

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №25. Жіночі урогенітальні запальні захворювання.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний
Кафедра акушерства та гінекології



ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

«29» серпня 2024 року

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З
НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс 6
Навчальна дисципліна: «акушерство та гінекологія»
Практичне заняття №25. Тема: «Жіночі урогенітальні запальні захворювання»

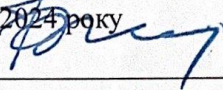
ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №25. Жіночі уrogenітальні запальні захворювання.

Затверджено:

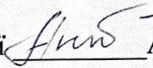
Засіданням кафедри акушерства і гінекології

Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «29» серпня 2024 року

Завідувач кафедри  Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

К.мед.н., асистент кафедри акушерства і гінекології  Антоненко І.В.

Практичне заняття №25.

Тема: «Жіночі уrogenітальні запальні захворювання.»

Мета: Удосконалити та поглибити знання з діагностики та лікування жіночих уrogenітальних запальних захворювань.

Основні поняття: Сучасні підходи до діагностики та лікування жіночих уrogenітальних запальних захворювань. Діагностика, лікування та профілактика захворювань, що передаються статевим шляхом.

Обладнання: Професійні алгоритми, структурно - логічні схеми, таблиці, муляжі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних досліджень, історії хвороби, ситуаційні завдання.

Навчальний час: 4 год.

I. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).

Проблема запальних захворювань жіночих статевих органів не втрачає своєї актуальності у наш час. Несвоєчасне та неадекватне лікування жіночих уrogenітальних запальних захворювань призводить до хронізації запального процесу, зтяжньому, рецидивуючому перебігу захворювання, розвитку ускладнень (безпліддя, порушення менструальної функції, тазовий біль).

У зв'язку з цим розробка методів раціонального лікування запальних захворювань геніталій залишається однією з найважливіших проблем гінекології, що має не тільки медичне, але і соціальне значення.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- ☐ На підставі даних скарг, анамнезу, клінічного перебігу захворювання встановлювати попередній діагноз;
- ☐ Здійснювати диференціальну діагностику та визначати клінічний діагноз захворювання;
- ☐ Визначати перелік необхідних клініко- лабораторних та інструментальних досліджень;
- ☐ Оцінювати дані клініко- лабораторного та інструментального обстеження

- пацієнтки;
- ☒ Призначити патогенетичне лікування.

Перелік дидактичних одиниць:

- Критерії діагностики жіночих урогенітальних запальних захворювань;
- Сучасні аспекти лікування жіночих урогенітальних запальних захворювань;
- Діагностика захворювань, що передаються статевим шляхом;
- Особливості лікування захворювань, що передаються статевим шляхом;
- Алгоритм обстеження пацієнтки з урогенітальним запальним захворюванням;
- Питання профілактики жіночих урогенітальних запальних захворювань.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

1. Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів.
2. Клінічні прояви запальних захворювань неспецифічної і специфічної етіології.
3. План клінічного та лабораторного обстеження жінок з урогенітальними запальними захворюваннями.
4. Сучасні принципи лікування запальних процесів жіночих статевих органів.
5. Ведення хворих з гнійною тубооваріальною пухлиною.
6. Показання до хірургічного лікування запальних захворювань жіночих статевих органів.
7. Профілактичні заходи щодо попередження виникнення запальних захворювань жіночої статевої сфери.

Типові ситуаційні задачі:

Ситуаційні задачі:

1. Жінка 32 роки звернулась до жіночої консультації зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,0 С і біль внизу живота, які з'явилися через 3 дні після штучного аборту в строку вагітності 10 тижнів. При бімануальному дослідженні: тіло матки збільшено до 5-6 тижнів вагітності, болісне при пальпації, має м'яку консистенцію. Виділення гнійно-кров'янисті з неприємним запахом. Попередній

діагноз? Який план обстеження та лікування хворої?

Відповідь

Попередній діагноз: Гострий метроендометрит.

Підтвердити діагноз можливо за допомогою слідуючих методів дослідження: Загальний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження крові, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження, ультразвукове дослідження органів малого тазу, ампліфікаційні методи (визначення ПЛР ДНК збудників інфекції).

2. Жінка 30 років звернулась зі скаргами на підвищення температури тіла до

38,2 С. З анамнезу – 2 вагітності, 1- пологи, 1 – штучний аборт. Статеве життя з 18 років. При огляді - в області великої залози піхви зліва – гіперемія шкіри, симптом флюктуації, різка болісність. З загального аналізу крові - лейкоцити крові 10,4 Г/л, ШОЕ -24 мм\ч. Попередній діагноз? План обстеження та лікування?

Відповідь

Попередній діагноз: Абсцес лівої бартолинової залози. План обстеження: загальний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження крові, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження, ультразвукове дослідження органів малого тазу, ампліфікаційні методи (визначення ПЛР ДНК збудників інфекції). Лікування: розкриття і дренажування абсцесу залози, надалі — антибіотикотерапія.

Типові тестові завдання:

1. У гінекологічне відділення поступила хвора зі скаргами на підвищення температури до 39,0С, різкі болі внизу живота, гнійно-кров'яністі виділення зі статевих шляхів. З анамнезу: 6 днів тому зроблений кримінальний аборт. Об'єктивно: АТ 100/60 мм рт.ст., Рс 110 уд.хв. Живіт напружений, болючий в нижніх відділах при пальпації, синдром Щеткіна-Блюмберга позитивний. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 7 тижнів вагітності, болюча, м'яка, визначається нависання заднього склепіння. Ваш діагноз?

А.Пельвіоперитоніт

В.Перфорація матки

С.Гострий аднексит

Д.Піосальпінкс

Е.Метроендометрит

2. В гінекологічне відділення поступила хвора 25 років зі скаргами на різкі болі

внизу живота, підвищення температури тіла до 38,80С, виділення слизово-гнійні. Пологів не було, 2 штучних аборти. Статеве життя поза шлюбом. При гінекологічному обстеженні: матка не змінена. Придатки – збільшені, болючі з обох сторін. Виділення з піхви гнійні, значні. Яке дослідження потрібно провести для підтвердження діагнозу?

- А. Кольпоскопію
- В. Гістероскопію
- С. Вишкрібання стінок порожнини матки
- Д. Бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження
- Е. Лапароскопію

3. Хвора. 19 років, скаржиться на значні пінисті виділення з піхви з неприємним запахом, печію та свербіж в ділянці зовнішніх статевих органів. Незаміжня має декілька статевих партнерів. При гінекологічному дослідженні: слизова оболонка піхви гіперемована, набрякла, відмічаються точкові крововиливи під слизову. Виділення значні, пінисті, зеленого кольору, з неприємним запахом. Якому захворюванню відповідає описана клінічна картина?

