



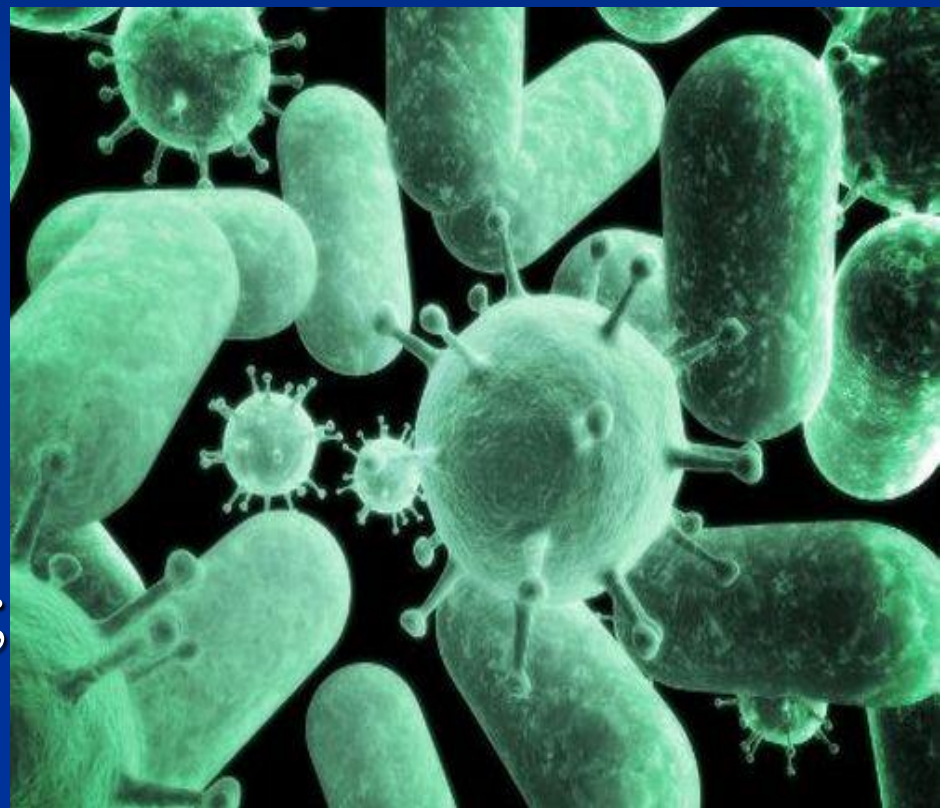
**ЗАПАЛЬНІ  
ЗАХВОРЮВАННЯ  
ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ  
ОРГАНІВ**



**БЕЗПЛІДНИЙ ШЛЮБ**

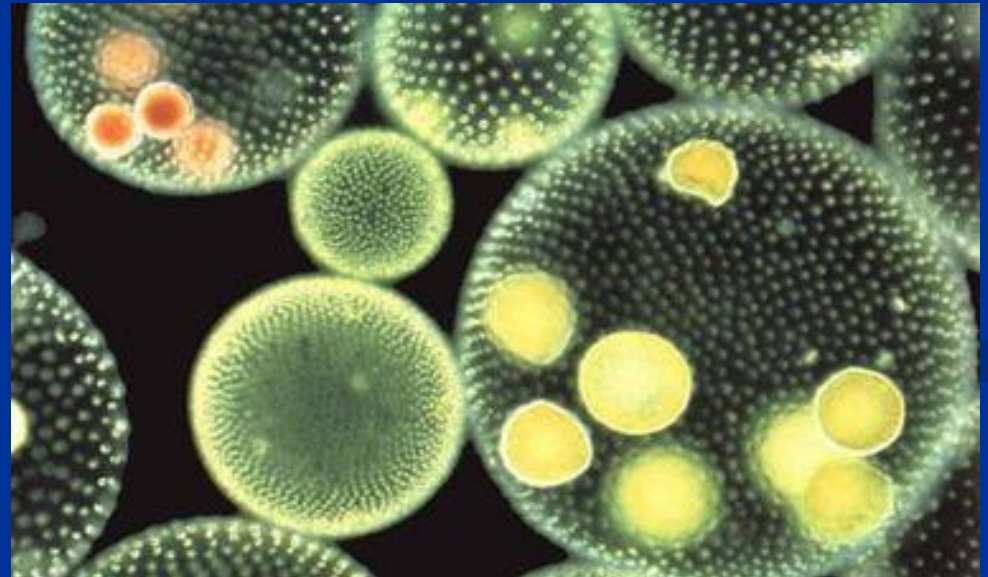
# Запальні процеси жіночих статевих органів

- складають близько 65% всіх гінекологічних захворювань;
- серед хворих з запальними процесами статевих органів 80% жінок від 16 до 25 років; них 75% жінок, що народжували.



# Етіологія і шляхи поширення

- запальні захворювання жіночих статевих органів можуть бути викликані впливом наступних факторів:
  - ✓ інфекційних;
  - ✓ механічних;
  - ✓ термічних.



# Етіологія і шляхи поширення

- неспецифічної етіології – запальні процеси, обумовлені стафілококами, кишковою паличкою, стрептококами, синьогнійною паличкою тощо)
- специфічної етіології – запальні процеси, викликані трихомонадами, гонококами, грибами роду *Candida*, мікоплазмами, вірусами, хламідіями, мікобактеріями туберкульозу)

# Етіологія і шляхи поширення

- патогенні збудники запальних захворювань передаються переважно статевим шляхом, рідше побутовим (при користуванні спільними предметами гігієни);
- умовно-патогенні мікроорганізми стають збудниками запальних захворювань за умови підвищення їх вірулентності і зниження імунобіологічних властивостей макроорганізму.

# Фізіологічні бар'єри, що перешкоджають поширенню запальних захворювань в організмі жінки

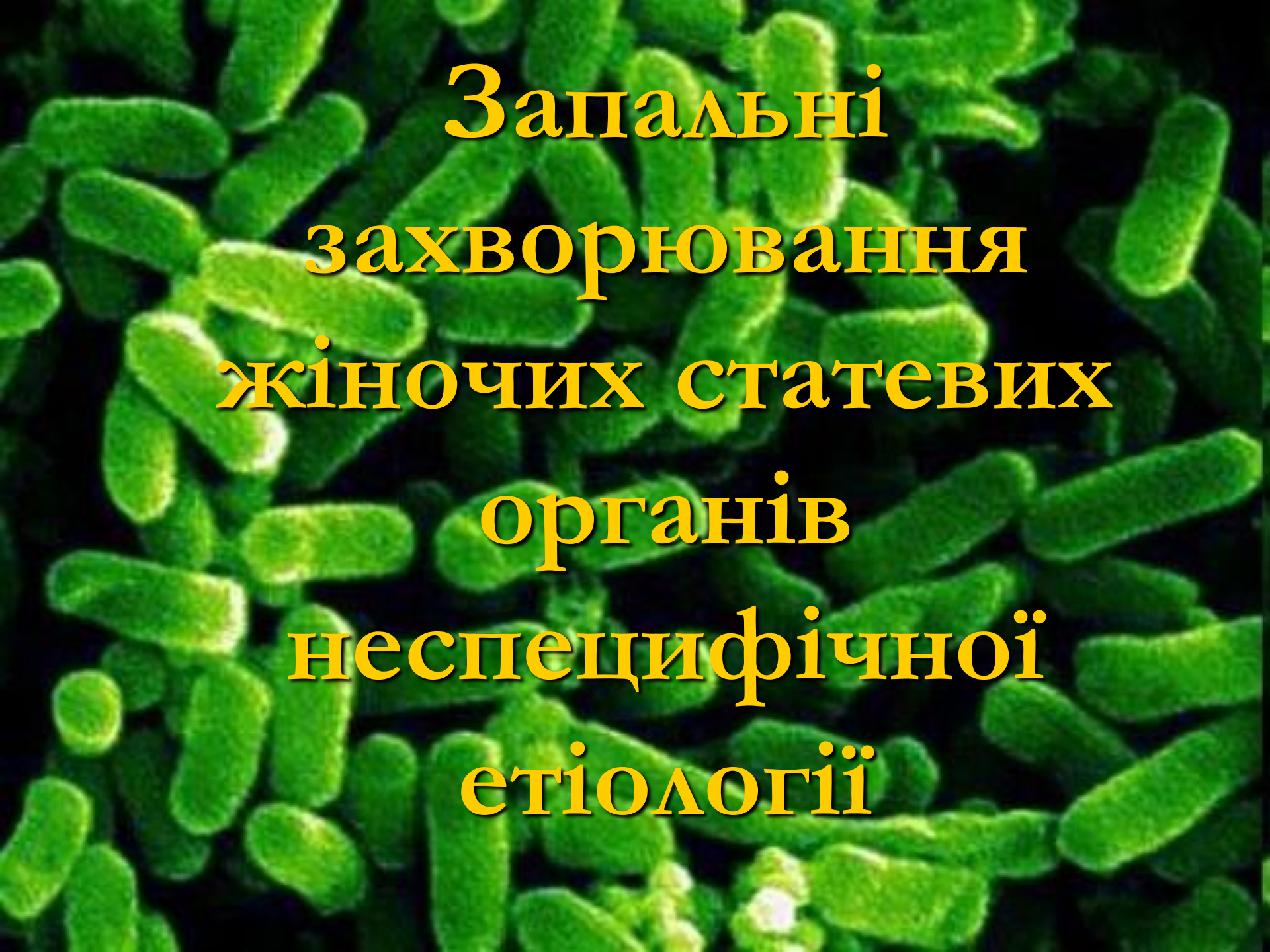
- вульва;
- піхва;
- слизова пробка шийки матки;
- виражене звуження каналу шийки матки в ділянці внутрішнього зів'язу і перешийка;



# Фізіологічні бар'єри, що перешкоджають поширенню запальних захворювань в організмі жінки

- циклічне відшарування функціонального шару ендометрію під час менструації;
- перистальтичні скорочення маткових труб, мерехтіння епітелію, наявність безлічі слизових складок;
- епітелій і внутрішня сполучнотканинна оболонка яєчника.



The background of the slide is a dense field of green, rod-shaped bacteria, likely Lactobacillus, viewed under a microscope. The bacteria are oriented in various directions, some appearing as single rods and others in small clusters. The lighting is bright, highlighting the texture and color of the microbial cells.

**Запальні  
захворювання  
жіночих статевих  
органів  
неспецифічної  
етіології**

# Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів

## ■ За клінічним перебігом:

1. Гострі процеси;
2. Підгострі процеси;
3. Хронічні процеси.

## ■ За ступенем тяжкості:

1. Легка;
2. Середня;
3. Важка.

# Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів

## 1. Запалення нижнього відділу статевих органів:

- 1) вульвіт (запалення вульви);
- 2) бартолініт (запалення великої залози присінка піхви);
- 3) кольпіт, вагініт (запалення піхви);
- 4) запалення шийки матки:
  - а) цервіцит (запалення слизової оболонки частини шийки матки, вкритої багат шаровим плоским епітелієм);
  - б) ендцервіцит (запалення слизової оболонки, яка переходить в канал шийки матки і вкрита циліндричним епітелієм).

# Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів

## 2. Запалення верхнього відділу статевих органів (органів малого тазу):

1) тіла матки:

а) ендометрит (запалення слизової оболонки);

б) метроендометрит (запалення слизової і м'язової оболонок);

2) придатків матки:

а) сальпінгіт (запалення маткових труб);

б) оофорит (запалення яєчників);

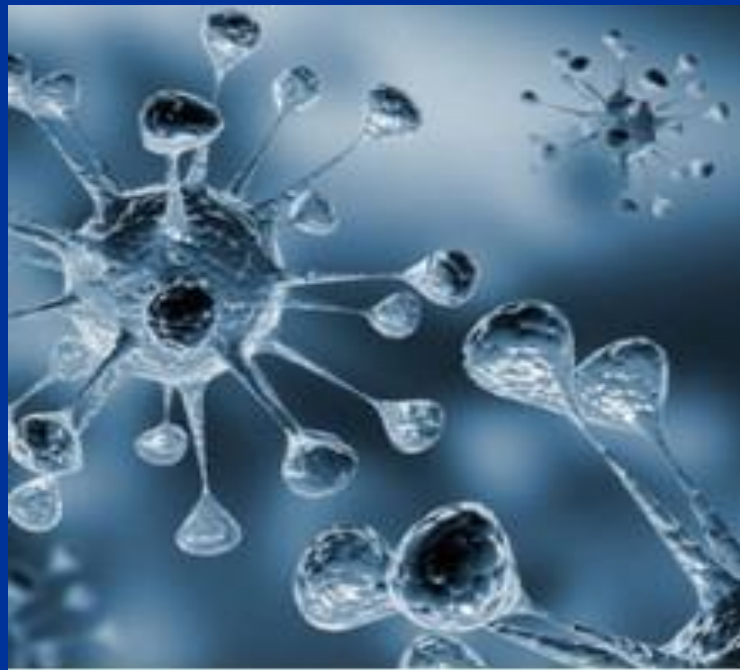
в) сальпінгоофорит (запалення маткових труб і яєчників);

г) запальна тубооваріальна пухлина (запальна пухлина маткових труб і яєчників);

# Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів

- д) гідросальпінкс (накопичення серозної рідини в просвіті труби);
- е) пиосальпінкс (накопичення гною в просвіті маткової труби);
- ж) піоварум (наявність гнійника в яєчнику);
- 3) параметрит (запалення тазової клітковини, що оточує матку (бічний, передній і задній));
- 4) пельвіоперитоніт (запалення очеревини малого тазу).

# Запальні захворювання нижнього відділу статевих органів



# Вульвіт

- запалення зовнішніх жіночих статевих органів;
- у жінок репродуктивного віку частіше є вторинним (при кольпіті, цервіциті, ендометриті, сальпінгоофориті);
- первинний вульвіт діагностують при цукровому діабеті, шкірних захворюваннях, термічних, механічних, хімічних ушкодженнях шкіри зовнішніх статевих органів, гіпофункції яєчників;
- розрізняють гострий і хронічний вульвіт.



# Гострий вульвіт

- хворі скаржаться на печіння і свербіж в області зовнішніх статевих органів, особливо після сечовипускання, гнійні виділення, больові відчуття при русі;
- гострий процес супроводжується набряком тканин, дифузною гіперемією ділянки пахових складок, внутрішньої поверхні стегон, іноді збільшенням пахових лімфатичних вузлів;
- нерідко поєднується з гострокінцевими кондиломами, розташованими в області статевої щілини і заднього проходу.

# Хронічний вульвіт

- також проявляється сверблячкою, печінням і гіперемією, однак ці симптоми носять стертий характер.



# Діагностика

- заснована на даних анамнезу (соматичні захворювання, недотримання правил статевої гігієни, травматичні ушкодження);
- оцінці скарг хворий;
- результатах гінекологічного огляду;
- даних бактеріоскопічного і бактеріологічного досліджень секрету вульви.

# Лікування

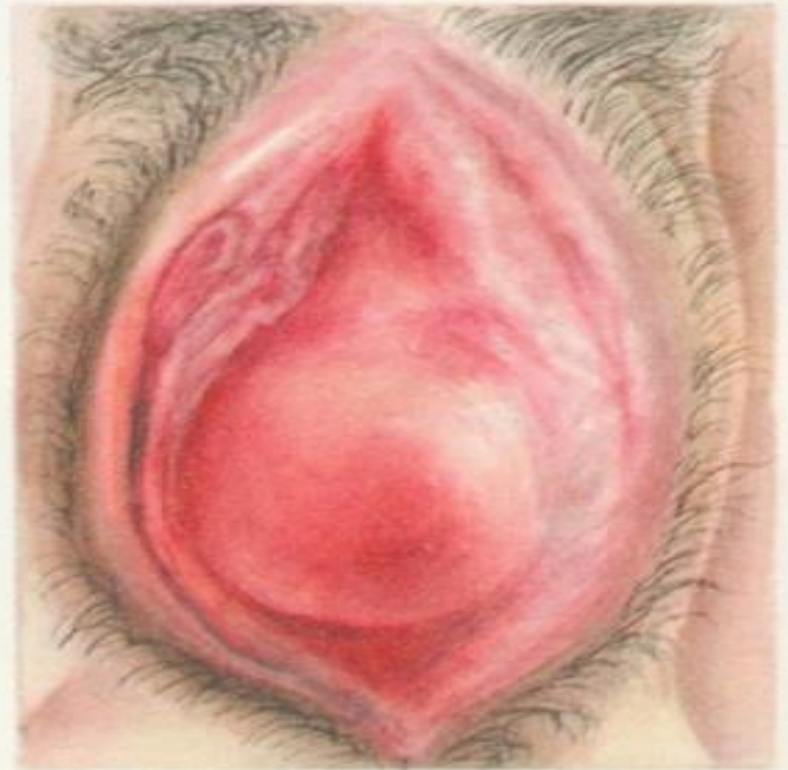
- комплексне, включає застосування місцевих і загальноозміцнюючих засобів;
- показана терапія супутніх захворювань (цукровий діабет, гнійні ураження, гельмінтози, цервіцит);
- необхідно дотримуватися постільного режиму, утримуватися від статевого життя, 2-3 рази на день проводити туалет зовнішніх статевих органів теплим розчином калію перманганату (1: 10000); теплим настоєм ромашки, 2-3% розчином борної кислоти; розчином фурациліну (1: 5000);
- при сильному свербінні застосовують 5% анестезінову мазь.

# Бартолініт

- запалення великої залози присінка піхви, викликане стафілококами, кишковою паличкою, стрептококами, протеем, рідше - гонококами, трихомонадами і іншими мікроорганізмами



5



6

# БАРТОЛИНИТ

## Каналикулит

(вследствие поражения м/о выводящего протока железы)

## Бартолинит

(псевдоабсцесс, вследствие поражения м/о самой железы)

## Абсцесс бартолиниевой железы

(при проникновении м/о в паренхиму железы и близлежащую клетчатку)

# Каналікуліт

- загальний стан жінки порушений незначно;
- навколо зовнішнього отвору вивідного протоку залози відзначається валик червоного кольору;
- при натисканні на протоку виділяється крапля гною, яку беруть для бактеріоскопічного дослідження.



# Псевдоабсцес бартолінієвої залози (бартолініт)

- хворі скаржаться на загальну слабкість, неприємні відчуття в області зовнішніх статевих органів, субфебрилітет;
- при огляді - набряк і гіперемія на межі середньої та нижньої третини великих статевих губ;



# Псевдоабсцес бартолінієвої залози (бартолініт)

- пальпаторно - різкий біль, місцеве підвищення t тіла, набряк м'яких тканин (псевдоабсцес обумовлює набряк зовнішньої або частіше внутрішній поверхні великої статевої губи, поширюється на малу статеву губу і закриває вхід у піхву;
- на внутрішній поверхні великої статевої губи навколо вивідного протока визначається червона пляма.



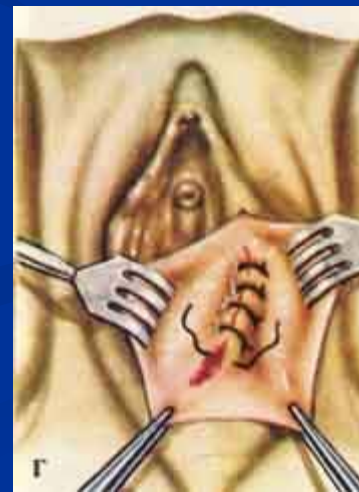
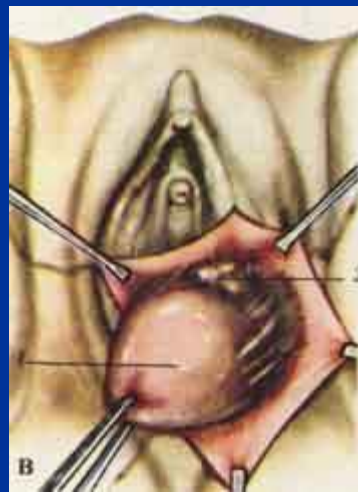
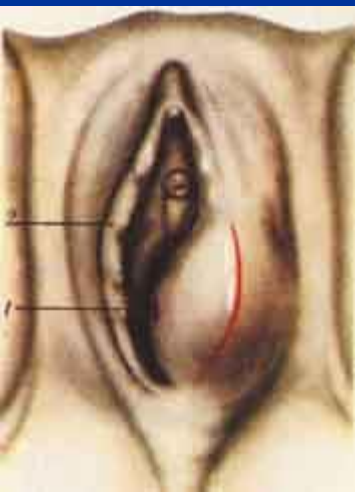
# Абсцес бартолінієвої залози

- різке погіршення загального стану: підвищення  $t$  тіла, озноб, сильний головний біль, різкий біль в області статевих органів навіть в стані спокою;
- при обстеженні виявляють різко болісне пухлиноподібне утворення (при значному скупченні гною відзначається флуктуація);
- можливо мимовільне розкриття абсцесу, при цьому загальний стан хворої поліпшується,  $t$  тіла знижується, однак незабаром настає рецидив.



