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

Навчально-науковий інститут психічного здоров,я

Навчально-науковий інститут Медицини

кафедра Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ДИСЦИПЛІНИ

«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»

ТЕМА «Запальні захворювання жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. Психологічні аспекти»

ДЛЯ СТУДЕНТІВ IV КУРСУ Навчально-наукового інституту психічного здоров,я

Освітній рівень: другий(магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 225 «Медична психологія»

Освітня програма: «Акушерство і гінекологія»

«Затверджено»
На методичній нараді
Кафедри Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти
протокол №1 від 28.08. 2026 р.
Завідувач кафедри
Член-кор. НАМН України
Д.м.н., професор Говсєєв Д.О.

КИЇВ 2026-27

УДК 618 (072)

Методична рекомендація «Запальні захворювання жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. Психологічні аспекти» для студентів IV курсу Навчально-наукового інституту психічного здоров,я з «Акушерство і гінекологія». Київ 2026-27

Авторський колектив кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти:

Член-кореспондент НАМН України, професор, завідувач кафедри Говсєєв Д.О.

Професор, д.мед.н. Лакатош В. П.

Професор, д.мед.н. Загородня О. С.

Професор, д.мед.н. Прощенко О. М.

Доцент, к.мед.н. Авраменко С. О.

Доцент, к.мед.н. Бурка О. А.

Доцент, д.мед.н. Бондаренко Н. П.

Доцент, к.мед.н. Вітовський Я. М.

Доцент, к.мед.н. Жабіцька Л. А.

Доцент, к.мед.н. Жегулович В. Г.

Доцент, к.мед.н. Костенко О. Ю.

Доцент, к.мед.н. Купчік В.І.

Доцент, д.мед.н. Леуш С. С.

Доцент, к.мед.н. Наритник Т. Т.

Доцент, к.мед.н. Поладич І. В.

Доцент, к.мед.н. Прилуцька А. Б.

Доцент, к.мед.н. Слободяник О. Я.

Доцент, к.мед.н. Ткаліч В. О.

Доцент, к.мед.н. Цапенко Т.В.

Асистент, к.мед.н. Антонюк М І.

Асистент, к.мед.н. Осадчук С. В.

Асистент, доктор філософії Синиця М.В.

Тема: «Запальні захворювання жіночих статевих органів. Психологічні аспекти

Запальні захворювання жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом»

І. Актуальність теми

Велика кількість запальних захворювань жіночих статевих органів жінок (ЗЗСО) пов'язана з інфекціями, що передаються статевим щляхом. Частота їх загрозливо зростає у зв'язку з підвищенням статевої активності в молодому віці, нестабільністю сексуальних контактів, легалізацією абортів та інше. Ці інфекції дуже негативно впливають на репродуктивне здоров'я жінки. Слід зазначити, що інфекція яка передається статевим шляхом вражає як геніталії жінки так й екстрагенітальні органи, що обумовлює вивчення цього питання лікарями всіх спеціальностей.

ІІ. Навчальні цілі

Ознайомитись (α=1),

- із частотою запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

Засвоїти (α=2) :

- Причини та патогенез розвитку запальних захворюваннь жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Фактори ризику запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Класифікацію запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Діагностика запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Клініка запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Лікарська тактику запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Методи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

- Методи профілактики виникнення запальних захворюваннь жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

Оволодіти та удосконалити навики (α=3):

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

Вміти (α=4):

- Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні запальним захворюванням жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Скласти план обстеження для діагностики запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Оцінити результати основного та додаткового обстеження при запальних захворюваннях жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Провести діагностику запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Визначити фактори ризику виникнення запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Визначити тактику ведення хворих з запальними захворюваннями жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Призначати лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Скласти план щодо реабілітації хворих з запальними захворюваннями жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

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
Забезпечуючідисципліни			
11.	Анатомія людини	Анатомію зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Дати характеристику будови жіночих статаевих 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, що передаються статевим шляхом.	• Надати невідкладну допомогу при запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
Забезпечувані дисципліни			
11	Сімейна медицина	• Клініку, діагностику, методи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.	• Діагностувати і складати план обстеження та лікування при запальних захворюваннях

			жіночих статевих органах, що передаються статевим шляхом.
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 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:

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

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

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

Захворюваність інфекціями ІІ групи знаходиться на високому рівні, вони поступово витискають 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%, поліанаероби – 44%, облігатні та факультативні анаероби – 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 ІПСШ 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 кишечник

Велика кількість запальних захворювань статевого тракту жінок первинно пов'язана з інфекціями, що передаються статевим шляхом. Частота їх загрозливо 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.

