зменшення або відсутності лактобацил є підвищення рН вагінального середовища, що також сприяє розвитку інших, умовно-патогенних мікробів. Клінічне значення бактеріального вагінозу полягає в тому, що велика кількість умовно-патогенних мікробів у піхві є фактором ризику, виникнення висхідної інфекції, а також розвитку запалення у статевому партнері.

Клінічні прояви бактеріального вагінозу не мають характерних ознак, переважно жінки скаржаться на значні вагінальні виділення, з неприємним запахом «гнилої риби» (наслідок метаболізму гарднерелла виробляє летючі аміни). Ознаки запалення піхви відсутні, що дозволяє диференціювати бактеріальний вагінозу із вагінітом.

Диференційно-діагностичні критерії вагінальних виділень

Ознаки	Нормальний стан	Бактеріальний вагіноз	Кандидоз	Трихомоніаз
Тип вагінальних виділень	Утворюються згортки	Гомогенні сливкоподібні	Творожкові виділення	Гомогенні піністі
рН	< 4,5	> 4,5	< 4,5	< 4,5
Аміачний запах	Відсутній	Присутній	Відсутній	Присутній або Відсутній
Ключові клітини	Відсутні	Присутні	Відсутні	Присутні
Трихомонади	Відсутні	Відсутні	Відсутні	Присутні
Дріжжеподібні спори	Відсутні	Відсутні	Присутні	Відсутні
Лактобацили	Присутні	Відсутні	Присутні	Присутні або відсутні
Запалення	Відсутні	Відсутні	Присутні	Присутні

Діагностика:

- 1) **Мікроскопія пофарбованого за Грамом** препарату є еталонним методом діагностики БВ.

А) Оцінка за шкалою Nugent. Вона використовується як золотий стандарт для досліджень і заснована на оцінці вмісту бактеріальних морфотипів в пофарбованому за Грамом піхвовому мазку.

Оцінка варіює від 0 до 10:

- показник < 4 є нормальним,
- показник 4-6 – проміжним,
- показник > 6 свідчить про БВ.

В) Критерії Hay-Ison. Він також заснований на результатах мазка, пофарбованого за Грамом,

- Ступінь 0: не належить до БВ, при мікроскопії виявляють одні лише епітеліальні клітини, без лактобацил, що вказує на недавню антибіотикотерапію.

- Ступінь 1 (нормальний): переважають морфотипи *Lactobacillus*.

- Ступінь 2 (проміжний): змішана флора з деякою кількістю лактобацил, але також наявні морфотипи *Gardnerella* або *Mobiluncus*. Ступінь 3 (БВ): переважно морфотипи *Gardnerella* та/ або *Mobiluncus*, ключові клітини. Лактобацил мало або вони відсутні. Ступінь 4: не відноситься до БВ, виявляють тільки грампозитивні коки, без лактобацил (флора відповідає аеробному вагініту).

2) **Клінічні критерії Amsel** для діагностики БВ. Наявність трьох із чотирьох критеріїв обов'язкова; оскільки три критерії є клінічними, можливо діагностувати БВ без мікроскопії або використання мікробіологічного дослідження. У порівнянні з пофарбованим за Грамом мазком наявність трьох з чотирьох клінічних критеріїв має чутливість 60-72% у діагностиці БВ.

Клінічні критерії:

1. Гомогенні сіро-білі виділення (більше 150 мл).
2. рН вагінальної рідини $> 4,5$ (виміряний за допомогою рН-паперової смужки).
3. Рибний запах (якщо не визначається, потрібно додати кілька крапель 10% КОН до вагінальної проби).
4. При нативній мікроскопії наявні ключові клітини ($> 20\%$ всіх епітеліальних клітин).

3) **Інші методи діагностики БВ** Існують комерційні тести для визначення БВ: зокрема, OSOM BV Blue (Sekisui Diagnostics, Framingham, MA, США) – тест на рівень сіалідази, має чутливість 91,7% порівняно з мікроскопією; вагінальна панель BD MAXTM (Becton, Dickinson and Company, Franklin Lakes, штат Нью-Джерсі, США) – аналіз на ампліфікацію нуклеїнових кислот на основі мікробіомів, який виявляє БВ, трихомонади та декілька видів кандид. Виробник зазначає чутливість 90,7% для діагностики БВ.