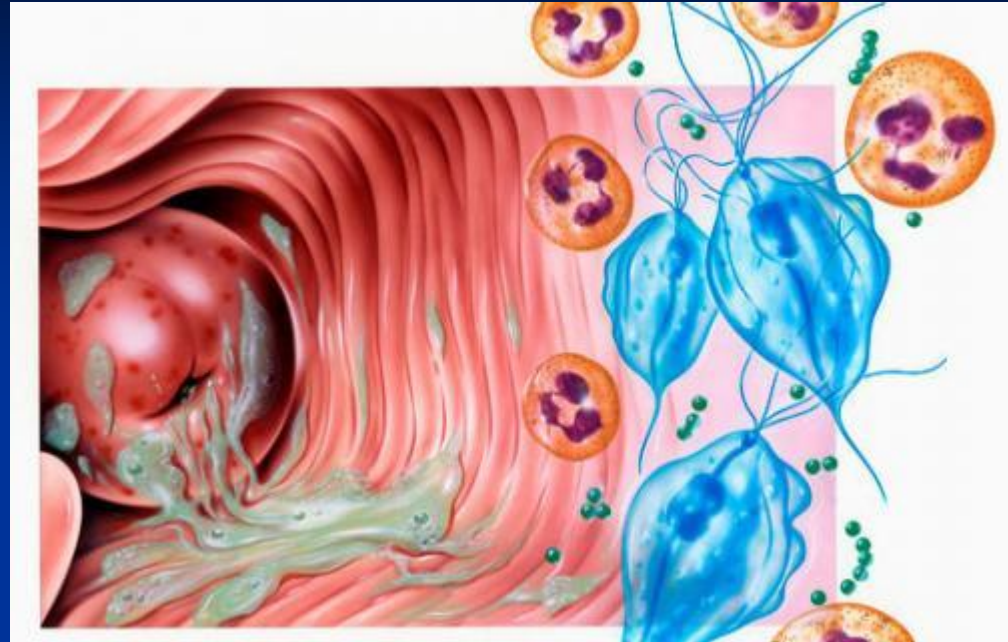
# Лікування

- при каналікулітах застосовують антибіотики (з урахуванням даних антибіотикограми), теплі сидячі ванночки з розчином перманганату калію, міхур з льодом, мазеві аплікації з іхтіолом, маззю Вишневського, УФО, УВЧ;
- при утворенні псевдоабсцесу і абсцесу - лікування оперативне: розкривають проток залози в місці найбільш вираженою флюктуації, вивертають слизову оболонку і підшивають її до слизової оболонки вульви (марсупіалізація). У разі рецидиву бартолініту виконують енуклеацію залози разом з протокою.



# Кольпіт

- запалення слизової оболонки піхви;
- запальна реакція може бути як осередковою, так і дифузною, нерідко поширюється на вагінальну частину шийки матки і піхву;
- основним симптомом є серозно-гноєподібні білі;
- хворі скаржаться на печіння, свербіж в області піхви і вульви, неможливість вести статеве життя (диспареунія), посилення болю і печіння при сечовипусканні.



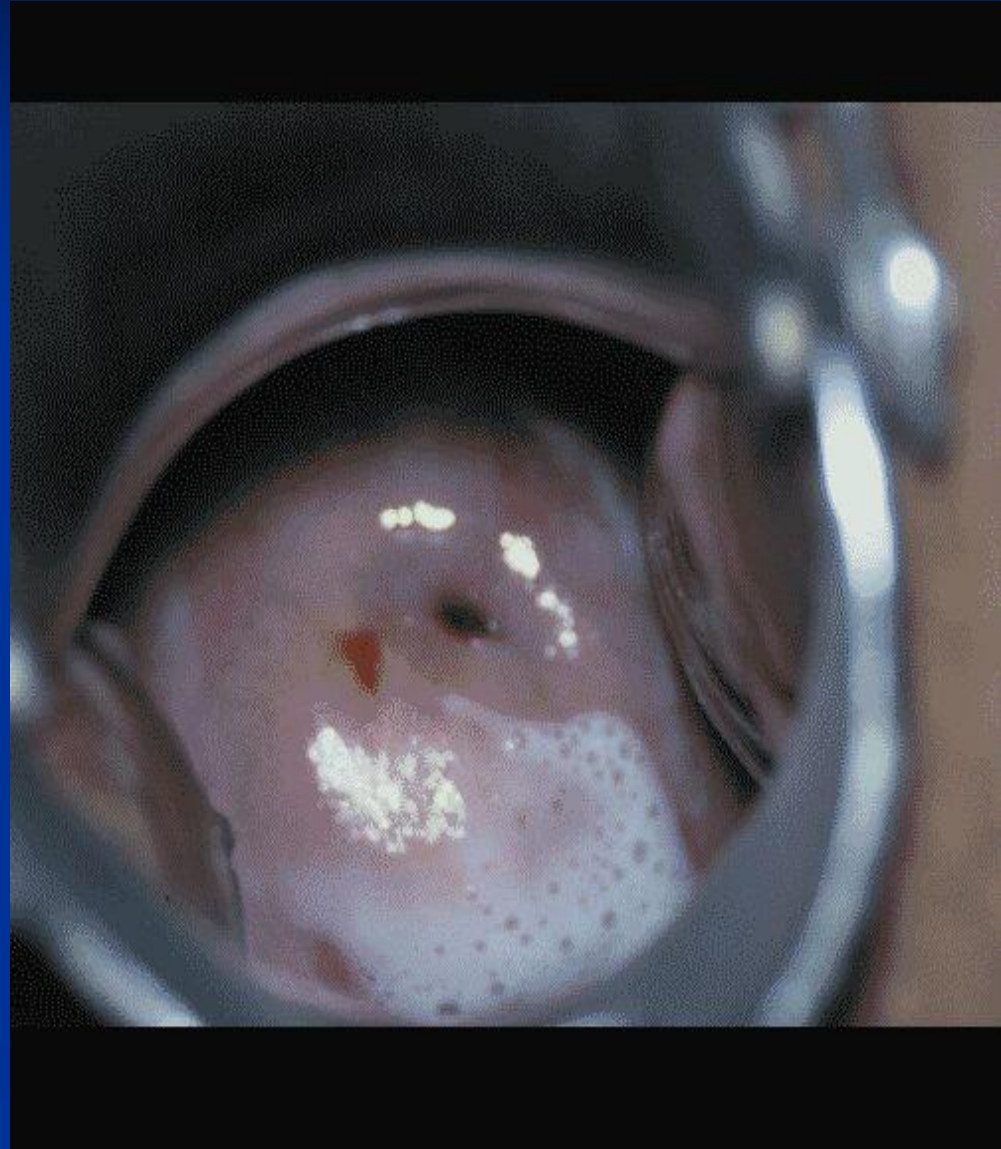
# Кольпіт

- **діагностика** ґрунтується на даних огляду в дзеркалах: у гострій стадії захворювання спостерігаються набряк, гіперемія, кровоточивість слизової оболонки піхви, вкритої гнійним або серозним нальотом; в хронічній стадії - гіперемія мало виражена, кількість виділень незначна;
- тип збудника встановлюють за допомогою бактеріоскопічного і бактеріологічного дослідження вмісту піхви, каналу шийки матки, уретри, вивідних протоків бартолінієвих залоз;
- **лікування** - комплексне: загальна та місцева терапія полягає в призначенні етіотропних протизапальних препаратів, лікуванні супутніх захворювань. Обов'язковою є санація статевого партнера.



# Бактеріальний вагіноз (вагінальний дисбактеріоз)

- зустрічається у 35% жінок репродуктивного віку з гінекологічною патологією;
- розглядається як полімікробний клінічний синдром, що виявляється значним зменшенням кількості чи відсутністю молочнокислих бактерій на тлі різкого збільшення числа умовно-патогенних м/о (переважно гарднерел) і зниження кислотності піхвового середовища.



# Бактеріальний вагіноз

- основною скаргою хворих є наявність виділень білого або сірого кольору, з неприємним рибним запахом, кремоподібної консистенції; можливі свербіж, печіння, неприємні відчуття під час статевого акту;
- **діагностика** базується на трьох симптомах з наведених чотирьох:
  - 1) гомогенні кремоподібні виділення (іноді пінисті);
  - 2) підвищення рН вагінальних виділень понад 4,5;
  - 3) позитивний амінний тест;
  - 4) наявність «ключових» клітин при прямій мікроскопії мазка.

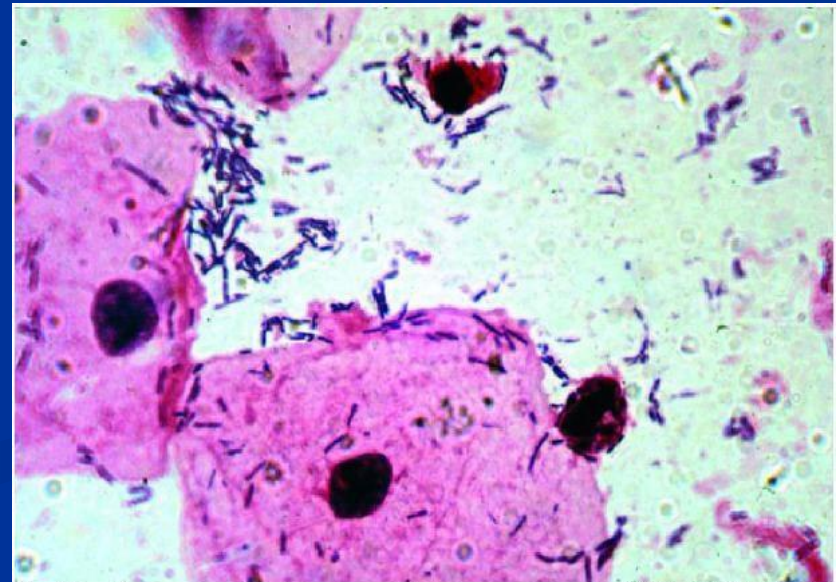
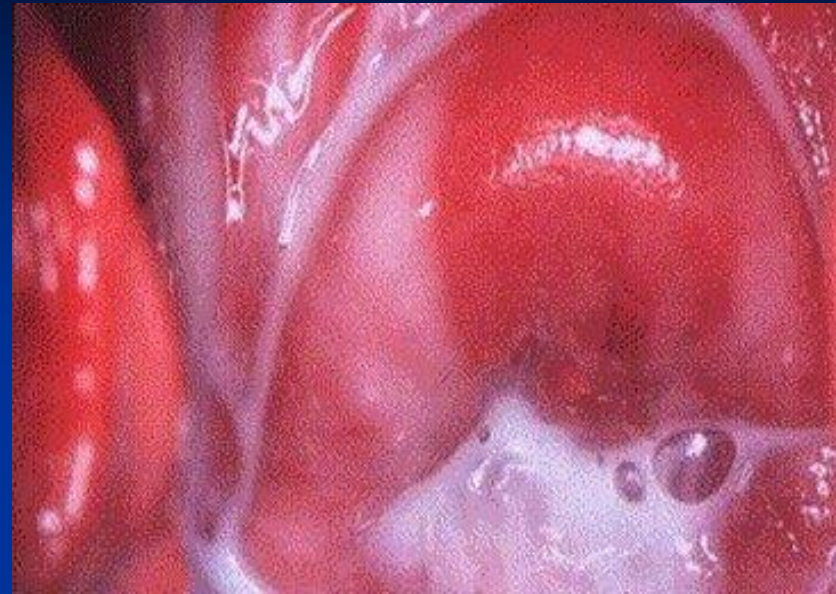
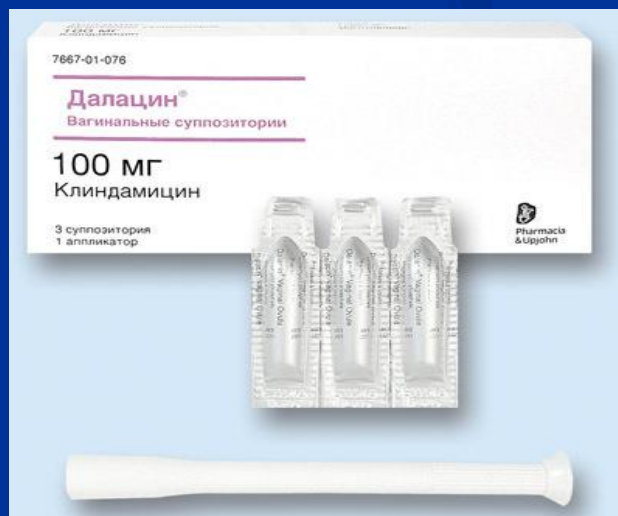


Рис. 6-3. «Ключевые» клетки (микроскопия мазка, окрашенного по Граму)

# Лікування бактеріального вагінозу

- метронідазол (препарат першого вибору) по 400-500 мг перорально двічі на день протягом 5-7 днів;
- клиндамицин (далацін) по 1 вагінальній свічці протягом 7-10 днів;
- препарати, що містять біфідо-і лактобактерії, для відновлення нормального біоценозу піхви;
- в період вагітності (II-III триместр) та лактації призначають препарати тільки місцевої дії в невисоких дозах.