- А. Трихомонадний кольпіт
- В. Хламідіоз
- С. Вагініт
- Д. Кандидоз
- Е. Гонорея нижнього відділу статевого апарату

Вірні відповіді: 1-А, 2-Д, 3-А.

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів ділимо на 3 бригади в кількості по 3-4 чоловіка в кожній. Після наведеної ситуаційної задачі даємо завдання. Перша бригада – поставити попередній діагноз і скласти план обстеження пацієнтки. Друга бригада – скласти алгоритм лікування. Третя бригада – оцінює правильність відповіді першої і другої бригади і вносить свої корективи;

Ситуаційні задачі:

1. Жінка, 27 років, звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на біль

о

внизу живота, більше зліва, підвищення температури тіла до 37,7 С. Скарги з'явилися після переохолодження. Остання менструація 10 днів тому.

Бімануальне дослідження: тіло матки та додатки справа без особливостей, додатки зліва потовщені, набряклі, болючі. Попередній діагноз? План обстеження та лікування?

Відповідь - Гострий лівобічний сальпінгофорит.

2. Хвора К., 29 років, поступила в гінекологічне відділення із скаргами на безпліддя протягом 4 років, загальну слабкість, пітливість, часом підвищення

о

температури тіла до 37,2 – 37,4 С, періодичні ниючі болі внизу живота. Мала контакт з хворим на туберкульоз. Не вагітніє, контрацептивними засобами не користується. Проведена метросальпінгографія в зв'язку з безпліддям. Труби запаяні, на рентенограмі у вигляді “чъоток”. Об'єктивно: хвора зниженого харчування, склад тіла правильний. Піхвове дослідження: шийка матки еластичної консистенції, зміщення її безболісне. Матка розмірами менша норми, рухлива, безболісна, в правильному положенні. Придатки з обох боків – щільні, вузлуваті. Який попередній діагноз? Скласти план обстеження та лікування?

Відповідь - Генітальний туберкульоз.

3. Хвора 30 років, звернулася до лікаря зі скаргами на значні пінисті виділення із вагіни, з неприємним запахом, печію та свербіж в області геніталій. Хворіє протягом тижня. Статеве життя поза шлюбом. При огляді слизова оболонка вагіни гіперемована. Який попередній діагноз? Складіть план обстеження та лікування пацієнтки?

Відповідь - Трихомонадний кольпіт.

3.2. Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючи карти для формування практичних вмінь та навичок тощо).

В залежності від етіологічних чинників, запальні захворювання розділяють на дві великі групи – неспецифічної та специфічної етіології.

Алгоритми діагностики та лікування специфічних запальних

захворювань жіночих статевих органів

Витяг з Наказу МОЗ України №312 від 08.05.2009р., із змінами згідно з Наказами МОЗ України №762 від 20.11.2015р., №670 від 04.07.2016р.

Гонококова інфекція — інфекційне захворювання, яке викликається гонококком. Розрізняють: а) свіжу, з давністю захворювання до 2 міс., б) хронічну (понад 2 міс. чи з невстановленим початком). Свіжа форма підрозділяється на гостру, підгостру та торпідну. Класифікується на гонорею нижнього відділу (уретрит, парауретрит, бартолініт, цервіцит, проктит) та гонорею верхнього відділу статевих органів (ендометрит, метроендометрит, аднексит, пельвіоперитоніт, перитоніт).

Клініка: слизово-гнійні виділення, ознаки цервіциту, контактні кровотечі, гострий біль у нижній частині живота. Дисемінована інфекція викликає підвищення температури, петехії на шкірі, асиметричну артралгію, тендосиновіт.

Лабораторна діагностика

1. Загальний аналіз крові та сечі.
2. Мікроскопічний метод (пофарбованих по Граму/ метиленовим синім мазків з уретри, шийки матки чи прямої кишки).
3. Бактеріологічний метод (ідентифікація аеробної та анаеробної мікрофлори, антибіотикограма).
4. Ампліфікаційні методи- полімеразна ланцюгова реакція(ПЛР).
5. Ультразвукове дослідження органів малого тазу (УЗД).

Етіологічне лікування - антибіотики тетрациклінового, цефалоспоринового ряду, макроліди, аміноглікозиди.

Трихомоноз (трихомоніаз)

Захворювання, що передається статевим шляхом. Інкубаційний період - 5-15 днів. Розрізняють: свіжий трихомоніаз (гостра, підгостра, торпідна форма), хронічний (давнина захворювання більше 2 місяців) та трихомонадоносійство.

Клініка. Основним місцем паразитування трихомонад є слизова оболонка піхви і ектоцервікс, а також уретра, сечовий міхур. Виявляються рясні рідкі, пінисті, гнойоподібні білі; гіперемія і набряклість слизової оболонки піхви і піхвової частини шийки матки. У випадках ураження уретри з'являються печія і біль під час сечовипускання.

Лабораторна діагностика

1. Загальний аналіз крові та сечі.

2. Мікроскопічний метод (склад супутньої мікрофлори, інфільтрація нейтрофілами, внутрішньоклітинні включення).
3. Бактеріологічний метод (ідентифікація аеробної та анаеробної мікрофлори, антибіотикограма).
4. Ампліфікаційні методи- полімеразна ланцюгова реакція(ПЛР).

Лікування. Проводиться одночасне лікування статевих партнерів.
Системне антипротозойне лікування: метронідазол по 500 мг перорально двічі на день протягом 5-7 днів (препарат першого вибору), або тинідазол, або орнідазол.

Місцеве лікування: метронідазол по 500 мг (1 вагінальній свічці) протягом 7-10 днів.

Імуномодулятори (призначаються після дослідження імунного статусу): солкотриховак К - вакцинація по 0,5 мл через 2 тижні, 3 ін'єкції.

Відновлення нормального біоценозу піхви препаратами, що містять *L. acidophilus*, *L. bifidus*, *L. bulgaricus*, *S. thermophilus*.

Туберкульоз жіночих статевих органів

Збудники – туберкульозні мікобактерії. Гематогенний, лімфогенний шляхи розповсюдження. Класифікація генітального туберкульозу:

1. Гострий перебіг казеозних уражень.
2. Ураження з підгострим перебігом, ексудативно-проліферативними змінами.
3. Хронічні малосимптомні форми туберкульозу.
4. Інкапсуляція.

Клініка. Загальні симптоми - субфебрильна температура, стомлюваність, адинамія, гіпотонія, зниження апетиту, пітливість. Порушення менструальної функції — олігоменорея, альгодисменорея або аменорея. Первинне непліддя.