Згідно МКХ-10 в Україні введена в практику наступна класифікація гонореї жінок:

-гонорея нижніх відділів сечостатевого тракту без ускладнень;

-гонорея нижніх відділів сечостатевого тракту з ускладненнями;

-гонорея верхніх відділів сечостатевого тракту і органів малого тазу.

Далі надається повний топічний діагноз.

Клінічно виділяють гонорею свіжу (давністю до 2-х місяців) – гостру, подгостру, торпідну, а також хронічну (давністю більше 2-х місяців).

Клініка. В більшості випадків захворювання перебігає торпідно, мало- аьо асимптомно, часто приймає підгостру, хронічну або персистуючу форми. Симптоми залежать від місця ураження і вкладаються в клінічну картину ендоцервіциту, уретриту, ендометриту, аднекситу, пельвіоперитоніту. У жінок навіть при гострому перебігу не виникає помітних больових відчуттів. Характерним є велика кількість вогнищ запалення в місцях локалізації циліндричного епітелію – уретра, церві кальний канал, бартолінієві залози. Зовнішні статеві органи та вагіна у жінок репродуктивного віку, як правило не уражаються.

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.

Лікування.

Препаратами вибору для лікування вважають цефалоспорини,аміноглікозіди та фторхіналони,іноді застосовують пеніцилін.

Препапат	Свіжа, неускладнена гонорея	Хронічна, ускладнена (до антибіотиків завжди додається загальна неспецифічна терапія)
Бензилпеніциліну натрієва сіль	1 млн.ОД в/м кожні 4 год 1 добу	1 млн.ОД в/м кожні 3 год 3 доби
Про каїн-пеніцилін G	6 млн.ОД в/м	3 млн.ОД в/м 1 раз на добу протягом 3 діб
Ампіцилін	1 г в/м кожні 8 год 1 добу	1 г в/м кожні 8 год 3 доби
Амоксицилін	0,5 г усередину 3 рази на день 2 дні	0,5 г усередину 3 рази на день 5 днів
Цефтріаксон	1,0 г в/м одноразово	1,0 г в/м раз на добу 5 днів
Спектіноміцин (тромбі цин)	2 – 4 г в/м одноразово	2 г 1 раз на добу 5 днів
Ципрофлоксацин	0,5 – 1, 0 г кожні 12 год. 1 день	0,5 – 1, 0 г кожні 12 год. 5 днів
Офлоксацин	0,4 – 0,8 г усередину, через 12 год – 0,4 г	0,4 – 0,5 г кожні 12 год 5 днів
Доксициклін (вібраміцин, юнідокс)	0,2 г усередину, через 12 год. – 0,1 г	0,1 г усередину 2 рази на день 5 днів
Азитроміцин (сумамед)	1 – 2 г одноразово	0,5 г 1 раз на день 2 дні
Гентаміцин	0,04 г в/м кожні 8 год 3 рази	0,04 г в/м кожні 8 год 3 рази 5 днів.
Джозаміцин (вільпрофен)	0,5 г усередину 3 рази на добу, 2 дні	0,5 г усередину 3 рази на добу, 7 – 10 днів
Кларитроміцин (клацид)	0,5 г усередину, через 12 годин 0,25 г	0,25 г 2 рази на добу, 3 – 5 днів
Спіраміцин (роваміцин)	6 млн. МО усередину, через 12 год – 3 млн.МО	3 млн МО усередину 3 рази на день 5 днів

Бісептол, гросептол	4 табл. По 0,48 г, через 12 год – 2 таб.	2 табл по 0,48 г 3 рази на день, 7 – 10 днів

Допоміжні методи лікування застосовують при ускладненій, хронічній формах гонореї: імунотерапія, біогенні стимулятори ферменти, фізіотерапія.

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 урогенітального 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. Характерним є наявність слизових або слизово-гнійних виділень з уретри та церві кального каналу, а також фолікулярних утворень на шийці матки (фолікулярний цервіцит), болі у правому верхньому квадранті живота, спричинений перигепатитом (синдром Фітца-Х'ю–Куртіса). Висхідні форми хламідіозу перебігають мало- або асимптомно. За наявності симптомів вкладаються в клінічну картину ендометриту, аднекситу, пельвіоперитоніту.