Генітальний герпес

Збудники двох типів: вірус простого герпесу Herpes Simplex I (ВПГ-1) та Herpes Simplex II (ВПГ-2). В 90% випадках захворювання викликає ВПГ-2. Інфекція передається переважно при сексуальних контактах від хворого або носія ВПГ, який немає клінічних симптомів.

Клініко-лабораторне дослідження:

- 3) полімеразна ланцюгова реакція,
- 4) серологічні дослідження (ІФА),
- 5) виділення та ідентифікація вірусу герпесу,
- 6) цитологічні дослідження.

Ситуаційні задачі ($\alpha=2$)

1. Хвора 26 років скаржиться на значні гнійні виділення з піхви та підйом температури тіла до 38°C. При гінекологічному дослідженні: зовнішні статеві органи та слизова піхви без ознак запалення, слизова зовнішнього отвору уретри гіперемована. Внутрішні статеві органи без патології. Виділення гноєподібні. При бактеріоскопії виділень з уретри та церві кального каналу виявлені грам-негативні, внутрішньоклітинні диплококи бобовидної форми, кількість лейкоцитів до 100 в полі зору.

Встановити діагноз

Д-з: гостра гонорея.

2. Хвора 32 років, скаржиться на біль при сечовипусканні, підвищенні температури до 37,4°C. Незаміжня, має декілька статевих партнерів. При гінекологічному огляді отвір уретри гіперемований. Слизова піхви без патології. Шийка матки циліндрична. Гіперемія зони зовнішнього отвору цервікального каналу. Внутрішні статеві органи без патології. Виділення гноєподібні. Призначте план обстеження хворої. Встановіть попередній діагноз.

Еталон відповіді:

Гострий уретрит, екзоцервіцит. Бактеріоскопія мазка. Бакпосів з трьох точок. ПЦР на гонорею.

3. Хвора 26 років скаржиться на значні виділення з піхви із неприємним запахом «гнилої риби» при гінекологічному дослідженні зовнішні статеві органи та слизова піхви без ознак запалення. Виділення з піхви значні, білісуваті з неприємним запахом. Внутрішні статеві органи без патології. При бактеріоскопії виявлені «ключові клітини». Встановіть діагноз.

Еталон відповіді:

Бактеріальний вагіноз.

4. Для лікування інфекції сечовивідних шляхів жінці було призначено антибіотики протягом 1 тижня. По закінченні прийому антибіотика з'явилися густі сироподібні білі виділення з піхви, які супроводжувалися сильним свербіжом вульви. Який попередній діагноз?

Еталон відповіді: Д-з: Кандидозний кольпіт.

5. У жінки 34 років періодично виникають скарги на набряк піхви, тріщини слизової піхви, які самостійно епітелізуються протягом 5-7 днів. Виділення водянисті, рясні. Під час ходьби та тертя білизни виникає біль. Загальний стан погіршується, виникає загальна слабкість. Який попередній діагноз?

Еталон відповіді: герпетичний вульвовагініт атипова форма.

ТЕСТОВІ ЗАДАЧІ

1. Пацієнтка 29 років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на надмірні виділення, біль і набряк вульви, подразнення та свербіж.

Загальне нездужання та появу везикульозних висипань на внутрішній поверхні бедер. Температура тіла 37,5°C. Хворіє на прохатзі 4-5 днів. Об'єктивно: набряк та гіперемія вульви, везикули болісні при пальпації, стінки піхви гіперемовані. Поставте попередній діагноз:

А. Трихомонадний кольпіт.

В. Бактеріальний вагіноз.

С. Дріжджевий кольпіт.

Д. Генітальний герпес.

2. Хвора 18 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на біль внизу живота, підвищення температури тіла до 37,5° С, значні слизово-гнійні виділення зі статевих шляхів, різі при сечовиділенні. При огляді в дзеркалах та піхвовому дослідженні: уретра інфільтрована, шийка матки гіперемована, еродована, матка пальпаторно болюча, додатки болючі, потовщені, склепіння вільні. При бактеріоскопічному дослідженні виділень виявлені диплококи. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Хронічна гонорея

В. Трихомоніаз

С. Кандидомікоз

Д. Свіжа гостра висхідна гонорея

Е. Хламідіоз.