Діагностика. Анамнез (контакт з хворим на туберкульоз), внутрішньошкірна проба з туберкуліном, загальне обстеження (загальний та біохімічний аналізи крові, загальний аналіз сечі, рентгенологічні методи) гінекологічне обстеження, бактеріологічне та бактеріоскопічне обстеження, гістологічне дослідження соскоба ендометрія, гістросальпінгографія (ригідність труб, непрохідність в ампулярних відділах).

Лікування складається з комплексу наступних заходів:

- Гігієнічно-дієтичний режим.
- Кліматотерапія.
- Хіміотерапія протитуберкульозними препаратами.
- Оперативне лікування за відсутності від консервативного протягом 6-8 місяців.
- Симптоматичне.

Хламідіоз

Збудником уrogenітального хламідіозу є *Chlamidia trachomatis*. Хламідійна уrogenітальна інфекція є найбільш розповсюдженим захворюванням, що передається статевим шляхом. У жінок уражується уретра, парауретральні залози, слизова каналу шийки матки, слизова прямої кишки.

Клініка. Хламідійна інфекція проходить у підгострій, хронічній або персистентній формах. Клінічні форми уrogenітального хламідіозу: уретрит, парауретрит, бартолініт, вагініт, цервіцит, ендометрит, сальпінгіт, сальпінгоофорит. Виражений поліморфізм проявів і часта відсутність специфічних симптомів ускладнює клінічну діагностику хламідіозу. Найчастіше спостерігаються слизові та слизово-гнійні виділення, біль під час статевих відносин (диспареунія). Хламідійний уретрит супроводжується розладами у вигляді незначного свербіння і печії у ділянці статевих органів (дизурія), рясних слизових виділень.

Лабораторна діагностика:

1. Загальний аналіз крові та сечі.
2. Мікроскопічний метод (склад супутньої мікрофлори).
3. Бактеріологічний метод (ідентифікація аеробної та анаеробної мікрофлори, антибіотикограма).
4. Ампліфікаційні методи - полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР).
5. Серологічний метод визначення титрів антитіл (Ig M, Ig A, Ig G. Дослідження парних сироваток з інтервалом 14 днів).

Лікування. *Системне антибактеріальне лікування:* азитроміцин перорально 1,0 г в 1 день, далі по 0,5г 1 раз на добу протягом 3-х днів, або доксіциклін — перорально по 0,1 г 2 рази на добу протягом 7-14 днів, або джозаміцин перорально 0,5 г 3 рази на добу протягом 7-14 днів. Тривалість лікування у випадку неускладненої хламідійної інфекції нижнього відділу статевих органів складає 7 діб. У випадку ускладненої хламідійної інфекції верхнього відділу статевих органів складає 14-20 діб.

Імуностимулятори (призначаються після дослідження імунного статусу):

циклоферон — внутрішньом'язово по 250 мкг через день № 5.

Антимікотичні препарати з метою профілактики кандидозу:
- флуконазол — перорально по 50 мг через день до 10 днів,

Відновлення нормального біоценозу піхви препаратами, що містять *L. acidophilus*, *L. bifidus*, *L. bulgaricus*, *S. thermophilus*.

Мікоплазмоз

Збудником захворювання є мікроорганізми *Mycoplasma*, до складу яких входять два види збудників. *Mycoplasma* (включає 75 видів) та *Ureaplasma urealyticum* – 10 серотипів. Назва уреоплазма походить від здатності мікроорганізмів продукувати фермент уреазу, яка розщеплює сечовину. Мікроорганізми розміщуються на слизових оболонках ротової порожнини, дихальних шляхів, нижніх відділів сечових шляхів і статевих органів. Мікоплазми розповсюджуються статевим шляхом і часто їх можна виявити в осіб із гонореєю, трихомоніазом, і є супутньою мікрофлорою.

Клінічна картина. Мікоплазмозний цервіцит, вульвовагініт, цистит, уретрит. У 30% жінок — можливо слизисто-гнійні виділення, дизурія, ознаки запального захворювання органів малого тазу. Найчастіше захворювання протікає латентно зі стертою клінічною картиною.

Діагностика.

1. Загальний аналіз крові та сечі.
2. Мікроскопічний метод (склад супутньої мікрофлори).
3. Бактеріологічний метод (ідентифікація аеробної та анаеробної мікрофлори, антибіотикограма).
4. Ампліфікаційні методи- полімеразна ланцюгова реакція(ПЛР).

Лікування мікоплазмозу / уреоплазмозу

Проводиться одночасне лікування статевих партнерів. *Системне антибактеріальне лікування:* доксицилін - перорально по 0,1 г 2 рази на добу протягом 10 днів, або джозаміцин - перорально по 0,5 г 3 рази на добу протягом 10 днів. Тривалість лікування у випадку неускладненої мікоплазмозної інфекції нижнього відділу статевих органів - 10 діб. У випадку ускладненої мікоплазмозної інфекції верхнього відділу статевих органів складає 14 діб.

Імуностимулятори (призначаються після дослідження імунного статусу): циклоферон - внутрішньом'язово по 250 мкг через день № 5.

Антимікотичні препарати з метою профілактики кандидоза: флуконазол -

перорально по 50 мг через день до 10 днів.

Відновлення нормального біоценозу піхви препаратами, що містять *L. acidophilus*, *L. bifidus*, *L. bulgaricus*, *S. thermophilus*.

Вірусні захворювання жіночих статевих органів

Викликаються багатьма вірусами, найбільш яскрава картина при ураженні вірусом простого герпесу, при папіломовірусній інфекції.

Кондиломи- аногенітальні бородавки, викликані вірусом папіломи людини(ВПЛ). Можуть бути поодинокими або виявляють від 5 до 15 і більш вогнищ. Існують три типи кондилом: гострі кондиломи (на епітелії слизових малих статевих губ, входу в піхву), бородавки у вигляді папул (на лобку, промежині і періанальних ділянках) та ураження у вигляді плям (виявляються на слизових у вигляді незначної зміни кольору — сірувато-білі або рожево-червоні). Дуже часто захворювання проходить у хронічній та латентній формах.

Діагностика

1. Загальний аналіз крові та сечі.
2. Мікроскопічний метод (склад супутньої мікрофлори).
3. Цитоморфологічне дослідження (койлоцитоз, паракератоз, дискератоз).
4. Проста і розширена кольпоскопія.
5. Ампліфікаційні методи- полімеразна ланцюгова реакція(ПЛР).
6. Гістологічне дослідження.

Лікування. На даний час, ні одна сучасна методика лікування не дає зберегти тривалу ремісію й усунути вірус папіломи людини. Частота рецидивів складає 20-30%. Застосовують такі методи: 1. Електрокоагуляція, кріодеструкція, лазервапорізація; 2. Хімічні речовини (трьохлороцетну та інші органічні кіслоти); 3. Цитотоксичні препарати (подофілін, подофілотоксин); 4. Імунотерапія- специфічна (вакцини), так і неспецифічна (інтерферони). Найчастіше застосовують комбіноване лікування.