# Ендоцервіцит

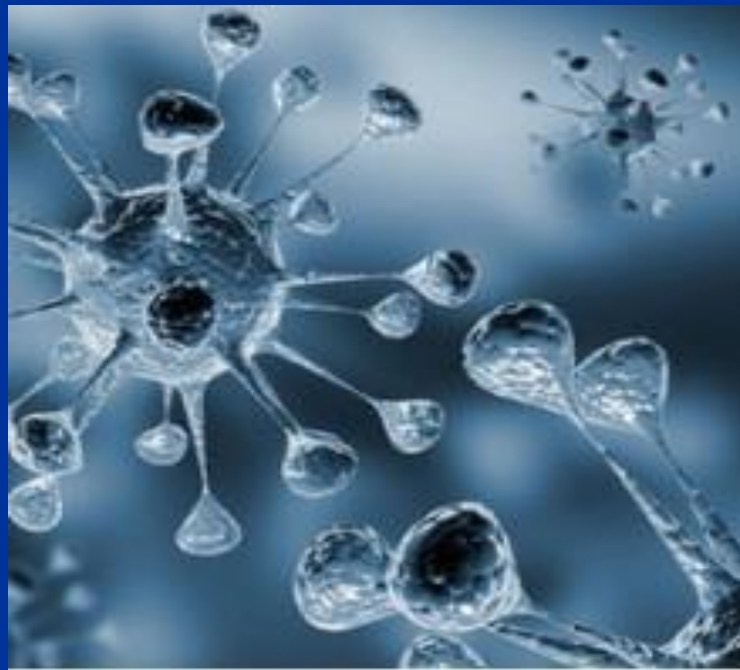
- запалення слизової оболонки каналу шийки матки;
- до його виникнення призводять травми внаслідок пологів, абортів, внутрішньоматкових втручань, а також захворювання інших відділів статеві системи (кольпіти, ектопії шийки матки, сальпінгофорити, та ін.)
- основними скаргами хворих є слизово-гнійні білі, тягнучий біль внизу живота і попереку; при огляді в дзеркалах: гіперемія навколо зовнішнього вічка і слизово-гнійні виділення з каналу шийки матки.



# Ендоцервіцит

- **Діагностика** заснована на даних клінічної картини, огляду в дзеркалах, кольпоскопії, бактеріологічного дослідження виділень;
- при цитологічному дослідженні визначаються клітини циліндричного та багат шарового плоского епітелію без ознак атипії;
- **Лікування:** в гострій стадії застосовують антибактеріальну терапію з урахуванням збудника; місцеві процедури протипоказані (ризик поширення інфекції) – їх проводять тільки після затихання процесу: застосовують хлоргексидин, рекутан, димексид;
- при розвитку ендоцервіциту на тлі розривів шийки матки після протизапального лікування показана пластична операція шийки матки (за Емметом або за Штурмдорфом).

# Запальні захворювання верхнього відділу статевих органів



# Фактори ризику розвитку запальних захворювань органів малого таза:

- ранній початок статевого життя;
- наявність декількох статевих партнерів;
- застосування внутрішньоматкових контрацептивів (ВМК);
- наявність запальних захворювань органів малого таза в анамнезі (частота рецидивів - 25%);
- наявність в анамнезі у хворої або її партнера запальних захворювань нижнього відділу статевих органів або захворювань, що передаються статевим шляхом.

# Провокуючі фактори розвитку або загострення запальних захворювань органів малого тазу

- менструація;
- статевий акт;
- медичний аборт;
- діагностичне вишкрібання порожнини матки;
- введення ВМК;
- гістросальпінгографія;
- процедура запліднення *in vitro* та ін.

# Алгоритм обстеження хворих з запальними захворюваннями органів малого тазу

- скарги: на гострий біль в області малого тазу (одно- чи двобічний), підвищення  $t$  тіла до  $38\text{ C}$  і вище, метрорагія, слизово-гнійні виділення з піхви;
- анамнез: поява симптомів після менструації, незахищений статевий акт, аборт, гістросальпінгографія, застосування ВМК, ранній початок статевого життя;
- огляд в дзеркалах і бімануальне дослідження: слизово-гнійні виділення з каналу шийки матки, ерозія шийки матки, незначне збільшення і болючість матки, збільшення і болючість придатків (одно- або двобічне), обмеження їх рухливості, болючість при зміщенні матки;

# Алгоритм обстеження хворих з запальними захворюваннями органів малого тазу

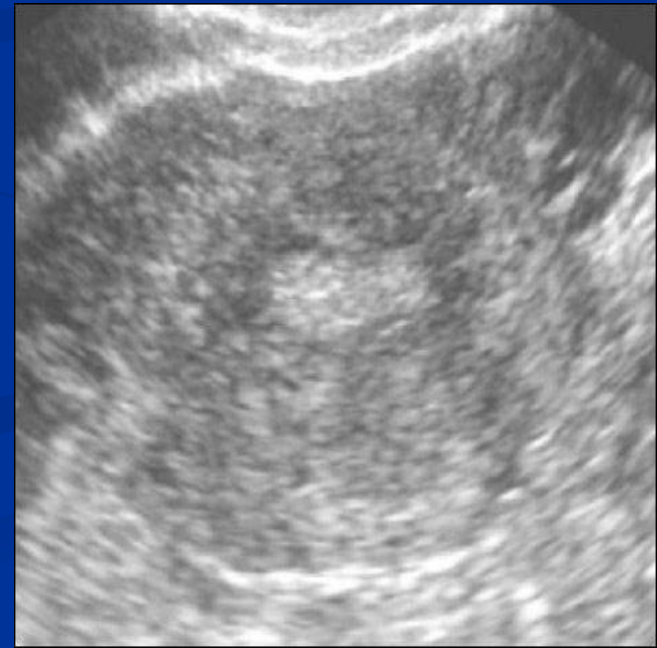
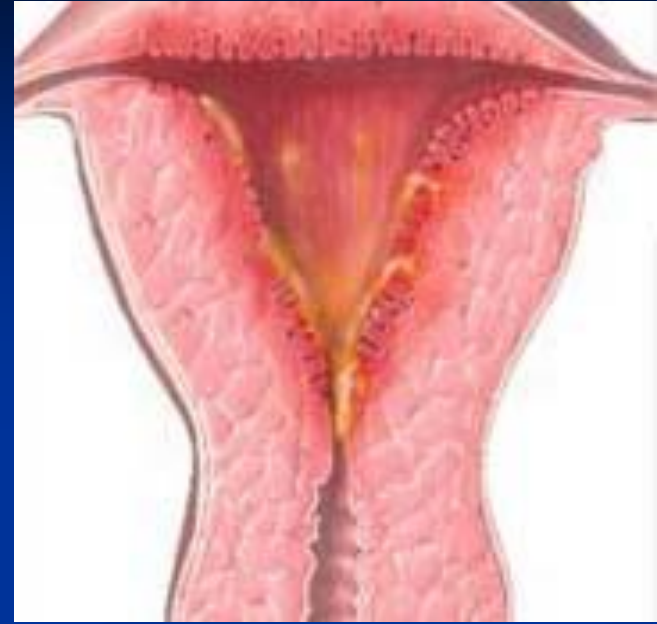
- клініко-лабораторне дослідження: загальний аналіз крові (лейкоцитоз, зсув формули вліво, збільшення ШОЕ); загальний аналіз сечі, амінотест, визначення рН піхви, бактеріоскопічне дослідження виділень з каналу шийки матки, бактеріологічне дослідження мазків з каналу шийки матки для визначення мікрофлори і її чутливості до антибіотиків, дослідження мазків з уретри, вивідних протоків парауретральних залоз, визначення збудників в зіскрібках зі слизової оболонки уретри і каналу шийки матки імуноферментним, імунофлюоресцентним методом або методом полімеразної ланцюгової реакції.

# Хронічні форми гнійних запальних захворювань внутрішніх статевих органів

- неускладнені (ендометрит, гострий гнійний сальпінгіт, пельвіоперитоніт);
- ускладнені (всі осумковані запальні пухлини придатків матки, гнійні тубооваріальні утворення).

# Ендометрит

- запалення слизової оболонки матки, що виникає переважно після внутрішньоматкових втручань (діагностичне вишкрібання, ускладнені аборти, пологи, ВМК);
- запальний процес може поширюватися на всю слизову оболонку матки або мати осередковий характер;
- при важкому ендометриті в процес втягується також м'язова оболонка (метроендометрит).



# Клінічна картина і діагностика

- захворювання починається гостро: підвищується  $t$  тіла, з'являється озноб, турбують болі внизу живота і в паховій області, слизово-гнійні рідкі виділення з неприємним запахом;
- при гінекологічному дослідженні виявляють серозно-гнійні виділення, іноді - сукровичні (внаслідок десквамації епітелію на деяких ділянках ендометрія); канал шийки матки здебільшого відкритий, матка дещо збільшена, м'якої консистенції, чутлива при пальпації;
- гостра стадія захворювання триває 8-10 днів, як правило закінчується одужанням; рідше спостерігається генералізація процесу з розвитком ускладнень (параметрит, перитоніт, тазові абсцеси, тромбофлебіт вен малого таза, сепсис) або запалення переходить в підгостру або хронічну форму.

