

“ЗАТВЕРДЖЕНО”  
на методичному засіданні  
кафедри акушерства та  
гінекології УМСА  
“\_\_\_” \_\_\_\_\_ 200  
протокол № \_\_\_\_\_.  
Зав.каф., д.м.н., проф.

Гінекологія

Громова А.М.

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ  
САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
V курсу медичного факультету

ТЕМА: СПЕЦИФІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ (ТУБЕРКУЛЬОЗ, ТА  
ІН.). ЗАХВОРЮВАННЯ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ (ГОНОРЕЯ, ТРИХОМОНОЗ,  
КАНДИДОЗ, ВІРУСНІ УРАЖЕННЯ, МІКОПЛАЗМОЗ, ХЛАМІДІОЗ, БАКТЕРІАЛЬНИЙ ВАГІНОЗ).  
Кількість навчальних годин 2

Тема: Специфічні запальні процеси статевих органів.

Актуальність теми: В останні роки проблема запальних захворювань статевих органів набуває особливої актуальності, що зумовлено зростанням частоти даної патології, а також несприятливими соціально-економічними умовами, впровадженням в практику сучасних методів діагностики та лікування. Важливим також є знання даної патології лікарями спеціалістами загального профілю, оскільки клінічні її симптоми можуть бути схожими з іншими захворюваннями. Тому, метою даного заняття є знайомство студентів з етіологією, клінікою, діагностикою й лікуванням специфічних запальних процесів (гонорея, хламідіоз, трихомоноз, туберкульоз, мікоплазмоз, кандидоз, вірусна уrogenітальна інфекція). вивчення етіопатогенезу запальних захворювань статевих органів методів діагностики і лікування.

## II. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ :

### 2.1. Студент повинен знати:

теоретичні та клінічні аспекти етіології, патогензу запальних та септичних захворювань статевих органів;  
класифікацію запальних захворювань статевих органів;  
основні клінічні симптоми різних запальних та септичних захворювань статевих органів;  
методи діагностики запальних та септичних захворювань статевих органів;  
основні принципи терапії запальних та септичних захворювань статевих органів;  
основні напрямки профілактики запальних та септичних захворювань статевих органів.

### 2.2. Студент повинен вміти:

зібрати анамнез у жінок з вищевказаною патологією (скарги, анамнез захворювання, анамнез життя) та провести його аналіз;  
провести загальний огляд жінок;  
провести огляд шийки матки і піхви за допомогою дзеркал;  
взяти мазки для визначення мікрофлори з цервікального каналу, піхви, уретри;  
оцінити дані лабораторних досліджень;  
оцінити дані інструментальних методів дослідження;  
скласти план дообстеження хворої;  
провести фізичні методи обстеження хворих жінок (огляд, пальпацію, перкусію при необхідності – аускультацию);  
оцінити результати обстеження з урахуванням лабораторних та інструментально-функціональних методів дослідження;

сформулювати клінічний діагноз, клінічні синдроми;  
надати невідкладну допомогу хворим на догоспітальному;  
призначати відновлюючу терапію на різних етапах реабілітації хворих.

#### IV. МІЖДІСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ.

Дисципліни	Знати	Вміти

Місце проведення заняття: гінекологічне відділення, навчальна кімната.

Обладнання заняття: жінки зі специфічними процесами статевих органів, історії хвороб, таблиця.

#### ЗМІСТ ТЕМИ ЗАНЯТТЯ.

Гонорея

Гонорея – специфічний запальний процес. Розмножуються гонококи виключно там, де має місце циліндричний епітелій: в шийці матки, маткових трубах, прямій кишці, сечівнику. Гонорею жіночих статевих органів поділяють на гонорею нижнього відділу та верхнього відділу статевих органів.

Розрізняють наступні клінічні форми захворювання: вульвіт, вестибуліт, уретрит, парауретрит, бартолініт, запалення піхви, у дівчаток ендocerвіт, кожен із яких має свою особливість і клінічний перебіг.

Ендометрит: запалення слизової оболонки тіла матки. Проникнення інфекції у порожнину матки супроводжується симптомами: болі, значні серозні виділення. Матка збільшена в розмірах, чутлива при пальпації. Біохімічні показники: лейкоцитоз, підвищення нейтрофілів, ШОЕ. Перебігає ендометрит може як гострій, підгострій, так і хронічній формах.

Сальпінгіт (запалення додатків) попадаючи в маткову трубу гонококи призводять до гіперемії, набряку слизової оболонки. На очеревині виникають гнійно-фібринний наліт, злуки, шварти, деформація. При бімануальному обстеженні різка болочість додатків, збільшення їх у розмірах, тістоватість, злуковий процес. При тривалому запальному процесі виникає гнійний процес (піосальпікс). При переході запального процесу на яєчник виникає його запалення – оофорит (тубооваріальний абсцес) можливі розрив маткової труби, яєчника з розвитком пельвіоперитоніту або перитоніту. Очеревина гіперемована, набряк, ексудат серозно-фібринозний або гнійний. Виникає злуковий процес. Накопичування ексудату в дугласовому просторі призводить до формування абсцесу. З'являються симптоми перитоніту. Це потребує швидкого хірургічного втручання на фоні інтенсивної й специфічної терапії.