Ректогенітальна герпесвірусна інфекція виявляється або симптоматичним (клінічно вираженим) захворюванням на місці проникнення вірусу (тобто навколо геніталій), або протікає як безсимптомне захворювання. Може викликатися вірусами ВПГ-1 чи ВПГ-2. Після інфікування вірус переходить в латентний стан у місцевому чуттєвому ганглії і періодично реактивується, викликаючи симптоматичні (клінічно виражені) вогнища.

Класифікація. 1.Герпетичний уретрит.2. Герпетичний вагініт3. Герпетичний

цервіцит.4. Герпетичний цистит.5. Герпетичне ураження періанальної ділянки.

Клініко-морфологічна класифікація генітального герпесу:

- перший клінічний епізод генітального герпесу;
- рецидивуючий генітальний герпес: типова і атипова форми;
- безсимптомне вірусовиділення.

Лікування генітального герпесу

Лікування **первинного епізоду** генітального герпесу:

Системні противірусні препарати:

- ацикловір - перорально по 200 мг 5 раз на добу протягом 5 днів, або
- фамцикловір - перорально по 250 мг 3 рази на добу протягом 5 днів, або
- валацикловір - перорально по 500 мг 2 рази на добу протягом 5 днів.

Місцеве лікування:

- ацикловір - крем наноситься на місця уражень 5 раз на добу протягом 5-10 днів.

Імуномодулятори: циклоферон - внутрішньом'язово по 250 мкг через день, № 10. Знеболюючі, вітамінотерапія, антиоксиданти.

Вакциноterapia (після лікування, при стійкій ремісії): - вакцинація герпетичною вакциною (через 2 місяці після лікування) проводиться внутрішньошкірно на згинальній поверхні передпліччя по 0,2 мл 1 раз на 3 дні, всього 5 ін'єкцій. Перерва 2 тижні – і ще 5 ін'єкцій по 0,2 мл 1 раз на тиждень. У випадку появи герпетичних висипань проміжки між ін'єкціями збільшуються у 2 рази.

Алгоритми діагностики та лікування неспецифічних запальних захворювань жіночих статевих органів

Запальні захворювання нижнього відділу статевих органів

Вульвіт - це запалення великих і малих статевих губ, клітора і присінка вагіни. Розрізняють:

- первинний (в дитячому віці, при пошкодженнях вульви, свербінні зовнішніх статевих органів.) - вторинний вульвіт (при запаленні внутрішніх статевих органів). Причинами свербіння можуть бути цукровий діабет, ентеробіоз, деякі шкірні захворювання, нетримання сечі.

Клініка. Хворі скаржаться на свербіння і печію в ділянці зовнішніх статевих органів, особливо після сечовипускання, біль при рухах, виділення. При огляді спостерігаються набряк тканин, гіперемія вульви, значні виділення (їх характер залежить від етіологічних факторів).

В хронічній стадії зменшуються гіперемія, набряк, ексудація. Свербіння стихає, але періодично відновлюється.

Діагностика. Аналіз скарг хворої, даних анамнезу, об'єктивного обстеження, результатів бактеріоскопічного і бактеріологічного досліджень дають можливість встановити точний діагноз.

Лікування вульвіту визначається його причиною. Місцеве лікування включає в себе санацію зовнішніх статевих органів розчином перманганату калію (1:10 000), настоем ромашки чи евкаліпту. Призначають сидячі ванни з настоем ромашки або розчином перманганату калію (1:10 000) 2-3 рази на день по 10 хв. При бактеріальних вульвітах добрі результати отримують при застосуванні повідон-йоду (у вагіну протягом 7-10 днів).

Бартолініт - це запалення великої залози присінка вагіни. Збудниками є стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, гонокок, трихомонади. При запаленні присінка вагіни мікроби проникають у вивідні протоки бартолінієвої залози, викликаючи запалення, тобто каналікуліти. В результаті закупорки вивідної протоки утворюється несправжній абсцес; якщо ж запалення переходить на навколишню клітковину, то виникає справжній абсцес. За клінічним перебігом процес може бути гострим та хронічним, рецидивуючим.

Клініка. При каналікулітах хворі скаржаться на біль у ділянці зовнішніх статевих органів, виділення зі статевих шляхів. При огляді виявляють гіперемію навколо вивідної протоки. Бартолінієва залоза збільшується у розмірах, стає болісною при пальпації, та з вивідного протока при надавлюванні виділяється гнійних секрет.

Хронічний бартолініт часто рецидує та має стерту картину запалення. При довготривалому процесі в залозі накопичується рідкий секрет який викликає утворення безболісної ретенційної кісти бартолінієвої залози.

При несправжньому абсцесі великої бартолінієвої залози хворі скаржаться на підвищення температури тіла, різкий біль при ходьбі в ділянці зовнішніх статевих органів. При огляді виявляють припухлість великої і малої статевих губ, при пальпації та розкритті статевої щілини виникає різка болючість.

Справжній абсцес бартолінієвої залози виникає при проникненні в її паренхіму гнійних мікроорганізмів. Паренхіма залози при цьому повністю

о

розплавляється. Хворі скаржаться на підвищення температури тіла до 39 С, різкий постійний біль у ділянці зовнішніх статевих органів, різкий біль при ходьбі. Загальний стан хворої важкий. При огляді виявляють гіперемію, набряк

у ділянці статевих губ, болючість при пальпації, збільшення пахових лімфатичних вузлів.

Діагностика. Проводимо аналіз скарг хворої, даних анамнезу захворювання, об'єктивного обстеження, забір виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження та визначення чутливості до антибіотиків. Для діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування. У гострій стадії призначають ліжковий режим, антибіотики, знеболюючі, холод на промежину. Якщо протягом 2-3 днів покращання не настає, то призначають процедури, які сприяють швидкому абсцедуванню (тепло, мазь Вишневського). Коли з'являється флюктуація, гнійник розкривають.

Лікування несправжнього та справжнього абсцесів полягає у широкому розкритті і дрениванні гнійника. Призначають антибактеріальну та детоксикаційну терапію, у порожнину гнійника водять антибіотики і дренаж. При наявності ретенційної кісти в холодній стадії – розкривають проток великої залози, вивертають слизову оболонку та підшивають її до слизової оболонки вульви (марсупіалізація кісти).

Вагініт - це запалення слизової оболонки вагіни. Збудниками вагініту є стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, ентеробактерії, мікоплазми, дріжджові гриби. Розрізняють гострий, хронічний, рецидивуючий, а також простий (серозно-гнійний) та гранульозний дифузний вагініт. **Клініка.** Хворі скаржаться на виділення зі статевих шляхів, свербіння, відчуття печії у вагіні та в ділянці вульви, в деяких випадках ниючий біль і печію при сечовипусканні, диспареунію (біль під час статевого акту).