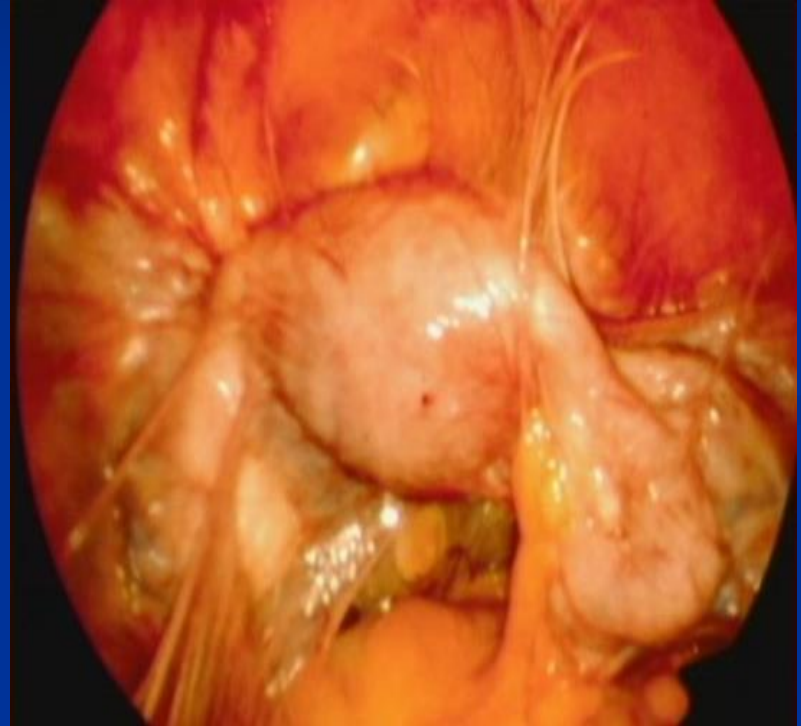
# Сальпінгофорит

- запалення придатків матки, найбільш поширене з запальних захворювань органів малого таза;
- інфекція поширюється зазвичай висхідним шляхом з піхви і порожнини матки, а також із суміжних органів (червоподібний відросток, сигмоподібна і пряма кишка) або гематогенним шляхом.



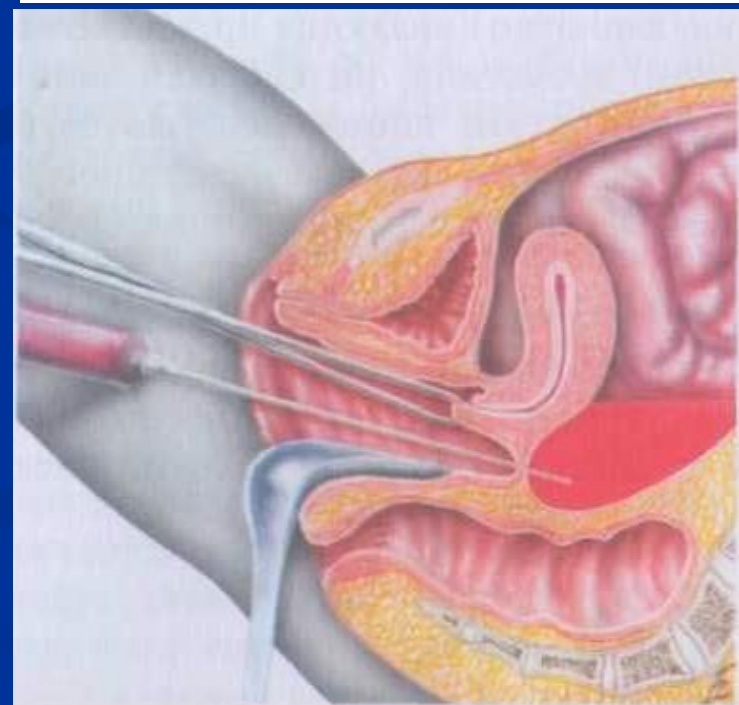
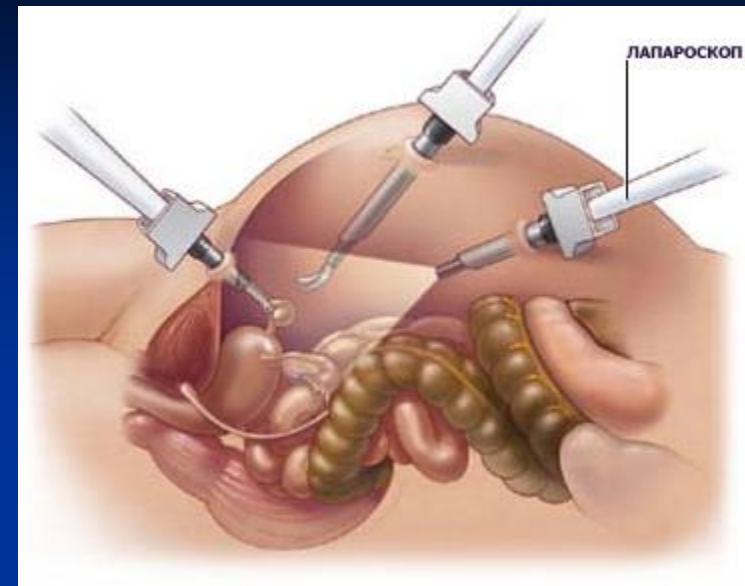
# Клінічна картина

- біль внизу живота;
- підвищення  $t$  тіла до 38-40 С, озноб;
- нудота, іноді блювота;
- гнійні виділення зі статевих шляхів; іноді – дизуричні явища;
- при бімануальному дослідженні: потовщення, набряк, біль в області придатків матки, гнійні або сукровично-гнійні виділення.



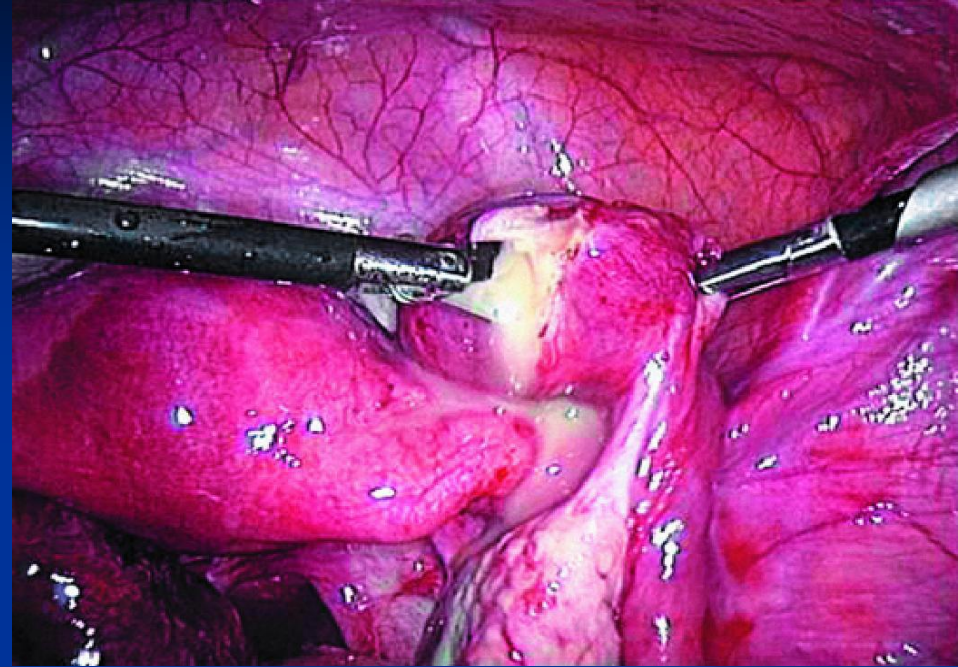
# Лабораторна діагностика

- в периферичній крові - лейкоцитоз, зсув формули вліво, збільшення ШОЕ, рівня С-реактивного білка, диспротеїнемія;
- в клінічному аналізі сечі - протеїнурія, лейкоцитурія, бактеріурія (пов'язано з пошкодженням уретри і сечового міхура);
- при бактеріоскопічному дослідженні мазків з піхви і каналу шийки матки виявляють підвищення рівня лейкоцитів, кокову мікрофлору, дріжджоподібні гриби; найбільш точні результати дає мікробіологічне дослідження вмісту маткових труб і черевної порожнини, отриманого методом лапароскопії або пункції черевної порожнини.



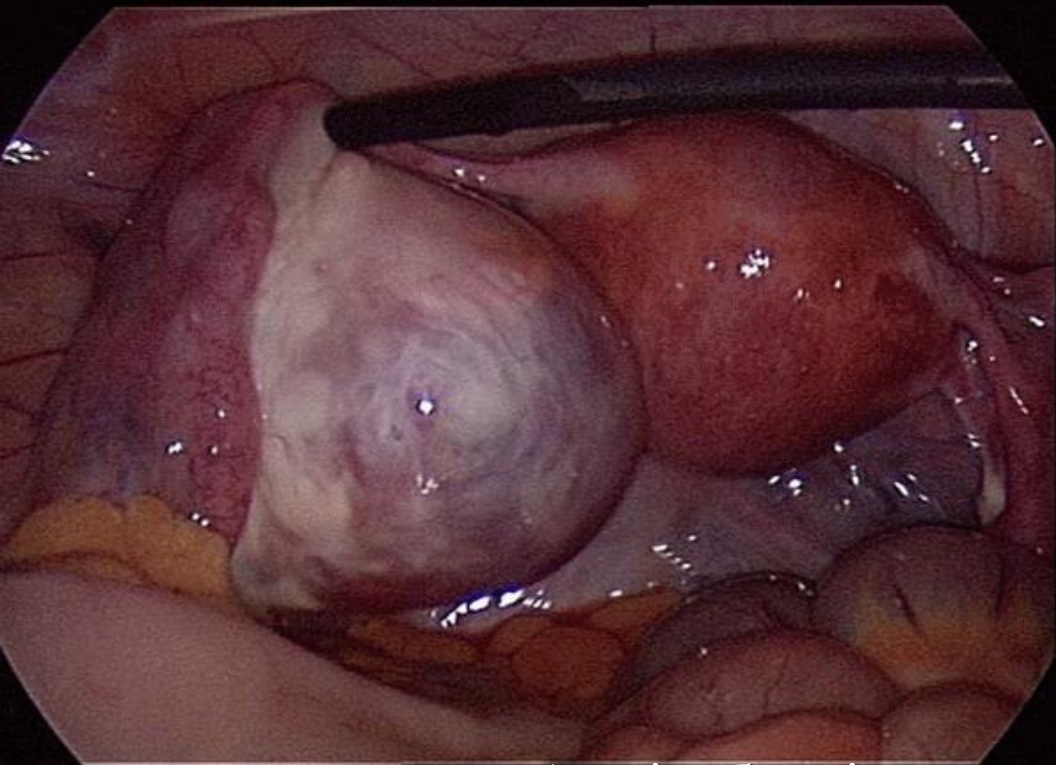
# Ускладнення сальпінгофориту

- піосальпінкс  
(абсцес маткової труби);