Діагностка.

1. Клініко-діагностичні дослідження.

Виявлення морфологічних структур хламідій у досліджуваному матеріалі, забарвленому за методом Романовaського-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. Виявленя хламідійних антитіл імунологічними методами.

Реакція непрямої 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.

<u>Лікування.</u>

Препаратами вибору для лікування хламідіозу вважаються антибіотики групи тетрациклінів, макролітів, фторхінолонів.

<u>Тетрацикліни:</u>

- Тетрациклін – по 2-2,5 г на добу, 14-21 день. Необхідність приймати препарат 4 рази на добу обмежує його застосування.
- Доксициклін (вібраміцин, доксибене, юнідокс) – по 0,2-0,3 г на добу, 14-21 день. Внутрішньовенне введення підвищує ефективність.

<u>Макроліди:</u>

- Азитроміцин (сумамед) – в перший день 1,0 г в наступні дні по 0,25-0,5 г на добу, курсова доза 3,0 г.
- Джозаміцин (вільпрофен) – по 1,2-1,5 г на добу, 7 днів.
- Кларитроміцин (фромілід, клацид) – по 0,5-1,0 г на добу, 10 днів.
- Рокситроміцин (рулід) – 0,3-0,45 г на добу, 10 днів.
- Спіраміцин (роваміцин) – 6-9 млн. МО на добу, 10 днів.
- Мідекаміцин (макропен) – 1,2-1,6 г на добу, 10 днів.

<u>Фторхінолони:</u>

- Офлоксацин (офлаксин, тари від, занозин), ципрофлоксацин (ципринол,ципрбай), пефлоксацин (абак тал) – по 0,2-0,5 г усередину або внутрішньовенно 2 рази на добу, 10-14 днів.

- Норфлоксацин (Голіцин, уробацид) – 0,8 г на добу, 5-8 тижнів при хронічних аднексітах.

Антибіотики інших груп:

- Кліндаміцин (далацин) – по 0,6 г 3 рази на добу усередину або в/м чи в/в , 10-14 днів.

Терапія включає також підготовку імунної системи, фізіотерапевтичне та місцеве лікування, боротьбу із супровідними захворюваннями. За наявності персистуючої інфекції може бути призначена пульс-терапія (декілька циклів з перервою) з обов'язковою індивідуальною імунотерапією.

Контроль після лікування рекомендований не раніше ніж через 3 тижні після завершення лікування.

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.urealiticum.

Широке розповсюдження урогенітальних мікоплазм та їх часте виявлення у практично здорових жінок затруднює вирішення питання про їх участь у виникненні запальних захворювань жіночих статевих органів. На теперішній час показана роль мікоплазм у розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів полімікробної етіології. Більшість дослідників відносять мікоплазми до умовно-патогенної флори.

Клініка

При мікоплазмах відсутні патогномонічні симпоми. Захворювання вкладається в клінічну картину вагініту, ендоцервіциту, уретриту, ендометриту. Мікоплазм часто виявляють при спонтанних абортах, передчасних пологах, внутрішньоутробному інфікуванні плода.

Діагностика

1. *Культуральне дослідження.*

- *Виявлення мікоплазм в рідких живильних середовищах.*
- *Виявлення мікоплазм в твердих живильних середовищах.*

2. Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР).
3. Реакція імунофлюорисценції (РІФ).
4. Імунофлюорисцентний аналіз (ІФА)

Лікування

Критеріями призначення етіологічної терапії при виявлені мікоплазм є клінічні прояви запальних процесів урогенітального тракту, ступеню ризику інвазивних втручань (перед абортами, введення ВМС та інші.), обтяженого акушерського анамнезу (звичний аборт, післяпологовий ендометрит тощо);

безпліддя, коли крім мікоплазм інших чинників не виявлено. При лікуванні мікоплазм застосовують антибіотики тих самих груп як при хламідіозі: тетрацикліни, макроліди, фторхінолони. Курс лікування 7-10 днів. У вагітних застосовують еритроміцин та вільпрафен.
Контроль після лікування рекомендований не раніше ніж через 3 тижні після завершення лікування.