2.3.1.1. **Простий (серозно-гнійний) вагініт.** При огляді вагіни в дзеркалах слизова оболонка гіперемійована, набрякла, місцями вкрита серозним чи серозно-гнійним нальотом.

При розвитку **гранульозного дифузного вагініту** на слизовій оболонці вагіни виявляють дрібноточкову зернистість, яка утворюється дрібними інфільтратами в субепітеліальному шарі. У хронічній стадії зміни слизової оболонки вагіни виражені слабо, білі незначні.

Діагностика. Проводимо аналіз скарг хворої, даних анамнезу захворювання, об'єктивного обстеження, забір виділень для бактеріоскопічного, цитоморфологічного, бактеріологічного дослідження та визначення чутливості

до антибіотиків. Для діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування. Тривалість антибактеріальної терапії складає 7-10 днів. Застосовують вагінальні свічки з повідон-йодом, мірамістином, хлорофіліптом, здійснюють обробку зовнішніх статевих органів розчинами антисептиків (фурациліну, рекутану, каля перманганату). Для відновлення мікробіоценозу піхви після проведеного лікування застосовують біопрепарати (лактобактеріну, біфідумбактеріну, «Симбі плюс», «Флоріка»).

Атрофічний вагініт виникає у жінок у менопаузі. В слизовій вагині відбуваються атрофічні зміни, в епітелії зменшується запас глікогену, знижується кислотність вагінального секрету, що й сприяє розвитку патогенної мікрофлори. Найчастіше виникають скарги на відчуття дискомфорту, печію і свербіння. При гнійно-кров'янистих виділеннях потрібно виключити злоякісні процеси.

Лікування. Загальне лікування проводять, використовуючи кон'юговані естрогени (премарин, овестин) чи естріол - по 1 таб. (0,5 мг) двічі на добу щоденно, після покращання - по 1 таб/день. Тривалість терапії становить 2-3 тижні. Місцеве лікування включає: ванночки з ромашкою, календулою. Тампони з фітопрепаратами: алое, апілак, каланхое, масло шипшини та обліпихи.

Ендоцервіцит (цервіцит) Збудниками ендоцервіциту є: стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, ентерококи, мікоплазми, хламідії та інші. Його виникненню сприяють травми та розриви шийки матки під час пологів, супутні захворювання внутрішніх статевих органів (вагініти, сальпінгіти, сальпінгоофорити), ектопії шийки.

Клініка. Хворі скаржаться на слизисто-гнійні виділення, іноді на ниючий біль внизу живота. При огляді шийки матки в дзеркалах навколо зовнішнього вічка цервікального каналу виявляють гіперемію, рідше гнійні виділення з цервікального каналу. При тривалому перебізі захворювання розвивається гіпертрофія шийки матки.

Діагностика. Аналіз скарг хворої, даних анамнезу захворювання, об'єктивного обстеження, проводять кольпоскопію, забір виділень для бактеріоскопічного, цитоморфологічного та бактеріологічного дослідження та визначення чутливості до антибіотиків. Для діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування В гострій стадії захворювання призначають антибактеріальну

терапію залежно від виду збудника. Місцеві процедури протипоказані (ризик поширення інфекції). Якщо виникнення ендocerвіциту пов'язане з наявністю розривів шийки матки, то після протизапального лікування показана пластична операція шийки матки.

Запальні захворювання верхнього відділу статевих органів:

Ендометрит Частіше процес розвивається при висхідній інфекції через канал шийки матки. Проникнення бактерій в тканини ендo- і міометрію відбувається під час мимовільних та штучних абортів, пологів, при проведенні діагностичних вишкрібань слизової оболонки цервікального каналу та тіла матки, введення ВМК та інших внутрішньоматкових втручань. Збудниками ендoметриту є: гонококи, стрептококи, стафілококи, мікоплазми, кишкова паличка, ентерококи, а також асоціація 3-4 анаеробів з 1-2 аеробами, бактероїдами.

Клініка гострого ендoметриту. Захворювання починається гостро через 3-4 дні після інфікування з підвищення температура тіла. З'являється біль у нижніх відділах живота з іррадіацією в крижові, пахові ділянки. Хвора скаржиться на гнійні чи кров'янисто-гнійні виділення зі статевих шляхів. Живіт м'який, болючий при пальпації у нижніх відділах. В загальному аналізі крові виявляють лейкоцитоз і зсув формули вліво, зростання ШОЕ.

При гінекологічному дослідженні: тіло матки збільшено в розмірах, має кулеподібну форму, м'якої консистенції, інволюція її значно затримується. Виділення серозно-гнійні, нерідко тривалий час сукровичні, що пов'язане з затримкою регенерації слизової оболонки.

Діагностика. Діагноз гострого ендoметриту підтверджуємо на підставі даних анамнезу(інструментальні маніпуляції у порожнині матки), клінічної картини (підвищення температури, серозно-гнійні виділення з неприємним запахом, болючість при пальпації матки, м'яка консистенція тіла матки, затримка інволюції матки після абортів), даних лабораторних методів дослідження (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ), УЗД органів малого тазу. Обов'язковим є забір гнійних виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження та визначення чутливості до антибіотиків. Для діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування. Враховуючи поліморфну етіологію захворювання, частіше застосовують комбіновану антибіотикотерапію. Можна призначати комбінацію

цефалоспоринів III-IV поколінь та метронідазолу, лінкозамінідів та аміноглікозидів II-III поколінь. Монотерапія проводиться інгібіторзахищеними амінопеніцилінами (амоклацилін/клавуланова кислота та інші) і карбапенемами (іміпінем/ціластин, меропенем).

При підозрі на хламідійну інфекцію пацієнткам додатково призначають доксицилін або макроліди. Дози та тривалість лікування антибіотиками визначаються тяжкістю захворювання. За необхідністю проводять інфузійну, десенсибілізуючу та загальноукріплюючу терапію. Дієта має бути багатою вітамінами, легко засвоюватись, не призводити до порушення функції кишечника. Періодична аплікація холоду на низ живота має протизапальну, протибольову, гемостатичну дію. Одночасно призначають спазмолітики (2 % но-шпа по 1-2 мл 2-3 рази на добу).

Хронічний ендометрит. В останні роки має місце зростання частоти хронічного ендометриту, що пов'язано з широким застосуванням ВМК, збільшенням кількості абортів і різних внутрішньоматкових маніпуляцій, включаючи ендоскопічні методи дослідження. Хронічний ендометрит є наслідком недолікованого гострого післяпологового та післяабортного ендометрита.