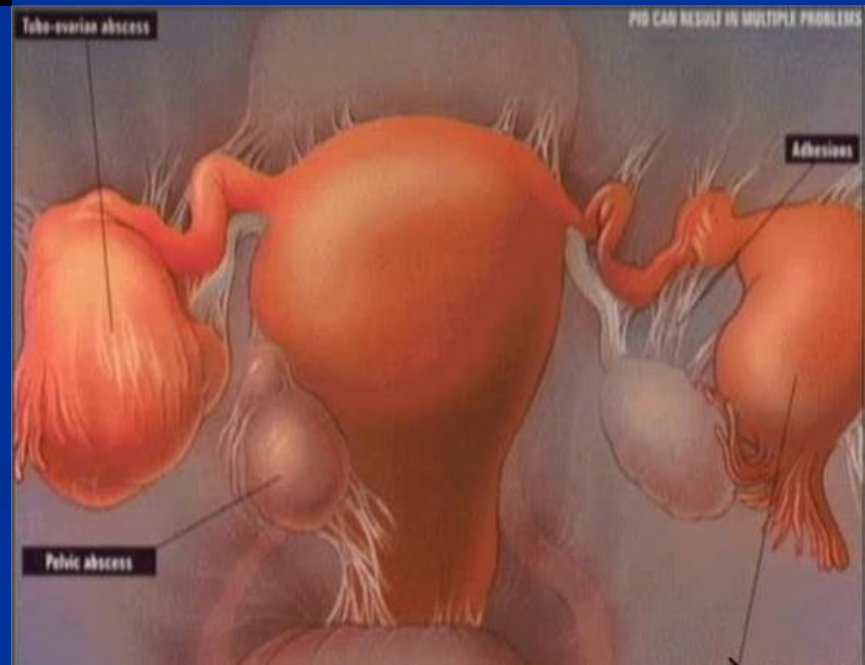
- гідросальпінкс (заповнена серозною рідиною, розширена, з тонкою стінкою маткова труба, частіше повністю непрохідна);





- тубооваріальні абсцеси;
- розриви абсцесів з розвитком сепсису і шоку;

- злуковий процес (перітубарні і періоваріальні злуки);
- часткова і повна непрохідність маткових труб (безпліддя, ризик розвитку ектопічної вагітності);
- хронічний тазовий біль;
- диспареунія.



# Параметрит

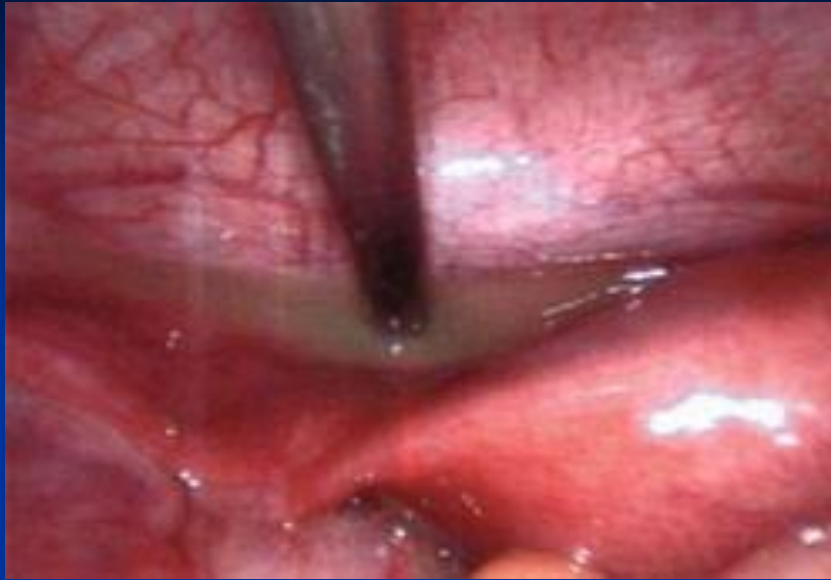
- запалення навколоматкової клітковини;
- в залежності від топографії клітковини малого таза виділяють передній, бічний і задній параметрит;
- в перебігу параметриту виділяють три стадії: інфільтрації, ексудації, ущільнення ексудату; при успішному лікуванні відбувається резорбція ексудату, інфільтрат розсмоктується, у разі нагноєння ексудату виникає гнійний параметрит, який може супроводжуватися проривом гною, частіше в пряму кишку або сечовий міхур.



# Клінічна картина і діагностика

- постійний біль внизу живота з іррадіацією в крижі і поперек; підвищення  $t$  тіла до 38-39 С, почастишання пульсу, головний біль, спрага, сухість у роті;
- при піхвовому дослідженні - різко виражена болючість матки; на 3-4 день захворювання визначають зміщення матки в здоровий бік або догори;
- при поширенні процесу положення хворої вимушене - на боці поразки нога зігнута в тазостегновому суглобі;
- в разі нагноєння навколوماتкової клітковини загальний стан різко погіршується,  $t$  тіла набуває гектичний характер, з'являється озноб, значно посилюється лейкоцитоз, збільшується зсув нейтрофілів ліворуч, різко підвищується ШОЕ;
- прорив гнійника в сечовий міхур або пряму кишку діагностують на підставі результатів дослідження сечі і калових мас (виявлення гною), цистоскопії, ректоскопії.

# Пельвіоперитоніт



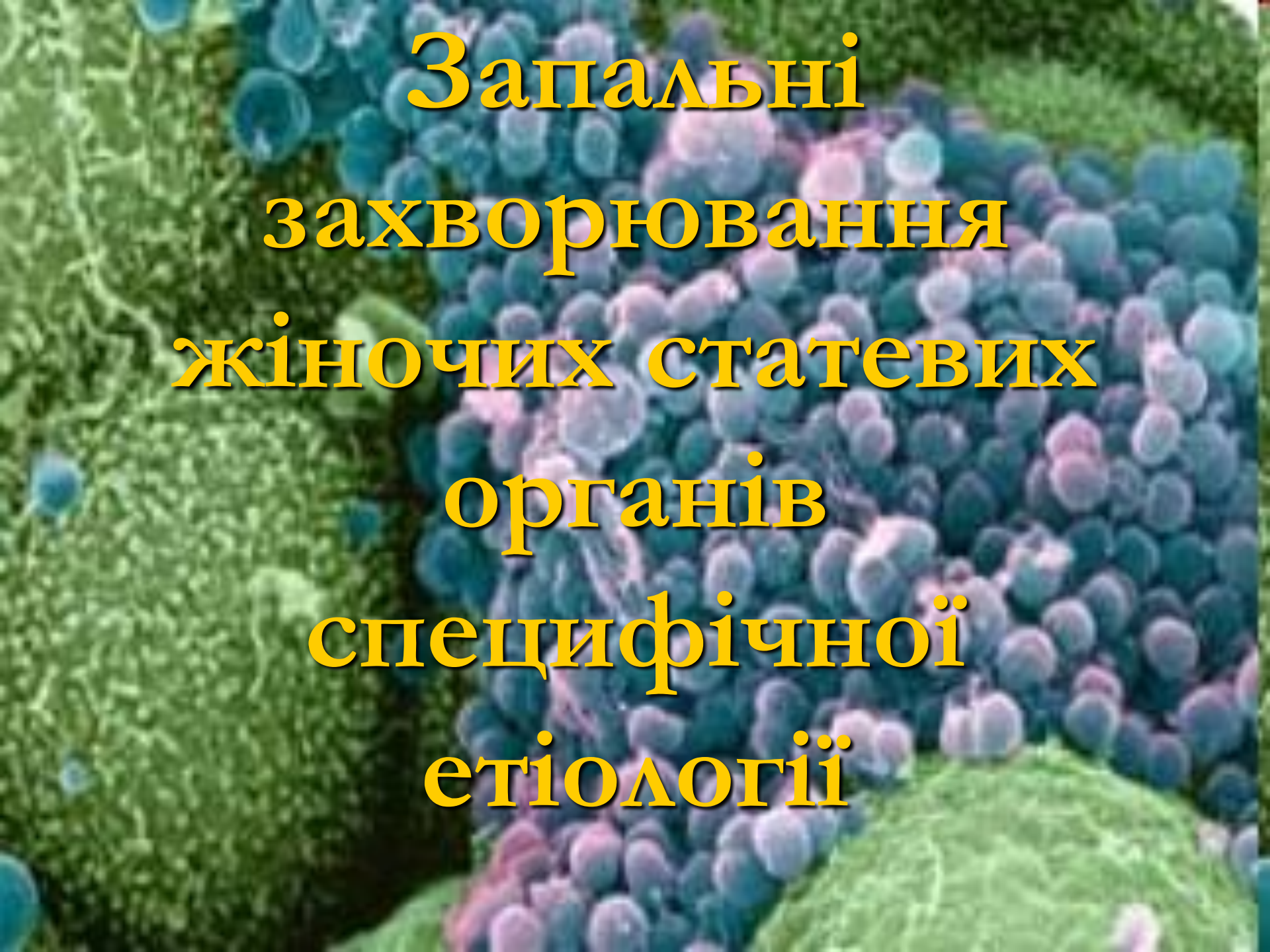
- запалення очеревини малого таза;
- є вторинним запальним процесом, що розвивається як ускладнення запалення матки і придатків, піосальпінксу і піовару;
- шляхи поширення: каналікулярний, лімфогенний, гематогенний;
- за характером ексудату виділяють: серозно-фібринозний і гнійний пельвіоперитоніт.

# Клінічна картина і діагностика

- захворювання починається гостро, з підвищення  $t$  тіла до  $39\text{ }^{\circ}\text{C}$ , ознобу, частішає пульс, з'являються інтенсивні болі внизу живота, метеоризм, нудота, іноді блювота;
- об'єктивно: язик обкладений білим нальотом, живіт роздутий в нижніх відділах, с. Щоткіна-Блюмберга позитивний, перистальтика кишечника слабка, але передня черевна стінка бере участь в акті дихання;
- при бімануальному дослідженні, яке утруднене через болючість і напругу передньої черевної стінки, визначають ригідність і болючість заднього склепіння піхви, інфільтрат безпосередньо за маткою, який пролабує крізь заднє склепіння піхви;
- під час пункції черевної порожнини отримують запальний ексудат, потім виконують бактеріологічний аналіз отриманого матеріалу.