3.Хвора 24 років звернулась зі скаргами на свербіж вульви, сироподібні виділення. З анамнезу відомо, що хвора довгий час приймала антибактеріальні препарати. При огляді слизова оболонка вагіни набрякла, гіперемована в складках накопичення білих нашарувань. При мікроскопічному дослідженні виділень знайдено міцелій грибів. Виберіть препарат для лікування хворої:

А.Трихопол.

В.Флагіл.

С.Метранідазол.

Д.Дифлюкан.

4.Хвора 19 років звернулась зі скаргами на свербіж у піхві, біль та свербіння при сечовипусканні. Хворіє 3 дні. Тиждень тому був статевий акт. Незаміжня. При огляді в дзеркалах: слизова піхви набрякла, гіперемована, виділення в надмірній кількості гноєподібні, пінисті. Поставте попередній діагноз:

А .Вульвовагініт.

В. Дріжджевий кольпіт.

С. Трихомонадний кольпіт.

Д. Вульвіт.

Література.

Навчальна.

Основна:

1. Методичні вказівки для викладачів щодо організації навчального процесу з гінекології на медичному факультеті - Венцківський Б.М. 2010
2. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М.Венцківського, Г.К.Степанківської, В.П.Лакатоша).- К.: ВСВ Медицина, 2012.- 648 с.
3. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.)// Книга І Акушерство.-К.: Медицина, 2011.- 422 с.; Книга ІІ Гінекологія. - К.Медицина,2011.- 375 с.
4. Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013

Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б.

Допоміжна:

1. Норвітц Єррол Р., Шордж Джон О. Наглядные акушерство и гинекология (перевод с английского).- М.: ГЭОТАР - МЕД, 2003.-141 с.

Методична

2. Акушерство и гинекология. / Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Eleven Edition / Лорен Натан, Алан Х. ДеЧерни. 2012.
3. Наказ МОЗ «Аномальні маткові виділення» - КН 2022-2264. - 15.12.2022

Європейське агентство з лікарських засобів опублікувало нові рекомендації, у яких підкреслюється можливість інвалідизації та постійних побічних ефектів після використання фторхінолонових антибіотиків. Керівництво рекомендує не застосовувати фторхінолони при легких та помірних бактеріальних інфекціях, якщо доступна альтернативна антибіотикотерапія. Тому рекомендації щодо ЗЗОМТ було оновлено, фторхінолони перенесені з першої лінії терапії на другу, за винятком жінок із ЗЗОМТ, асоційованих з *M. genitalium*.

- Національні рекомендації Великобританії щодо лікування гонореї оновлено, рекомендовано використання підвищеної дози 1 г цефтриаксону. Рекомендації щодо ЗЗОМТ оновлені, щоб також рекомендувати цю підвищену дозу.
- Рекомендації щодо використання антибіотиків на дуже ранніх термінах вагітності (до того, як тест на вагітність стане позитивним) оновлені відповідно до порад Терапевтичної інформаційної служби Великобританії. У такій ситуації переваги терапії переважатимуть ризики.

- золотого стандарту для точної діагностики ЗЗОМТ немає, тому в багатьох клінічних дослідженнях використовується прагматичний підхід до діагностики та лікування;

Докази РКД щодо того, чи слід залишати або видаляти внутрішньоматковий контрацептив (ВМК) у жінок із ЗЗОМТ, обмежені[17-19]. У жінок із легким та помірним ЗЗОМТ ВМК можна залишити на місці, але слід 16 провести огляд через 48–72 години та видалити ВМК, якщо не відбулося значного клінічного покращення. Рішення про видалення ВМК має бути збалансоване з ризиком небажаної вагітності для тих жінок, які мали незахищений статевий акт протягом попередніх 7 днів. Екстрена гормональна контрацепція після видалення ВМК може бути доречною для деяких жінок у цій ситуації.

Тема: «НЕПЛІДНИЙ ШЛЮБ»

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Непліддя в сім'ї — одна з найбільш важливих проблем сучасного акушерства-гінекології, тому що 10—20 % сімей в усіх країнах Європи скаржаться на затримку настання вагітності, а 3—5 % цих сімей взагалі залишаються стерильними.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен *знати*:

- 1) етіологію чоловічої та жіночої неплідності;
- 2) класифікацію неплідності;

III. Базові знання

1. Анатомія та фізіологічні особливості статевих жіночих та чоловічих органів.
2. Вплив оточуючого середовища та стану загального здоров'я сімейної пари на овуляцію та спермогенез.
3. Нейрогуморальна регуляція менструального циклу та її порушення.
4. Сучасні апаратні та лабораторні методи дослідження репродуктивної функції жінки.