Клініка. Основним симптомом захворювання є маткові кровотечі. Внаслідок неповноцінності трансформації ендометрію порушуються процеси десквамації і регенерації функціонального шару, що є основною причиною пост-і передменструальних кров'янистих виділень. Хворі також можуть скаржитися на наявність серозних чи серозно-гнійних виділень зі статевих шляхів, ниючий біль внизу живота. При вагінальному дослідженні відмічають збільшення матки.

Діагностика хронічного ендометриту ґрунтується на даних анамнезу, клінічних ознаках захворювання, заключенню гістологічного дослідження зскрібка ендометрію (наявність плазматичних клітин). Операцію діагностичного вишкрібання з метою отримання максимальної інформації проводять у першу фазу (8-10 день) менструального циклу.

Лікування. Призначають антибіотики, враховуючи чутливість до них збудника: напівсинтетичні пеніциліни, канаміцин, гентаміцин та інші. Дози і тривалість лікування зумовлюються важкістю захворювання. При необхідності проводять інфузійну, десенсибілізуючу, загальнозміцнюючу терапію. На стадії ремісії доцільно призначати курс фізіотерапії та санаторно-курортне лікування.

Параметрит - це запалення навколоматкової клітковини. Запальний

процес, поширюючись у навколоматкову клітковину (параметрій), може локалізуватись в одному з бокових відділів тазової клітковини (боковий параметрит, допереду в бік сечового міхура - передній параметрит, дозаду - задній параметрит) чи охоплювати клітковину малого тазу (пельвіоцелюліт).

Виникненню захворювання сприяє післяпологова чи післяабортна інфекція, різні внутрішньоматкові втручання (зондування, біопсія, гістросальпінгографія), а також поширення інфекції лімфогенним чи гематогенним шляхом з матки, маткових труб, кишечника.

Клініка. На початку захворювання з'являється біль внизу живота, який

о

посилюється з прогресуванням процесу. Температура тіла до 38-39 °С. Нерідко порушується сечовипускання (почащене, болюче), відмічаються диспептичні порушення (запор, пронос, тенезми).

При бімануальному дослідженні (необхідно провести і ректальне дослідження) збоку, допереду чи дозаду від матки визначається болючий інфільтрат з нечіткими контурами. У подальшому інфільтрат поширюється в сторони аж до стінок тазу, до пахової і лонної ділянок, згладжуючи чи вип'ячуючи склепіння вагіни. При нагноєнні в центрі інфільтрату визначається флуктуація. Матка зміщена в здорову сторону.

Діагностика. Діагноз параметриту підтверджуємо на підставі даних анамнезу (післяпологова чи післяабортна інфекція, інструментальні маніпуляції у порожнині матки), клінічної картини захворювання (біль внизу живота який посилюється з прогресуванням процесу, підвищення температури, порушення сечовипускання, диспептичні порушення), даних бімануального і ректоабдомінального дослідження (збоку, допереду чи дозаду від матки визначається болючий інфільтрат з нечіткими контурами), даних лабораторних методів дослідження (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ), УЗД. Також обов'язковим є забір гнійних виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження, та визначення чутливості до антибіотиків. **Лікування.** Холод на низ живота, антибактеріальна терапія, при болю - знеболюючі. При нагноєнні параметрального інфільтрату (при випинанні заднього склепіння) потрібно своєчасно його розсікти.

Сальпінгоофорит. Ізольоване запалення маткової труби в клінічній практиці зустрічається рідко. Частіше у жінок зустрічається запалення маткових труб і яєчників. Воно може поєднуватися з запаленням матки.

Сальпінгоофорити викликаються патогенними та умовно-патогенними мікроорганізмами: стафілококами, стрептококами, кишковою паличкою, хламідіями, гонококами. Нерідко збудниками процесу є анаероби - бактероїди, пептококи.

Гострий сальпінгоофорит. Клініка. Хворі скаржаться на підвищення температури тіла, погіршення загального стану, сильний біль внизу живота, озноб, дизуричні розлади, збільшення піхвових виділень із неприємним запахом. Інколи спостерігається нудота та блювання. При огляді живіт напружений, болючий при пальпації. При гінекологічному дослідженні придатків матки - вони збільшені, пастозні, болючі при пальпації, рухомість їх обмежена. Болючість під час екскурсії шийки матки (симптом “канделябра”).

В аналізі крові спостерігається: лейкоцитоз, зростання ШОЕ; в протеїнограмі переважають глобулінові фракції, підвищення в крові вмісту С-реактивного білка.

Діагностика. Діагноз ґрунтується на даних анамнезу (гострий початок захворювання після менструації), клінічної картини захворювання (підвищення температури тіла, тазовий біль, озноб, дизуричні розлади), бімануального дослідження, лабораторних даних (лейкоцитоз, зростання ШОЕ, підвищення в крові вмісту С-реактивного білка), УЗД органів малого тазу. Обов’язковим є забір виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження, та визначення чутливості до антибіотиків. Для скринінгу захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування хворих у гострій стадії проводиться в стаціонарі. До схеми першого ряду відносять комбінацію цефалоспоринів третього покоління (цефотоксим, цефтриаксон) з метронідазолом, призначення інгібіторзахищених амінопеніцилінів (амоксцилін/клавулонова кислота та інші).

В якості альтернативних режимів можуть застосовуватися лінкозаміди в комбінації з аміноглікозидами, фторхінолони (ципрофлоксацин, офлоксацин) з метронідазолом, карбопенеми. Враховуючи високий ризик хламідійної інфекції пацієнткам одночасно варто призначати доксициклін або макроліди. Застосовуються такі схеми лікування:

- ☒ цефтриаксон 250-500 мг внутрішньом’язово чи внутрішньовенно 1 доза + доксициклін 100 мг 2 рази на добу перорально 14 днів.
- ☒ офлоксацин 400 мг 2 рази на добу перорально + метронідазол 500 мг 2 рази на добу протягом 14 днів;

- ▣ кліндаміцин 300-450 мг 4 рази на добу перорально;
- ▣ метронідазол 500 мг 2 рази на добу перорально 14 днів.

Також рекомендується така комбінація: цефоксітин 2,0 г внутрішньом'язово+ пробенецид 1,0 г перорально + доксіциклін 100 мг 2 рази на день, перорально 14 днів.

При важкому перебігу, гнійному сальпінгоофориті призначається: цефоксітин 2,0 г через 6 годин внутрішньовенно або цефотетан 2,0 г через 12 годин внутрішньовенно в комбінації з доксіцикліном 100 мг через 12 годин внутрішньовенно чи перорально; кліндаміцин 600-900 мг внутрішньовенно через 8 год. + гентаміцин в/в 2 мг/кг маси тіла, з поступовим зменшенням дози до 1,5 мг/кг через 8 год.; чи ампіцилін/сульбактам чи тікарцилін/клавунат чи піперацилін-тазобактам.