Трихомоноз

Збудник захворювання - представних джгутикових найпростіших Trichomonas vaginalis. Вагінальні трихомонади - це аеротолернтні анаероби. Завдяки наявності на поверхні трихомонад великої кількості ферментів (гіалуронідази,амілази,каталази). Вони можуть проходити в міжклітинні щілини,розповсюджуватися по урогенітальному тракту. Жінки і чоловіки можуть бути трихомонадоносіями,характерні значні пінисті,зловонні,жовто-зелені виділення. Трихомоніаз у понад 50% пацієнток мас безсимптомний перебіг або мінімальні ознаки, зокрема аномальні вагінальні виділення, свербіж, печіння або посткоитальну кровотечу.

Класифікація

Клінічно виділяють:

- гостру форму (давністю до 2-х місяців)

–подгостру,

- торпідну,
- хронічну (давністю більше 2-х місяців).
- Трихомонадоносійство.

Клініка залежить від ураження. Інкубаційний період від 3-5 лнів 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:

- полімепазна 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.

Показання до терапії трихомоніазу

Позитивний тест на T. vaginalis незалежно від наявності симптомів. Епідеміологічне лікування статевих партнерів.

Лікування системне та місцеве:

- лрепарати групи нітроімідазолів (метронідазол, тріхопол, флагіл);
- тінідазолу (фазижин):
- орнидазолу (тиберал);
- тенонітразолу (атрикан 250);
- наксоджину (німоразол)

Рекомендовані схеми лікування

Перша лінія: - метронідазол 400–500 мг перорально двічі на день протягом 5-7 днів; або - метронідазол 2 г перорально одноразово. Нітроімідазоли є єдиним класом ліків, які використовуються для пероральної або парентеральної терапії трихомоніазу, і більшість штамів до них високочутливі. У жінок висока частота інфікування сечовипускного каналу і парауретральних залоз, у зв'язку з чим для лікування слід застосовувати системну терапію з курсом лікування тривалістю 5-7 днів. У пацієнток із істинною алергією на метронідазол застосовується десенсибілізація. Пацієнткам слід рекомендувати не вживати алкоголь під час лікування та не менше 48 годин після закінчення прийому препарату (протягом 72 годин прийому тинідазолу) через можливу дисульфірамоподібну реакцію (ефект AntabuseVR).

При хронічній формі трихомонозу – імунотерапія, вітамінотерапя, ферментотерапія.

При рецидивуючому трихомоніазі тривалість лікування 14 днів.

Контроль за результатом лікування проводять через 7 – 10 днів після його закінчення, надалі після кожної менструації три рази.

Генітальний кандидоз

Збудники дріжджеподібні гриби роду кандіда (C.albicans, C.tropicalis, C. glabrata), іноді гриби роду Leptotrix. Понад 60% здорових жінок в пременопаузі колонізовані грибами роду Candida з вищими показниками під час вагітності та нижчими – в

дітей і жінок у постменопаузі, які не отримують менопаузальну гормональну терапію. За оцінками фахівців 75% жінок будуть мати принаймні один епізод вульвовагінального кандидозу (ВВК) протягом свого життя, а від 6 до 9% – хронічний рецидивуючий ВВК (не менше 4 епізодів на рік). ГК є результатом надмірного росту Candida albicans у 90% жінок (в інших визначаються інші види, наприклад, C. glabrata). Провокуючими факторами є є порушення біоценозу піхви через застосування антибіотиків, кортикостероїдів, ендокринні захворювання, вагітність, ендогенна або екзогенна імуносупресія (включаючи цукровий діабет та імунодепресанти, алергічну реакцію).

Класифікація

Видідяють три клінічні форми сечостатевого кандидозу:

- неускладнений кандидоз без патологічного фону;
- неускладнений кандидоз, обумовлений ендогенними причинами;
- ускладнений висхідний урогенітальний кандидоз на тлі значного зниження захисних сил організму.

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.

Лікування: протигрибкові препарати – кетоконозол (низорал), флуконазол (дифлюкан, дифлазон, медофлюкон), інтроконазол (орунгал), ністатин.)

Контроль за результатом лікування проводять протягом трьох місяців.

Рекомендовані схеми лікування вагінального кандидозу

Пероральні препарати включають:

- флуконазол 150 мг у вигляді разової дози;
- ітраконазол 200 мг двічі протягом однієї доби.

Інтравагінальні препарати включають:

- клотримазол вагінальні таблетки 500 мг у вигляді разової дози або 200 мг раз на добу протягом 3 днів;
- міконазол вагінальні овулі 1200 мг у вигляді разової дози або 400 мг раз на добу протягом 3 днів;
- еконазол вагінальний песарій 150 мг одноразово.