# Загальні принципи лікування запальних захворювань органів малого таза

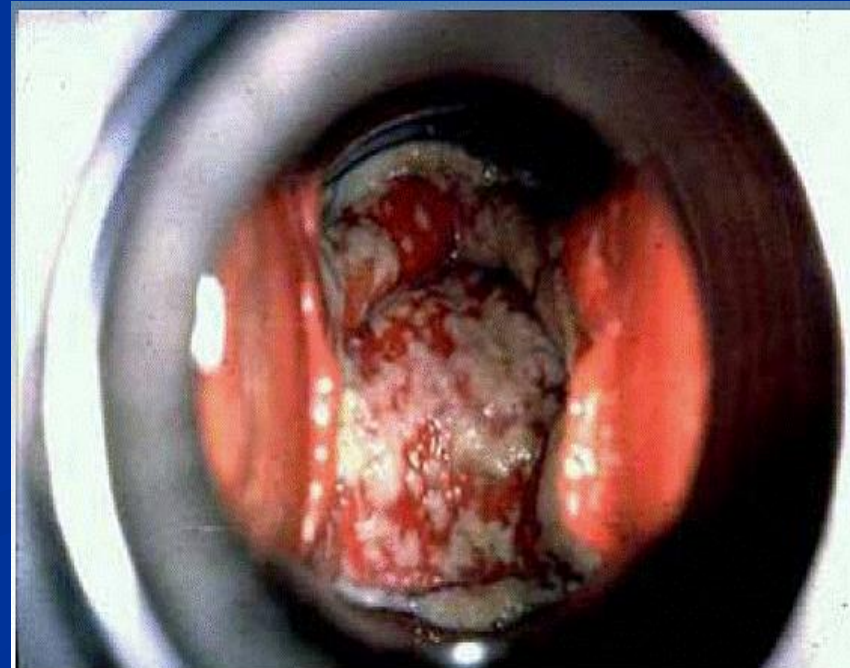
- антибактеріальна терапія (проводиться високими дозами препаратів, в/в або в/м протягом 3-5-7 діб з подальшим переходом на пероральні форми);
- десенсибілізуюча терапія;
- інфузійна терапія;
- антиоксидантна терапія;
- симптоматична терапія;
- протигрибкова терапія;
- при піосальпінксі, піоварі, тубооваріальних пухлинах, задніх параметритах - пункція гнійних утворень з евакуацією їх вмісту, промивання порожнини гнійника антисептиками і введення антибактеріальних речовин;
- при неефективності консервативної терапії протягом 72 годин - оперативне лікування в обсязі видалення запального вогнища і дренивання черевної порожнини.

The background of the slide is a microscopic image. It features a dense field of small, rounded, purple-colored structures, likely bacteria or yeast cells, which are slightly out of focus. On the left side, there is a more textured, greenish area that appears to be a biological surface or a different type of tissue. The overall lighting is somewhat dim, giving the image a clinical or scientific feel.

**Запальні  
захворювання  
жіночих статевих  
органів  
специфічної  
етіології**

# Кандидоз

- захворювання, викликане дріжджоподібними грибами, переважно роду *Candida*, найчастіше передається статевим шляхом;
- до розвитку кандидозу призводять пошкодження слизових оболонок, порушення вуглеводного і білкового обміну, гіпо- і авітаміноз, нераціональне застосування антибіотиків.

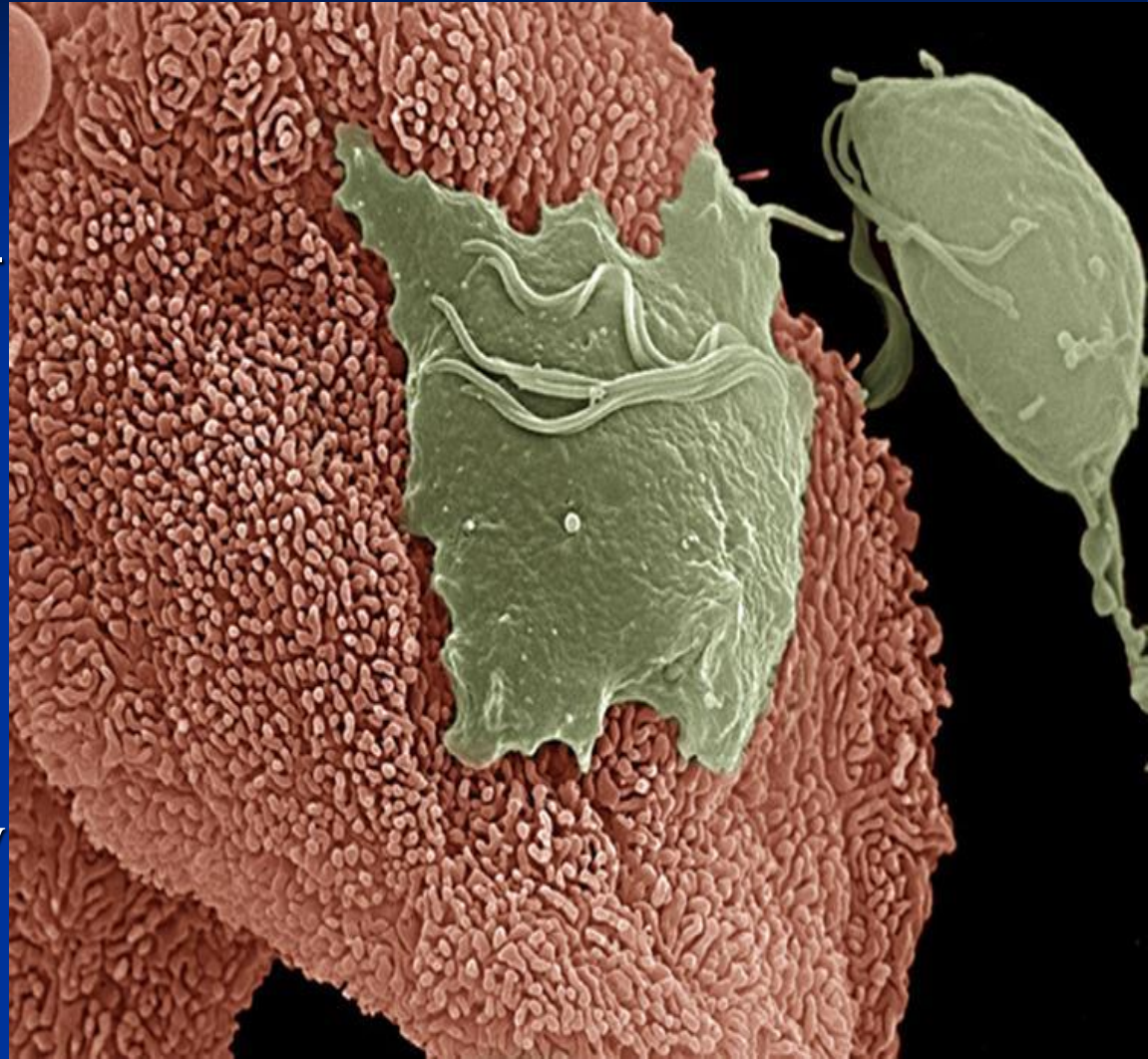


# Кандидоз

- скарги на свербіж, печіння в піхві, густі сирні виділення зі статевих шляхів; в гостру фазу на шкірі зовнішніх статевих органів з'являються везикули, потім формуються ерозії, що покриваються корочками;
- діагностика базується на клінічній симптоматиці, результатах бактеріоскопічного і бактеріологічного досліджень; мікроскопія мазка дозволяє виявити спори і псевдоміцелій грибів;
- лікування: системне антимікотичне (флуконазол (тріазол), ітраконазол (орунгал)); місцеве антимікотичне (клотримазол, міконазол); імуномодулятори; препарати, що містять біфідо- і лактобактерії, для відновлення нормального біоценозу піхви.

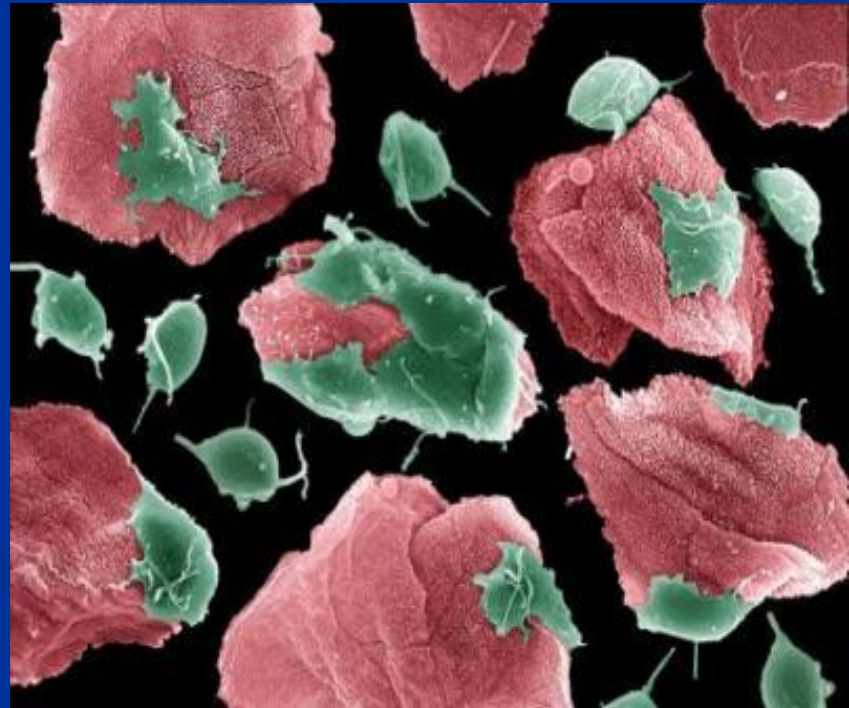
# Трихомоніаз

- збудник - вагінальна трихомонада;
- серед жінок, що живуть активним статевим життям захворюваність - 60-70%;
- інкубаційний період - від 3-5 до 20-30 днів;
- основною ділянкою паразитування трихомонади є слизова оболонка піхви, рідше - уретра, сечовий міхур, слизова оболонка каналу шийки матки, придатки матки, вивідні протоки бартолінієвих залоз, присінок піхви.



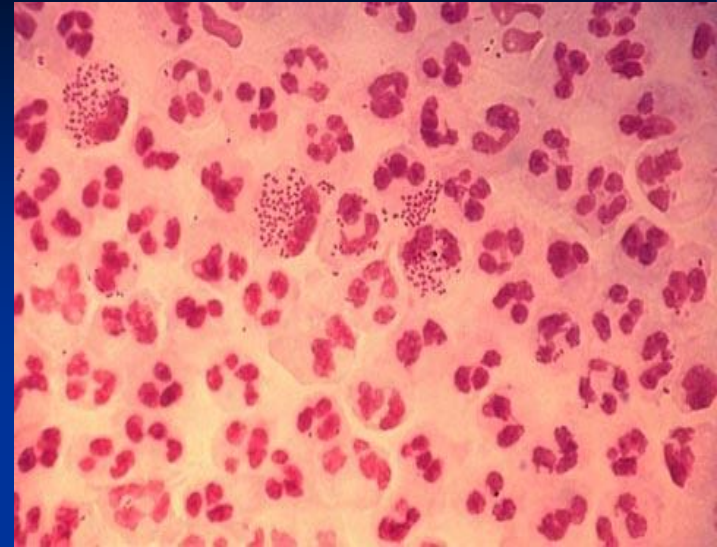
# Трихомоніаз

- **скарги**: на появу густих пінистих білей сіро-жовтого кольору з неприємним запахом, свербіж і печіння в області зовнішніх статевих органів і піхви;
- **об'єктивно**: ділянки почервоніння, мацерації, розчухів на шкірі та слизовій оболонці вульви, промежини, малих і великих статевих губ, наявність ерозії шийки матки, почервоніння і набряк слизової оболонки піхви, пінисті гнійні білі;
- **діагностика** заснована на клінічних проявах, результатах бак.дослідження мазків з піхви, результати люмінісцентної мікроскопії;
- **лікування**: системне і місцеве антипротозойне (метронідазол); імуномодулятори; препарати, що містять біфідо- і лактобактерії, для відновлення нормального біоценозу піхви. Проводять одночасне лікування обох статевих партнерів.