При підозрі на анаеробну флору застосовують метронідазол. Призначають його в важких випадках внутрішньовенно в добовій дозі 1-1,5 г протягом 5-8 днів; в менш важких випадках рекомендується пероральне призначення препарату в дозі 400-500 мг 3 рази в день протягом 7-8 днів, за показами тривалість прийому можна збільшити.

При виражених ознаках інтоксикації використовується інфузійна терапія: парентерально вводиться 5 % розчин глюкози, поліглюкіну, реополіглюкіну, білкових препаратів (загальна кількість рідини 2-2,5 л/добу). При необхідності в склад інфузійної рідини включають вітаміни, 4-5 % розчин бікарбонату натрію (500-1000 мл) для корекції кислотно-лужного стану, антигістамінні препарати.

Хронічний сальпінгоофорит. Хронічний сальпінгоофорит може бути продовженням недолікованого гострого процесу, а може розвиватись без гострої стадії. Хронічній стадії процесу властиві втрата фізіологічних функцій слизової та м'язової оболонок маткової труби, розвиток сполучної тканини, звуження просвіту судин, склеротичні процеси. При тривалому перебігу нерідко виникає непрохідність маткових труб із утворенням гідросальпінксу та спайкового процесу навколо яєчників. Можуть утворитися перитубарні та періоваріальні спайки, які перешкоджають заплідненню.

Клініка. Основною скаргою є біль внизу живота(тупий, ниючий), який посилюється при переохолодженні, інтеркурентних захворюваннях, перед і під час менструації. Найчастіше інтенсивність болю не відповідає характеру змін в статевих органах, він відчувається за ходом тазових нервів (невралгія тазових нервів, тазовий гангліоневрит, який виникає внаслідок хронічного запального

процесу).

Порушення менструальної функції (олігоменорея, альгодисменорея та ін.) має місце у хворих і пов'язане з порушенням функції яєчників (гіпофункція, ановуляція та ін.). Функціональні зміни в маткових трубах і гіпофункція яєчників є причиною безпліддя. Спостерігається порушення статевої функції (болючий коїтус, зниження лібідо). Скарги на розлади секреторної функції (білі) обумовлені розвитком кольпіту або ендоцервіциту.

Діагностика. З даних анамнезу враховують наявність перенесеного запального процесу в придатках матки після абортів, ускладненого перебігу пологів, внутрішньоматкових діагностичних процедур. З клінічних даних (тазовий біль, порушення менструальної та статевої функції, безпліддя). Для підтвердження діагнозу -УЗД органів малого тазу, забір виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження, та визначення чутливості до антибіотиків. Для скринінгу захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР).

При легких формах запальних захворювань органів малого тазу пацієнтки можуть лікуватися в амбулаторних умовах. У таких випадках перевага надається пероральним препаратам високої біодоступності. За показаннями призначають анальгетики, нестероїдні протизапальні препарати у вигляді свічок, вітаміни, ферменти.

Виражений запальний процес у придатках матки нерідко потребує **хірургічного лікування**. Доцільно спочатку провести діагностичну лапароскопію. Необхідність хірургічного втручання виникає при відсутності ефекту від консервативної терапії та формуванні тубооваріальних утворень.

Гнійні запальні тубооваріальні утворення.

Розповсюдження інфекції відбувається переважно каналікулярним шляхом (при маткових кровотечах, внутрішньоматкових втручаннях). Внаслідок склеювання фімбрій і розвитку спайок у ампулярній частині труби виникають «пухлини» з серозним (гідросальпінкс) чи гнійним (піосальпінкс) вмістом. Запальні утвори в яєчниках (кісти, абсцес) і гідросальпінкс чи піосальпінкс утворюють тубооваріальну «пухлину» (тубооваріальний абсцес).

Клініка. Клінічні прояви гнійного запального процесу можуть бути різноманітними. Гнійний сальпінгіт та гнійні тубооваріальні утворення в гострій стадії запалення мають схожу клінічну картину.

Гнійний сальпінгіт починається гостро, з підвищення температури,

гострого болю в лівій або правій гіпогастральній ділянці тіла, які віддають до попереку, прямої кишки і стегна на стороні враження. Постійний симптом гнійного сальпінгіту – це патологічний гнійний характер піхвових виділень.

При гінекологічному дослідженні чітких утворень у ділянці придатків матки часто не вдається визначити через різку болючість та перитонеальні симптоми. Найбільш типовою ознакою такого процесу є болючість при зміщенні шийки матки та при пальпації заднього та бокового склепіння. Наростання болів свідчить про можливість перфорації гнійної пухлини з утворенням найбільш тяжких ускладнень – розлитого гнійного перитоніту.

Основними проявами інфекційного синдрому є лихоманка, озноб, погіршення загального стану, зростання лейкоцитарного індексу інтоксикації. В крові спостерігається помірний лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної форми вліво та збільшення ШОЕ.

Синдром метаболічних порушень проявляється гіпопротеїнемією, диспротеїнемією, електролітними порушеннями в бік ацидозу, гіпоксією.

Для **діагностики** тубооваріальних утворень застосовують трансвагінальну ехографію, діагностичну (або лікувальну) лапароскопію, діагностичну пункцію черевної порожнини крізь заднє піхвове склепіння. Виконують забір виділень для бактеріологічного дослідження, та визначення чутливості до антибіотиків. Посів крові на стерильність. Може бути виконана комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія органів малого тазу.

Диференціальну діагностику необхідно проводити з такою патологією черевної порожнини, як гострий апендицит, холецистит, кишкова непрохідність, хірургічний перитоніт.

Лікування. За відсутності даних щодо розриву тубооваріального утворення, хворі підлягають лікуванню шляхом внутрішньовенного введення антибіотиків широкого спектра дії в умовах стаціонару. Методом вибору може бути призначення цефокситину 2 г в/в кожні 6 год і доксицикліну 100 мг внутрішньовенно або орально 2 рази на день. Якщо пацієнтка не відповідає на таку терапію, переходять на режим введення трьох антибіотиків — ампіцилін (або амоксиклав), гентаміцин (або цефуроксим) і кліндаміцин (або метронідазол). При алергії до пеніцилінів застосовують левофлоксацин, гатіфлоксацин і кліндаміцин.

Хірургічне лікування при тубооваріальних абсцесах – це головний етап. У разі розвитку більш тяжких форм, резистентних до антибактеріальної терапії,

або з клінічними ознаками розриву абсцесу (симптоми подразнення очеревини, наявність гнійного вмісту в дугласі), хірургічне втручання є необхідним. При одnobічних тубооваріальних абсцесах звичайно виконують сальпінгофоректомію на боці ураження, при двобічних може бути необхідною гістеректомія з двобічною сальпінгофоректомією.