Неальбікантні види Candida та стійкість до азолів

Рекомендований режим:

- Песарії ністатину 100 000 ОД вагінально на ніч протягом 12-14 днів поспіль - Вагінальні свічки з борною кислотою 600 мг на день протягом 14 днів.
- Вагінальні свічки амфотерицину В по 50 мг 1 раз на добу протягом 14 днів
- Флуцитозин 5 г крему або 1 г песарій вагінально з амфотерицином або ністатином щодня протягом 14 днів

Для інфекції, спричиненої стійкими до азолів видами Candida, потрібні довші курси препаратами, що не належать до групи азолів.

Альтернативні або додаткові методи лікування

Доказові методи лікування:

Протиалергічні: - Цетиризин 10 мг перорально щодня протягом шести місяців може спричинити ремісію у жінок, у яких не вдалося досягти повного усунення симптомів за допомогою флуконазолу.

Бактеріальний вагіноз.

Бактеріальний вагіноз (БВ) - це дисбактеріоз вагінальної мікробіоти, характеризується змінами екосистеми піхви, які поялгають у заміщенні домінуючих у мікрофлорі вагіни мікроорганізмів роду Lactobacilus 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 відстутності лактобацил є підвищення pH 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 статевого партнера.

Клінічні прояви бактеріального вагінозу немають 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 пінисті
pH	< 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	Відстутні	Присутні	Відстутні
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).

Показання до лікування БВ:

- наявність симптомів;
- позитивна пряма мікроскопія з симптомами або без них у деяких вагітних (в яких в анамнезі були ідіопатичні передчасні пологи або викидень у другому триместрі вагітності);
- БВ у жінок, в яких заплановані гінекологічні хірургічні або інвазивні діагностичні процедури;

- факультативно (не обов'язково): позитивна пряма мікроскопія в жінок без симптомів; такі жінки можуть повідомити про припинення виділень після лікування.

Рекомендовані схеми лікування БВ

- Метронідазол 400-500 мг перорально двічі на добу протягом 5-7 днів; або Метронідазол гель (0,75%) інтравагінально один раз на добу впродовж 5 днів;
- Кліндаміцин крем (2%) інтравагінально один раз на добу протягом 7 днів.

Альтернативні схеми лікування БВ

- Метронідазол 2 г перорально в одноразовій дозі;
- Тинідазол 2 г перорально в одноразовій дозі;
- Тинідазол 1 г перорально один раз на добу протягом 5 днів;
- Кліндаміцин 300 мг перорально двічі на добу протягом 7 днів;
- Деквалінію хлорид 10 мг вагінальна таблетка один раз на добу впродовж 6 днів (антибакт)
- Секнідазол 2 г пероральні гранули в одній дозі

Симптоми і ознаки при різних причинах вагінальних виділень

Бактеріальний вагіноз	Вульвовагінальний кандидоз	Трихомоніаз
Близько 50% пацієнток не мають симптомів	Близько 60% жінок колонізовані. Симптоми відзначаються у небагатьох із них.	10-50% жінок асимптомні, 5-15% не мають патологічних ознак
Виділення у вигляді тонкого білого нальоту на стінках піхви і присінку піхви	Виділення, можуть бути нерясними та без запаху.	Виділення з неприємним запахом у 70%, пінисті виділення жовтого кольору в 10-30%
Неприємний рибний запах	Біль,свербіж у піхві й еритема	Свербіж/ подразнення в піхві й еритема
Вагініт відсутній	Тріщини на слизовій оболонці піхви Легка диспареунія Ураження шкіри пахової ділянки Набряк слизової оболонки піхви	Дизурія Зрідка дискомфорт унизу живота Вагініт У 2% випадків – «полунична шийка матки», видима неозброєним оком

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. Виділяють 3 форми герпетичної інфекції: *первинна інфекція, непервинна інфекція* (у пацієнток, які вже мають антитіла до одного з типів до одного з типів ВПГ), рецидивуюча інфекція. Факторами, які сприяють рецидивам є зниження імунологічної реактивності.

Класифікація

За клінічними формами:

2) маніфестна
3) атипова;
4) абортивна;
5) субклінічна.