V. План організації заняття

VI. Основні етапи заняття

А. Підготовчий — мотивація теми, виховна робота, контроль вихідного рівня базових знань шляхом опитування кожного студента, розподіл завдань для самостійної роботи.

Б. Основний етап: самостійна робота студентів під контролем викладача. Заняття проводяться в палаті, оглядовому кабінеті, операційній (якщо оперується хвора по темі заняття). Якщо всі студенти підготовлені задовільно до проведення заняття, їх розподіляють на групи по 2 — 3 особи, і кожній групі надається хвора. За відсутності хворих, кожній групі можна надати історію хвороби або виписки із історії хвороби (амбулаторних карт), які студенти детально аналізують, вивчають показники лабораторних методів обов'язкового та допоміжного обстеження, ставлять діагноз, складають план

лікування, виписують рецепти, розбирають механізм дії лікарських засобів. Згодом кожна група доповідає всім результати анамнезу, огляду хворої, результати додаткових методів обстеження, розглядаються засоби лікування.

В. На заключному етапі проводиться контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування тематичних задач, оцінюються усні звіти студентів про проведену роботу.

Викладач узагальнює роботу групи, оцінює роботу кожного студента, задає домашнє завдання.

VII. Методичне забезпечення заняття

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань:

1. Яке визначення неплідного шлюбу за даними ВООЗ?
2. Яке значення для визначення непліддя має вік жінки?
3. Який вік вважається сприятливим для вагітності?
5. Які основні причини чоловічого непліддя?
6. Які основні методи обстеження проводяться при обстеженні неплідного шлюбу?
7. Які спеціальні методи обстеження проводяться при неплідному шлюбі (гормональні, імунологічні та інше)?

Завдання для самостійної роботи:

1. Провести аналіз тестів функціональної діагностики у пацієнтки з непліддям
2. Оцінити результати спермограми
3. Спілкуючись з пацієнткою з непліддям визначити його вид і напрямки обстеження
4. Дати оцінку посткоїтальному тесту

Зміст

Непліддя в сім'ї - одна з найбільш важливих проблем сучасного акушерства-гінекології, тому що 10 - 20 % сімей в усіх країнах Європи скаржаться на затримку настання вагітності, а 3 - 5 % цих сімей взагалі

залишаються стерильними.

1. Визначення непліддя: з сучасної точки зору непліддя в сім'ї — це мимовільне або патологічне непліддя. Таким чином, розглядається неплідний шлюб, а не жіноче непліддя, як було в минулому. За визначенням ВООЗ, непліддя — це непередбачене непліддя в сім'ї. При цьому ВООЗ вважає основною перемінною в цьому визначенні вік жінки. Фертильним за оцінкою ВООЗ є вік від 18 до 49 років.

2.Класифікація непліддя:

I — фізіологічне (до настання менархе та менопаузи);

II — патологічне.

Первинне — до 30%, коли вагітності не було ніколи. Вторинне — >60%, вагітність була, закінчилась пологам, аборт, позаматковою вагітністю, а більше не настає. Непліддя абсолютне (коли немає гонад, матки) і відносне (запальні, процеси та інше). Непліддя може бути вроджене, набуте, тимчасове і постійне.

3.Етіологія та патогенез.

Основні причини чоловічого непліддя:

1. Патологічний склад сперми або відсутність сперматозоїдів;
2. Відсутність еякуляції (або її патологія);
3. Облітерація вивідних каналців спермогенеруючих органів чоловіка;
4. Хронічна інфекція;
5. Аутоімунні захворювання;
6. Непліддя неясного генезу, коли відхилень у здоров'ї не виявлено.

Причини жіночого непліддя можуть бути спричинені патологією репродуктивної системи жінки та рядом екстрагенітальних захворювань.

Згідно з даними ВООЗ, виділяють декілька причин непліддя. Понад 50 % становить ендокринне непліддя.