Лікування гонореї. Основні принципи лікування:

Клінічне й лабораторне обстеження.

Лікування повинно бути комплексне і включає етіотропну, патогенетичну й симптоматичну терапію.

Лікування повинно бути індивідуальним (залежить від клінічної форми й важкості патологічного процесу, наявності ускладнень).

Під час і після лікування хвора повинна дотримуватись режиму харчування, фізичного навантаження.

Етіологічне лікування

Препарати групи пеніциліну, антибіотики тетрациклінового, цефалоспоринового ряду, макроліди, аміноглікозиди, рифампіцини, сульфаніаміди.

Біцилін1,3,5 – при гострій і підгострій формах в/м по 600 тисяч через 24 або 48 годин по 1 млн 200 тисяч.

Ампіцилін (гостра, підгостра стадії) по 0,5 г препарату через 4 год. (курс лікування 3 г) при необхідності курсова доза збільшується до 8 г.

Ампіокс (гостра, підгостра форма) – призначають по 0,5 г 6 раз на добу – 4-5 днів.

Метицилін – в/м по 2 г через 4 год. в перші 12 год., потім по 1г. в інтервалі 4 год. Курсова доза – 8-10 г.

Оксацилін – по 0,5 г. 5 раз на день, курс – 10-14 г.

Еритроміцин – 400 тис. ОД у перші 2 дні 6 раз, слідуючі 5 раз на добу (курсова доза 12 млн. ОД).

Цефатоксим (цефазолін, цефамізін) по 1г 2-3 рази на день (до 4), курс 7-10 днів.

Канаміцин – по 500 тис. ОД через 10 год. Курс 3-6 млн. ОД.

Сульфадіметоксин – в перші 2 дні по 1,5х3 рази, в останні по одному граму на курс 15-18г.

Бісептол – по 4 табл. Через 6 год. Курсова доза 7,68г.

Імунотерапія:

Гонококова вакцина. 200-250 млн. МК в/м через 1-2 дні з підвищенням дози на 150-300 МК.  
Пірогенал. В/м через день починаючи з 50-100 МПД із наступним підвищенням на 100-150 МПД. Курс лікування 6-8 ін'єкцій.  
Продігіозан. В/м індивідуальний підбір дози. Разова доза 75 мг.  
Метілурацил по 0,5г 4 рази. Курс 10-14 днів.  
Левамізол – по 0,15г x 1 на протязі 3 днів. Через 4 дня цикл повторюють. Курс лікування 4 цикла.  
Аутогемотерапія.  
Місцеве лікування.  
Обробка уретри, піхви при допомозі: розчину перманганату калію, фурациліну. Курс лікування 10 процедур.  
Ромазулан, ромашка – вагінальні ванночки щоденно.  
Фізичні методи лікування: парафіноterapia, озокеритотерапія, діатермія, індуктотермія, електрофорез, ультразвук.  
Загальноукріплююча терапія.  
Розсмоктуюча терапія.  
Критерії виліковування гонореї визначають через 7-10 днів після закінчення лікування антибіотиками.  
Виділення досліджують лабораторно.  
При відсутності гонококів-комбінована комбінація: гоновакцина, пірогенал, змащування каналу, уретри, вагіни – нітратом срібла з діатермією.  
На протязі 3 днів досліджують виділення.  
Узяття мазку під час менструації.  
Обстеження проводять на протязі 2-3 менструальних періодів.  
При відсутності гонококів, покращенні клінічного стану хворої – знімають з обліку.  
Хламідіоз.  
Хламідії – грамнегативні бактерії, які втратили деякі важливі механізми продукції метаболічної енергії.  
Розташовуються внутрішньоклітинно, частіше в парауретральних протоках.  
Хламідійна урогенітальна інфекція передається статевим шляхом. У жінок вражається канал шийки матки, після чого виникає висхідна інфекція. кон'юнктивіт  
Лабораторна діагностика.  
Виявлення морфологічних структур хламідій.  
Виділення хламідій у курячих ембріонах.  
Виділення хламідій у культурах клітин.  
Виділення хламідійних антитіл.  
Клінічні прояви захворювання.  
Хламідійна інфекція перебігає в підгострій, хронічній або персистентній формах у різних випадках у вигляді гострого запального процесу. Клініка залежить від вірулентності мікроорганізму, часу інфікування, топографії статевих органів. Клінічні форми урогенітального хламідіозу: уретрит, парауретрит, бартолініт, вагініт, цервіцит, ендометрит, аднексит, сальпінгоофорит.  
Лікування.  
Етіотропна терапія: тетрациклін, макроліди, сульфаніламід.  
Патогенетична терапія: пірогенал, декаріс, метілурацил, пентоксил.  
Місцева терапія.  
Трихомоноз (трихомоніаз).  
Статевий шлях зараження. Інкубаційний період 5-15 днів. Симптоматологія залежить від місця локалізації процесу. Клінічна картина не відрізняється від загального симптоматологічного комплексу запальних процесів.  
Лабораторна діагностика:  
Мазки з цервікального каналу, шийки матки і вагіни.  
Культуральний спосіб виявлення трихомонад.  
Лікування.  
Ефективними лікувальними засобами є метранідазол, тріхопол по схемі.  
Після стихання гострого процесу одночасно проводять місцеве лікування.  
Туберкульоз жіночих статевих органів.  
Збудники – туберкульозні мікобактерії. Гематогенний, лімфогенний шляхи розповсюдження.  
Класифікація генітального туберкульозу:  
Хронічні малосимптомні форми туберкульозу.  
Значні ураження з підгострим перебігом, ексудативно-проліферативними змінами.  
Гостро перебігаючі казеозні ураження.  
Інкапсуляція.  
Діагностика: анамнез, загальне обстеження, гінекологічне обстеження, спеціальні методи: гістологія, рентген, клінічний аналіз крові, туберкулінові проби, бактеріологічне та бактеріоскопічне обстеження.  
Лікування складається з комплексу наступних заходів:  
Гігієнічно-дієтичний режим.  
Кліматотерапія.  
Хіміотерапія протитуберкульозними препаратами.