За стадіями

6) І стадія (ураження зовнішніх статевих органів);
7) ІІ стадія (ураження піхви, цервікального каналу, сечівника)
8) ІІІ стадія (ураження ендометрія, маткових труб, сечового міхура)

Маніфестна форма характеризується болем в зоні вульви та появою везикульозних елементів,ознаки загального нездужання, високою або субфебрильною температурою. В подальшому на місті везикул утворюються ерозії, які поступово епітелізуються. Загальна тривалість клінічних проявів скаладає до 5-6 тижнів.

Атипова –характеризується тим, що вогнище ураження виглядають як тріщини слизової вульви,іноді як набряк вульви. Тріщини епітелізуються протягом 5-7 днів.

Абортивна форма – вогнище ураження, минає стадії характерні для маніфестної форми і виглядає як пляма чи папула,що свербить. Ця форма спостерігається у пацієнток,що раніше отримували противірусну терапію.

Субклінічна форма характеризується мікросимптоматикою, прояви герпетичної інфекції короткочасні і швидко зникають.

Клініко-лабораторне дослідження:

9) полімеразна ланцюгова реакція,
10) серологічні дослідження (ІФА),
11) виділення та ідентифікація вірусу герпесу,
12) цитологічні дослідження.

Лікування загальне та місцеве:

13) противірусні препарати (ацикловір, валоцикловір, фамцикловір),
14) інтерферони та їх індуктори (віферон, генферон, циклоферон, протефлазид та інші)
15) симптоматична терапія.

Вакцинотерапія після лікування при стійкій ремісії (герпетична вакцина (вітагерпанак) по 0,2 мл внутрішньошкірно 1 раз на тиждень впродовж 5 тижнів. Повторний курс через 6 місяців.

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, що передаються статевим шляхом. -Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Діагностика запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Клініка запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Лікарська тактика запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Методи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Методи профілактики запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.	(α= 2)	- індивідуальне теоретичне опитування - тестовий контроль - рішення типових задач	- питання для теоретичного опитування - тести - типові задачі -структурно-логічні схеми, таблиці - муляжі	15 %
Основний етап					

IV	Формування професійних навичок: - Збирати гінекологічний анамнез - Виконувати гінекологічне дослідження.	(α= 3)	Метод формування навичок: практичний тренінг	Алгоритми методів обстеження гінекологічних хворих, муляжі для тренінгу, гінекологічний інструментарій.	65 %
	Формування професійних вмінь: -Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні запальним захворюванням жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Скласти план обстеженяя для діагностики запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Оцінити результати основного та додаткового обстеження при запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Провести діагностику запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Визначити тактику ведення хворої з запальними захворюваннями жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Призначити лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органах. -Визначати показання до хірургічного лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.	(α= 4)	Метод формування вмінь: тренінг у вирішенні типових і нетипових ситуаційних задач - реальних клінічних, імітованих, тестових	Тематичні хворі, історії хвороби; УЗД –знімки або УЗД в реальному часі, результати інших додаткових методів обстежження ситуаційні задачі IV рівня, інтерактивні завдання.	

	-Скласти план щодо реабілітації хворих з запальними захворюваннями жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.				
Підсумковий етап					
V VI	Контроль та корекція рівня практичних навиків. Контроль та корекція рівня професійних вмінь Підведення підсумків заняття: Теоретичного, практичного, організаційного Домашнє завдання	(α= 3) (α= 4)	Індивідуальний контроль практичних навиків Аналіз результатів клінічної роботи студентів, рішення задач і тестів IV рівня Підсумкове оцінювання студентів за критеріями знань, навиків, вмінь	Тематичні хворі, муляжі Гінекологічний інструментарій Результати клінічної роботи, нетипові задачі і тести IV рівня Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою. Рекомендована література (основна, додаткова, електронні джерела)	20 %

VII.Матеріали методичного забезпечення заняття

7.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття

Питання (α=2) :

- Причини та патогенез розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

- Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Клініка запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Діагностика запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Фактори ризику запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Лікарська тактика при запальних захворюваннях жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Методи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

Ситуаційні задачі (α=2)

1. Хвора 32 років скаржиться на біль при сечовипусканні, підвищення температури тіла до 37,4° С. Незаміжня, має декілька статевих партнерів. При гінекологічному дослідженні: зовнішні статеві органи без патології. Слизова зовнішнього отвору уретри гіперемована. Слизова піхви без патології. Шийка матки циліндрична, гіперемія зони зовнішнього отвору церві -кального каналу. Внутрішні статеві органи без патології. Виділення гноєподібні.