Згідно з класифікацією ВООЗ, виділяють 7 груп:

Ендокринне непліддя

- I гр. — гіпоталамо-гіпофізарна недостатність;
- II гр. — гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція (у більшості хворих цієї групи наявні ознаки полікістозу яєчників);
- III гр. — первинна недостатність яєчників;
- IV гр. — порушення функцій геніталій (сексуальні порушення, порушення еякуляції);
- V гр. — гіперпролактинемія за наявності пухлини гіпофіза;
- VI гр. — гіперпролактинемія за відсутності пухлини гіпофіза, яку не можна виявити сучасними засобами;
- VII гр. — гіпоталамо-гіпофізарна недостатність за наявності пухлини гіпофіза.

4. Діагностика.

Ідеальним вважається можливість одномоментного обстеження партнерів неплідного шлюбу гінекологом, андрологом, а за необхідності — і сексопатологом.

При обстеженні жінки також слід перш за все детально зібрати загальний та спеціальний анамнез (вік, професія, становлення менструальної функції, давність статевого життя без запобігання вагітності, перебіг статевих контактів, libido та наявність оргазму, частота статевих контактів, перенесені захворювання, оперативні втручання будь-якої локалізації).

Об'єктивний огляд включає: зріст, масу тіла, конституцію, будову скелета, вторинні статеві ознаки.

Далі проводиться обов'язкове гінекологічне обстеження: огляд зовнішніх

статевих органів (збільшення клітора, аномалії розвитку, пухлини тощо), огляд вагіни та вагінальної частини шийки матки в вагінальних дзеркалах. Дворучне обстеження матки, придатків, параметріїв, за необхідності — ректальне дослідження, кольпоскопія та цитологія.

Допоміжні методи обстеження:

1. Тести функціональної діагностики: базальна t° , феномен зіниці, краще цервікальне число — сума балів по 5 параметрах, що характеризують слиз шийки матки.
2. Гормональні проби при аменореї з прогестероном.
3. Рентгенограма гіпофіза.
4. Гістеросальпінгографія.
5. УЗ-дослідження.
6. Посткоїтальний тест для підтвердження інтравагінальної еякуляції (проба Шуварова-Гунера).
7. При 2 від'ємних пробах — імунологічний тест — проба Курцрок-Міллера.
4. Гістероскопія.
5. Лапароскопія.
6. Діагностичне вишкрібання матки.
7. Гормональна палітра (дослідження гормонів в крові): а) пролактин; б) визначення ФСГ, ЛГ, тестостерону; в) естрогени і прогестерон; г) визначення дегідроепіандростерону в сечі і плазмі крові.
8. Реакція на сифіліс, ВІЛ, хламідіоз.
9. Біопсія яєчників та тестикул.
10. Генетичне дослідження хворих на непліддя.

Завдання для самостійної роботи:

1. Провести аналіз тестів функціональної діагностики у пацієнтки з непліддям

2. Оцінити результати спермограми
5. Ретельно зібрати спеціальний анамнез у хворої з непліддям
6. Спілкуючись з пацієнткою з непліддям визначити його вид і напрямки обстеження
7. Аналізуючи історію хвороби з непліддям визначити його вид, методи діагностики та лікування

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань:

1. Яке визначення неплідного шлюбу за даними ВООЗ?
2. Яке значення для визначення непліддя має вік жінки?
3. Який вік вважається сприятливим для вагітності?
4. Які основні групи жіночої неплідності за даними ВООЗ?
5. Які основні причини чоловічого непліддя?
6. Які основні методи обстеження проводяться при обстеженні неплідного шлюбу?
7. Які спеціальні методи обстеження проводяться при неплідному шлюбі (гормональні, імунологічні та інше)?

Тестові задачі:

1. Жінка 18 років скаржиться на відсутність вагітності на протязі 1 року регулярного статевого життя. Вагітності не запобігає. Вагітностей не було. При бімануальному дослідженні патології не виявлено. З якого метода слід починати обстеження цієї пари?
 - спермограми;
 - гістеросальпінгографії;
 - лапароскопії;
 - тестів функціональної діагностики;
 - бактеріологічного посіву
2. Неплідним вважається шлюб, коли вагітність не настає при статевому житті протягом:
 - одного року;
 - двох років;
 - трьох років;
 - 6 місяців
3. Хвора 27 років, протягом 5 років безрезультатно лікується від непліддя. У чоловіка вичавлений хламідіоз. Які методи дослідження є найбільш інформативними?