Оперативне лікування при відсутності від консервативного протягом 6-8 місяців.

Симптоматичне.

Мікоплазмоз.

Збудником захворювання є мікроорганізми mycoplasmataceae, у склад яких входить 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 розташовуються на слизових оболонках ротової порожнини, дихальних шляхів, нижніх відділів сечостатевого тракту. Мікоплазми розповсюджуються статевим шляхом і часто їх можна виявити у хворих із гонореєю, трихомоніазом і є супутньою мікрофлорою.

Клінічна картина захворювання подібна з такою картиною при сальпінгіті, кольпіті, цервіциті та іншої етіології. Часто захворювання протікає латентно зі стертою клінічною картиною.

Діагностика основана на лабораторному виявленні чистої культури мікоплазм, ідентифікації їх виду.

Найчастіше мікоплазми виявляють у піхві, рідше в каналі шийки матки.

Лікування: призначають АБ тетрациклінового ряду, левоміцетин, лінкоміцин.

Кандидоз (кандидомікоз).

Це інфекційне захворювання слизової оболонки піхви, яке розповсюджується на шийку матки та нерідко на піхву. Збудники захворювання – дріжджеподібні гриби, найчастіше кандиди (*Candida albicans*). Кандидозний кольпіт зустрічається найчастіше. Лікування: місцеве застосування фунгіцидних препаратів (ністатин, леворин, кліон-Д, пімафуцин, далацин і т.д.) призначення загальноукріплюючої та десенсибілізуючої терапії.

Вірусні захворювання жіночих статевих органів.

Викликаються багатьма вірусами, найбільш яскрава картина при враженні ЖСО вірусом простого герпесу, фільтруючим вірусом (гостро кінцеві канділоми), при папіломовірусній інфекції. Можливе виділення цитомегаловірусу, вірусу простого герпесу, вірусу гепатиту В. Вірусні захворювання ЖСО представляють деякі труднощі в діагностичному та лікувальному плані. Дуже часто захворювання перебігає в хронічній та латентній формах. Лікування тривале, комплексне. Застосовують специфічні противірусні препарати (віразол, відарабін, ацикловір, конділін, віролекс і т.д.). Обов'язкове призначення імунокорегуючої, десенсибілізуючої та загальноукріплюючої терапії.

Хірургічне лікування додатків матки показано при неуспішності хіміотерапії через 4-6 місяців.

### 3.3. РЕКОМЕНДОВАНА Література

#### 7.1. Основна:

Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1995. – С. 120-140.

Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. – М.: “МИА”, 1997. – С. 404-414.

Сольский Я.П., Ивченко В.Н., Богданова Г.Ю. Инфекционно-токсический шок в акушерско-гинекологической практике. – Киев: Здоров'я, 1990. – 198 с.

Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. “Этюды критической медицины”, т 3.– Петрозаводск: Изд-во ПГУ, 1997. – С. 253-287.

#### 7.2. Додаткова:

Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П.. Акушерство, 1998. – С. 421-422.

Дуда И.В., Дуда. В.И. Клиническое акушерство, 1997. – С. 413-431.

Завдання для самоконтролю.

Гонорея ЖСО. Етіологія.

Класифікація гонореї ЖСО.

Клінічні форми гонореї. Клініка, діагностика, лікування.

Хламідіоз. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.

Трихомоноз. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.

Туберкульоз ЖСО. Класифікація, клінічні форми, діагностика, лікування.

Мікоплазмоз. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.

Кандидоз. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.

Вірусні захворювання ЖСО