Призначте план обстеження хворої. Встановіть попередній діагноз.

Д-з: Гонорейний ендоцервіцит.

План обстеження: бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження, молекулярно-біологічні методи (полімеразна ланцюгова реакція та лігазна ланцюгова реакція).

2. Хвора 26 років скаржиться на значні гнійні виділення з піхви та підйом температури тіла до 38°С. 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, призначити лікування.

Д-з: гостра гонорея.

Лікування: амоксициклін 0,5 г усередину 3 рази на день 2 дні.

3. В гінекологічний стаціонар госпіталізована хвора зі скаргами на різкий біль в нижніх відділах живота, підвищення Т тіла до 38°С, виділення з піхви гноєподібного характеру. Пологів та абортів не було. Статеве життя безладне. При бімануальному дослідженні: шийка матки конічної форми, зів закритий. Матка не збільшена, болюча при пальпації. Придатки збільшені, болісні з обох сторін. Виділення з піхви – значні, гноєподібні. Що доцільніше зробити для встановлення діагнозу?

Необхідно провести бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження виділень з піхви.

4. Хвора, 25 років звернулась зі скаргами на підвищення Т тіла до 37,9°С, ниючий біль внизу живота, біль при сечовипусканні, гноєподібні виділення. Занедужала гостро. Відмічає випадкові статеві зносини 5 діб тому. Відмічаються симптоми подразнення очеревини у гіпогастральній ділянці. Гінекологічні захворювання в минулому заперечує. При зсуві шийки матки спостерігається різка болючість. Матка та придатки чітко не визначаються через напруження передньої черевної стінки. Можливий діагноз? Що треба зробити для уточнення діагнозу?

Д-з: пельвіоперитоніт.

Треба провести обстеження : загальний аналіз крові та сечі, бактеріоскопічне та бактеріологічне обстеження на гонорею, УЗД.

5. Хвора 32 років, скаржиться на біль при сечовипусканні, підвищенні температури до 37,4°С. 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.

6. 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, білісуватіі з неприємним запахом. Внутрішні статеві органи без патології. При бактеріоскопії виявлені «ключові клітини». Встановіть діагноз. Призначте лікування.

Еталон відповіді:

Бактеріальний вагіноз.

І єтап - лікування:метронідазол 0,5 г 2 раза на добу -7днів. Далацин – гель 2% інтравагінально по 5 г на добу 3-6 днів.

ІІ етап – відновлення флори піхви

7. Хвора А звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на свербіж та печіння у ділянці зовнішніх статевих органів та вагіні, біль при статевому акті, гнійні виділення. При огляді: шкіра та слизова оболонка в області зовнішніх статевих органів гіперемована, стінка вагіни гіперемована, болюча, виділення гноєподібні. Шийка матки гіперемована, циліндричної форми, вічко закрите. Внутрішні органи без патології. Встановіть попередній діагноз, складіть план дослідження та план лікування.

Еталон відповіді:

Д-з: Вульвовагініт. Кольпіт.

Лабораторне обстеження: мікроскопія виділень. Бакпосів на флору та чутливість збудника до АБ. Обстеження на герпетичну, хламідійну інфекції, мікоплазму, уреаплазму методом ПЦР. Посів на гонорею. Кольпоскопія. Лікування етіотропне в залежності від збудника та чутливості до АБ (специфічна АБ терапія при ЗПСШ). Місцево: обробка піхви розчином цитеалу 1 раз на добу 10 днів, тержинан - по 1 свічці на ніч 10 днів.

8. Для лікування інфекції сечовивідних шляхів жінці було призначено антибіотики протягом 1 тижня. По закінченні прийому антибіотика

з’явились густі сироподібні білі виділення з піхви, які супроводжувалися сильним свербіжом вульви. Який попередній діагноз? Яке лікування?

Еталон відповіді: Д-з: Кандидозний кольпіт. Лікування: протигрибкові препарати.

9. Жінка скаржиться на зловонні пінисті виділення із піхви та сильний свербіж вульви. Додатково повідомляє, що у її партнера також з'явилися неприємні незначних виділення. При обстеженні піхви в дзеркалах виявлені яскраво червоні плями на шийці матки. Який етіологічний фактор кольпіту? Яке лікування?

Еталон відповіді: трихомоніаз. Лікування: метронідазол 0,5 г - 2 рази на добу - 7 днів протягом 3 менструальних циклів. Місцево: гелі або свічки з метронідазолом по 500 мг - 1 раз на добу. Солкотріховак –К – вакцинація.