- імуноферментний, імунофлюоресцентний;
- бактеріоскопічний;
- бактеріологічний;
- клінічний аналіз крові, бак посів крові;
- бактеріологічний після провокації.

4. У хворой 28 років в анамнезі 3 завмерлі вагітності, протягом останніх 3 років не вагітніє. Які методи дослідження необхідно провести з метою виявлення причини даної патології?

- обстеження на TORCH – інфекції, медико-генетичне консультування;
- обстеження на сифіліс;
- обстеження на туберкульоз;
- клінічний аналіз крові;
- бактеріологічне дослідження вагінального вмісту

5. В гінекологічне відділення поступила хвора 28 років, зі скаргами на непліддя впродовж 2 років. З анамнезу: 3 штучних абортів, менструальний цикл без особливостей. Чоловік обстежений – спермограма в нормі. Що з перерахованого нижче треба зробити по-перше?

- метросальпінгографія;
- лапароскопія;
- стимуляція овуляції;
- курси гідротубації;
- інсемінація спермою чоловіка

Ситуаційні задачі

1. В гінекологічне відділення поступила хвора Д. 28 років, зі скаргами на непліддя впродовж 2-х років. З анамнезу: 3 штучних абортів, менструальний цикл без особливостей. Чоловік обстежений – спермограма в нормі. Що перше необхідно зробити?

2. Хвора К. 30 років, звернулась зі скаргами на відсутність місячних протягом 5-ти місяців, непліддя. Відмічає виділення молока з молочних

залоз. При дослідженні: матка невеликих розмірів, рухома, безболісна. Придатки без особливостей. На рентгенограмі черепа патології патології не виявлено. Який діагноз? Який гормон буде підвищений в сироватці крові?

3. На прийом до лікаря жіночої консультації звернулась жінка Н. 28 років, із скаргами на непліддя. При з'ясуванні анамнезу виявлено основні симптоми: ожиріння, гірсутизм, гіпоменструальний синдром. При УЗ-дослідженні ендометрія визначена гіперплазія. Ознакою якого стану є це заключення? Які додаткові методи дослідження слід застосувати?

4. Хвора М. 36 років, що не народжувала, звернулася з приводу лікування ановуляторного безпліддя. Тривалий час страждає ожирінням. Менструації з 11 років, перші менструальні цикли нерегулярні, їх тривалість коливалася від 60 до 120 днів. Менструації протікають важко і тривають 7-10 днів. Зміст пролактину в сироватці крові та результати дослідження функції щитовидної залози в межах норми. Біопсія ендометрія виявила його проліферацію з ділянками аденоматозної гіперплазії. Чим можна підтвердити факт прохідності маткових труб? Який попередній діагноз та план лікування?

5. Хвора В. 28 років, звернулася до лікаря жіночої консультації з приводу вторинного безпліддя, триваючого 3 роки. При обстеженні після пологів їй вели ВМС. Через рік довелося видалити ВМС через явища дисменореї. Гістероскопія виявила оклюзію в корнеальному відділі лівої маткової труби, гідросальпінкс та оклюзію фімбріального відділу правої. Лапароскопія виявила наявність оклюзії фімбріального відділів обох маткових труб з наповненням їх до фімбріального кінця барвником без вилиття його в черевну порожнину. Яка лікарська тактика? Та який об'єм оперативного втручання слід виконати?

6. 22-річна пацієнтка звернулася до лікаря за порадою, тому що перебуває в шлюбі понад 5 років, але вагітність не настала. При цьому засобів запобігання вагітності не використовує біля 6 — 7 місяців. Що робити?

7. 27-річна пацієнтка звернулась до лікаря зі скаргою на відсутність вагітності протягом 6 років подружнього життя без запобігання. Чоловікові 35 років. DS? Складіть план обстеження неплідного шлюбу.

Основна:

1. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М. Венцківського, Г.К.Степанківської, В.П. Лакатоша).- К.: ВСВ Медицина, 2012.648 с.
2. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. ГрищенкоВ.І., Щербини М.О.) // Книга II. Гінекологія. К. Медицина, 2011.375 с.
3. Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б. Акушерство і гінекологія (у4-х томах): національний підручник: 2013.