Лапароскопія розглядається як найбільш ефективний і сучасний метод лікування піосальпінксів, піоварів та тубооваріальних утворень з давністю захворювання 2-3 тижні. При осумкованих тубооваріальних утвореннях та їх ускладненнях безумовно має проводитися лапаротомія.

Профілактика уrogenітальних запальних захворювань полягає у таких заходах: 1) ретельному скринінгу груп високого ризику захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ); 2) своєчасному лікуванні пацієнток із ЗПСШ та їх статевих партнерів; 3) рекомендаціях застосування бар'єрних методів контрацепції;

Алгоритм обстеження пацієнтки з уrogenітальним запальним захворюванням:

1. Загальний аналіз крові та сечі,
2. Біохімічні дослідження крові, вміст глюкози крові.
3. Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із уретри, цервікального каналу, піхви на мікробну флору та чутливість до антибактеріальних препаратів.
4. Цитоморфологічне дослідження з шийки матки.
5. Кольпоскопія.
6. Ультразвукове дослідження органів малого тазу (УЗД).
7. Ампліфікаційні методи (визначення ПЛР ДНК збудників інфекції).
8. Огляд профільними спеціалістами за показаннями (уролога, дерматовенеролога).

3.3. Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення

Практичні завдання, які виконуються на занятті:

1. Виконати спеціальне гінекологічне обстеження.
2. Провести забір матеріалу для бактеріоскопічного та бактеріологічного досліджень.
3. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних досліджень пацієнтки з уrogenітальним запальним захворюванням.

4. Встановити попередній клінічний діагноз захворювання.
5. Скласти план обстеження та алгоритм лікування пацієнтки з урогенітальним запальним захворюванням.

3.4. Матеріали контролю для заключного етапу заняття:

Тестові завдання (Крок -2):

1. Хвора, 26 років, доставлена зі скаргами на різкі болі внизу живота, підвищення температури. З гінекологічних захворювань відмічає хронічний сальпінгофорит протягом 6 років, з приводу якого неодноразово лікувалася в стаціонарі. Захворіла кілька днів тому після переохолодження. При обстеженні: пульс - 88/хв., t - 37,6°C. Живіт бере участь в акті дихання. При гінекологічному дослідженні: тіло матки нормальних розмірів, обмежено рухливе, відмічається болючість при змищенні. Праві придатки не визначаються, зліва придатки різко болючі, збільшені. Попередній діагноз:

- A. Апендицит
- B. Гострий сальпінгофорит
- C. Хронічний ендометрит
- D. Гострий ендометрит
- E. Загострення хронічного сальпінгофориту

2. Хвора 38 років, в анамнезі 2 пологів і 3 аборти. Контрацепція: ВМЗ на протязі 5 років. Після закінчення менструації з'явилися болі внизу живота і виділення гнійного характеру зі статевих шляхів. Загальний стан задовільний. Температура - 37,7°C. При гінекологічному обстеженні у дзеркалах з цервікального каналу візуалізуються контрольні нитки ВМЗ і гнійні виділення. При дворучному дослідженні - шийка матки без особливостей, матка збільшена, рухома, болюча, виділення гнійні. Яке ускладнення виникло?

- A. Параметрит на фоні ВМЗ
- B. Гострий сальпінгофорит на фоні ВМЗ
- C. Гострий ендометрит на фоні ВМЗ
- D. Апендицит на фоні ВМЗ
- E. Цистит на фоні ВМЗ

3. Вкажіть ймовірний діагноз пацієнтки 27 р., що скаржиться на біль, свербіж зовнішніх статевих органів, печію, серозно-гнійні виділення. При огляді: набряк зовнішніх статевих органів, гіперемія слизової оболонки:

- A. Аднексит

- В. Ендометрит
- С. Параметрит
- Д. Вульвовагініт
- Е. Ерозія шийки матки

4. У породіллі 28 років на 4 добу після пологів температура тіла підвищилась до 38°C, відмічалось порушення загального стану, лохії придбали гнійно-кров'янистий характер з неприємним запахом. При бімануальному дослідженні матка м'яка, болюча, збільшена. Якому післяпологовому захворюванню відповідає ця клінічна картина

- А. Аднексит
- В. Ендометрит
- С. Післяпологова виразка
- Д. Параметрит
- Е. Пельвіоперітоніт

5. Хвора, 23 роки, звернулась на прийом в ж/к зі скаргами на виділення з піхви з неприємним запахом, свербіння в ділянці зовнішніх статевих органів. При гінекологічному огляді: слизова оболонка піхви гіперемійована, при дотику кровоточить, білі зелені, піністі, значні. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Трихомоніаз
- В. Хламідіоз
- С. Гонорея
- Д. Сифіліс
- Е. Кандидоз

Вірні відповіді: 1-Е, 2-С, 3-Д, 4-В, 5-А.

IV. Підведення підсумків (критерії оцінювання результатів навчання).

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

Структура поточного оцінювання на практичному занятті:

1. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі;
максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
2. Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:

методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок;
максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

3. Оцінювання роботи із пацієнтом з теми заняття:

методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом; б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень; в) дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу; г) обґрунтування клінічного діагнозу; д) складання плану лікування;
максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

«5 »	Здобувач вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4 »	Здобувач добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3 »	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2 »	Здобувач не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

Список рекомендованої літератури: Основна:

1. Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац.підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольский В.В., Рожковська Н.М., Марічерета В.Г., Волянська А.Г. .-К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.
2. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 1. Акушерство: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.- 424 с.
3. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.- 376 с.
4. Захворювання органів жіночої репродуктивної системи. Планування сім'ї. Навчально-методичний посібник/О.В.Кравченко,І.М. Маринчина, С.М. Ясніковська та ін.; за ред. О.В. Кравченко.- Чернівці, 2016.- 179с.
5. Запальні захворювання жіночих статевих органів. Навчальний посібник /В.О. Залізняка.- Запоріжжя, 2016.-91с.

Додаткова:

1. Ендоскопічна хірургія: навч. посіб. / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін.; за ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592 с.
2. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
3. Ситуаційні задачі з гінекології: навч. посіб./ І.З. Гладчук, А.Г. Волянська, Г.Б. Щербина та ін.; за ред.проф. І.З. Гладчука. – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018. – 164 с.
4. Oats, Jeremy Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Liewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology / J.Oats, S.Abraham. – 10th ed. – Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. – VII, 375 p.
5. Наказ МОЗ України від 18.05.2023 № 928 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза»"

6. Наказ МОЗ України від 23.08.2023 № 1513 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою»"
 7. Наказ МОЗ України від 15.12.2022 № 2264 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Аномальні вагінальні виділення»"
-