10. Пацієнтка 24 років звернулась до жіночої консультації зі скаргами на надмірні виділення, свербіж в області зовнішніх статевих органів, болючість при сечовипусканні. Захворіла гостро, після випадкового статевого контакту. Об’єктивно: стінки піхви гіперемовані, виділення надмірні, гноєподібні, пінисті. Яке дослідження найбільш достовірне в плані діагностики захворювання?

ТЕСТОВІ ЗАДАЧІ

1. Пацієнтка 29 років звернулась 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°С. Хворіє на проятзі 4-5 днів. Об’єктивно: набряк та гіперемія вульви, везикули болісні при пальпації, стінки піхви гіперемовані. Поставте попередній діагноз:

A.Трихомонадний кольпіт.

B.Бактеріальний вагіноз.

C.Дріжджевий кольпіт.

D.Генітальний герпес.

2. Хвора 18 років звернулась 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?

A. Хронічна гонорея

B. Трихомоніаз

C. Кандидомікоз

Д. Свіжа гостра висхідна гонорея

E. Хламідіоз.

3. У 25 літньої жінки з метою лікування гострого пієлонефриту, був призначений комплекс антибіотикотерапії протягомі 10 днів. Після закінчення прийому АБ з'явились густі білі виділення з піхви сирнистого характеру, які супроводжувалися вираженим зудом вульви. Для описаного типу кольпіту виберіть раціональну терапію:

A. Протигрибкові препарати.

B. Спринцювання розчином борної кислоти.

C. Естрогенміські креми.

D. Метронідазол.

4. Мати привела до гінеколога дівчину 7 років зі скаргами на біль, печію у ділянці промежини, статева формула: Ах – 0, Р - 0, Ма – 0, Ме – 0. Визначається гіперемія в ділянці промежини і входу до піхви. Виділення із статевих шляхів сирнисті рясні. Яке обстеження в першу чергу допоможе уточнити діагноз:

A.Загальний аналіз крові.

B.Мазок на флору піхви.

C.Мазок на кольпоцитологію.

D.Аналіз кала на яйця глистів.

5. До лікаря загальної практики звернулась мати дівчинки 10 років зі скаргами на печію, свербіж у ділянці зовнішніх статевих органів. Дівчинка напередодні хворіла на гострий бронхіт та приймала антибіотики. При огляді: зовнішні статеві органи набрякли, гіперемовані, в складках скупчення білих нашарувань. Визначте найбільш імовірний діагноз:

A. Кандидозний вульвіт.

B.Трихомоніаз.

C.Неспецифічний вульвіт.

D.Глистна інвазія.

7.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

Завдання для формування навичок (α=3) :

1. Зібрати скарги і гінекологічний анамнез.
2. Провести основні методи гінекологічного обстеження: огляд зовнішніх статевих органів, оглял в дзеркалах, бімануальне дослідження

Завдання для формування вмінь (α=4)

1.Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні запальним захворюванням жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

2.Скласти план обстеженяя для діагностики запальних захворюваннь жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

3.Оцінити результати основного та додаткового обстеження при запальних захворюваннях жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

4.Провести діагностику запальними захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

5.Призначати лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

1. **Інтерактивне завдання (α=4) :**

1. Групу студентів поділити на 3 підгрупи, завдання для формування вмінь надати кожній підгрупі

2. Групу студентів поділити на 3-4 підгрупи, кожній групі надати різні знімки УЗ досліджень з різними формами запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

3. Групу студентів поділити на 2 підгрупи:
Підгрупа 1 – проводить аналіз ведення тематичної хворої на підставі наданої історії хвороби

Підгрупа 2 - оцінює правильність проведеного аналізу

7.2. Матеріали методичного забезпечення підсумкового етапу заняття

А) Оцінити результати виконання наданих інтерактивних завдань в підгрупах студентів.

7.3. Матеріали методичного забезпечення самостійної роботи студентів.

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. Норвитц Єррол Р., Шордж Джон О. Наглядные акушерство и гинекология (перевод с английского).- М.: ГЭОТАР - МЕД, 2003.-141 с.
2. Сенчук А.Я., Вдовиченко Ю.П., Венцковский Б.М., Шунько Е.Е. Руководство по практичеким навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии.- К.: Гидромакс,2006.- 368 с.