# Гонорея

- венеричне захворювання, обумовлене гонококом Нейссера;
- характеризується переважним ураженням слизових оболонок сечових і статевих органів;
- при загибелі гонокока виділяється ендотоксин, що провокує дегенеративно-деструктивні зміни в тканинах, розвиток злукового процесу;
- джерело зараження - хвора людина, основний шлях інфікування - статевий, рідше - побутовий, внутрішньоутробний і інтранатальний.
- інкубаційний період - 3-7 діб;
- виділяють свіжу гонорейний інфекцію (не більше 2 міс.) з гострим, підгострим і торпідним перебігом, і хронічну (більше 2 міс.)

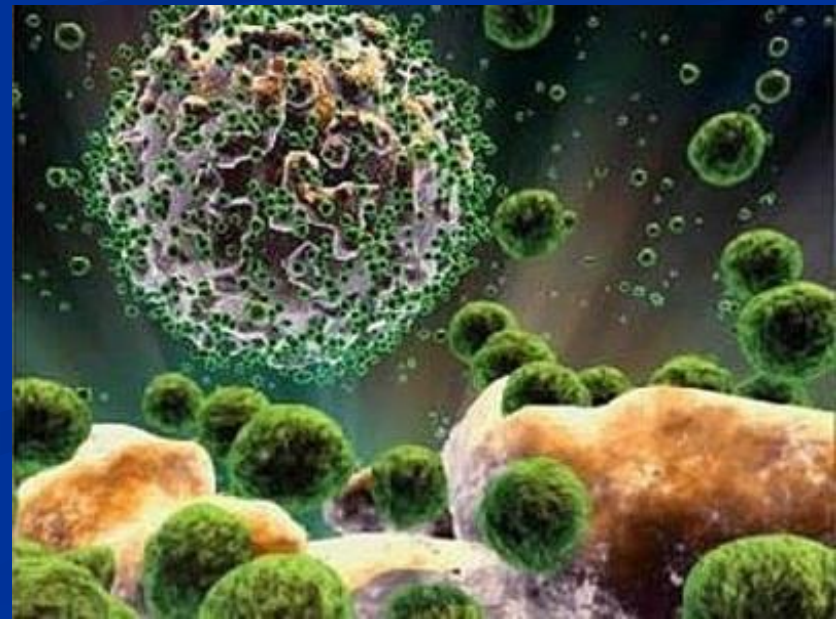
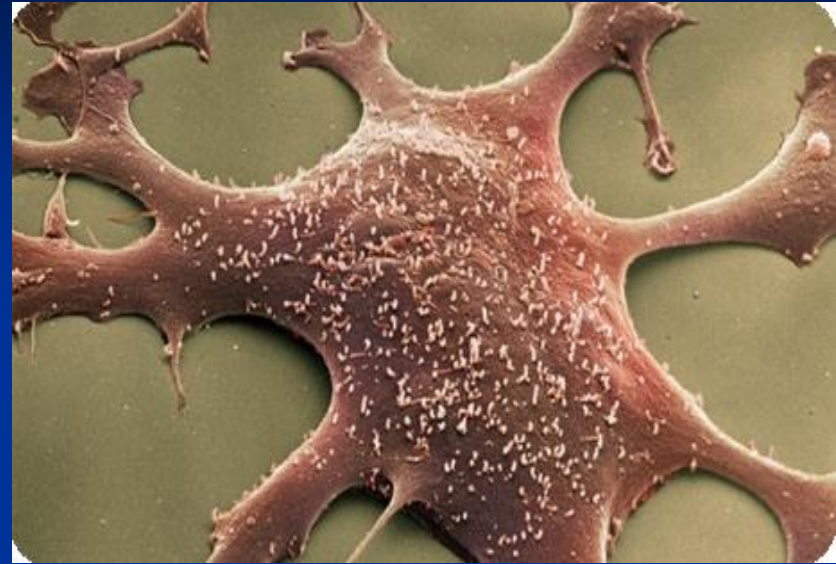


# Гонорея

- розрізняють гонорею нижнього відділу статевих органів (гонорейний уретрит, ендоцервіцит, бартолініт, вульвовагініт) і верхніх відділів статевих органів, тобто висхідну гонорею (ендометрит, сальпінгіт, пельвіоперитоніт);
- діагностика ґрунтується на клінічних проявах захворювання і виявленні гонококів, взятих з сечовипускального каналу, каналу шийки матки та інших осередків інфекції;
- гонорея у вагітних часто перебігає безсимптомно, може привести до ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду, а також є фактором ризику для плода та новонародженого;
- лікування проводять в умовах спеціалізованого стаціонару; основними препаратами є АБ групи пеніциліну, цефалоспорини, аміноглікозиди, тробіцін, макроліди (сумамед), хінолони (ципрофлоксацин, офлоксацин) в комбінації з метронідазолом, тібералом.

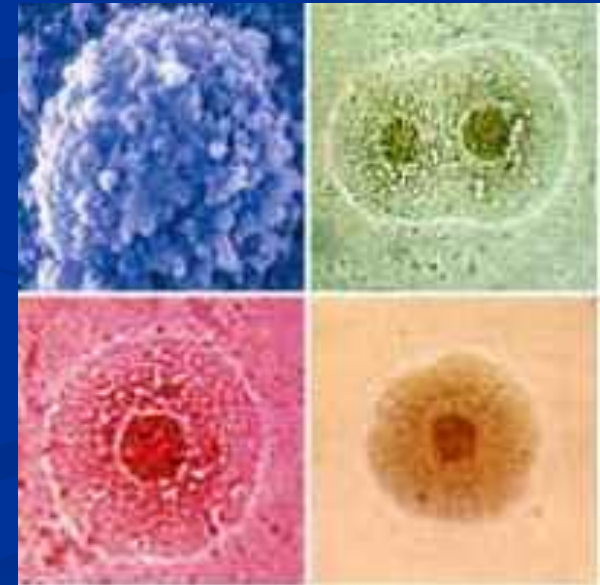
# Урогенітальний мікоплазмоз, уреоплазмоз

- **збудники** - *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* (дрібні м/о, що локалізуються на слизовій оболонці ротової порожнини, дихальних шляхів, нижніх відділів сечових і статевих органів, викликають запалення);
- **шлях передачі** - статевий; дані м/о часто визначаються у хворих на гонорею, трихомоніаз як супутня флора;
- **клінічна картина** захворювання мало відрізняється від такої при кольпіті, цервіциті, сальпінгоофориті іншої етіології.



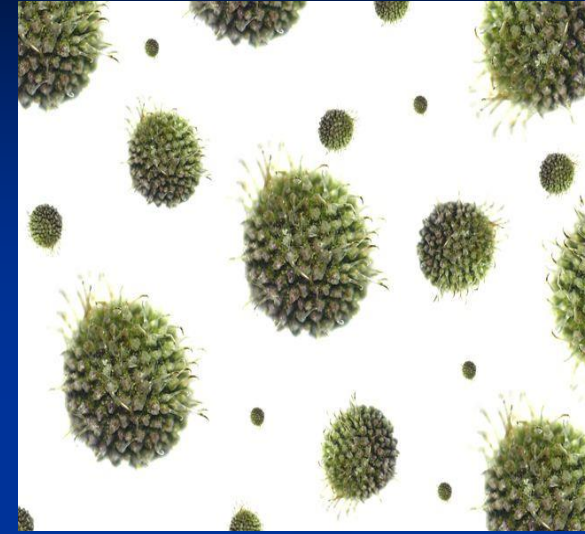
# Урогенітальний мікоплазмоз, уреоплазмоз

- **діагностика:** для визначення збудника використовується бактеріологічний метод; матеріал отримують з виділень піхви, каналу шийки матки, бартолінієвої залози;
- проводять тест, заснований на здатності уреоплазм виділяти уреазу, яка, впливаючи на реакцію середовища, змінює колір індикатора; також використовують серологічну діагностику, культуральний, імунофлюоресцентний методи, ПЛР, дослідження імунограми;
- **лікування:** системне антибактеріальне (доксидиклін, кларитроміцин); імуностимулятори (циклоферон); антимикотичні препарати (флуконазол); місцеве лікування (еритроміцин, мазеві вагінальні аплікації); препарати, що містять біфідо- і лактобактерії, для відновлення нормального біоценозу піхви. Проводять одночасне лікування обох статевих партнерів.



# Генітальний герпес

- захворювання статевих органів, викликане вірусом простого герпесу, переважно 2-го типу (ВПГ-2);
- вірус локалізується переважно на слизовій оболонці сечових і статевих органів, каналу шийки матки, а також в нервових гангліях поперекового і крижового відділів симпатичної нервової системи;
- ВПГ-2 передається статевим шляхом; під час вагітності може призвести до невиношування і вадам розвитку ембріона;
- клінічно розрізняють типовий, атиповий і безсимптомний перебіг інфекції;



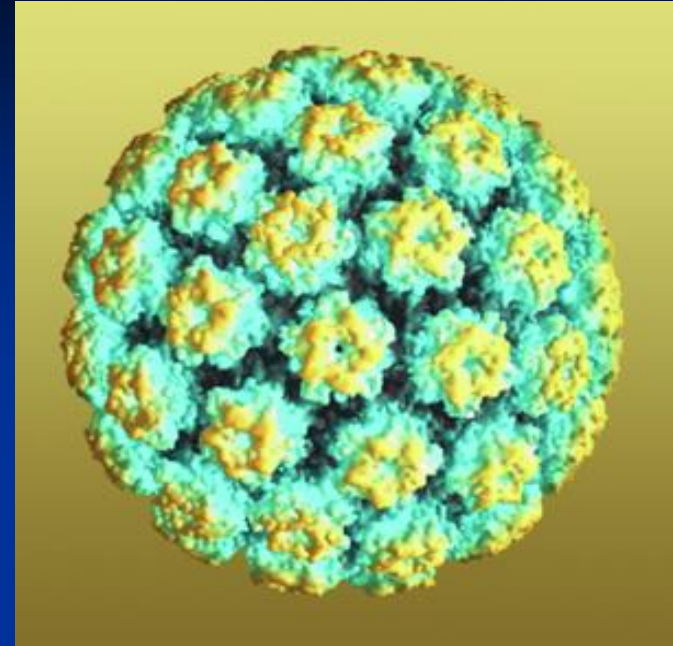
# Генітальний герпес

- в залежності від локалізації виділяють три стадії герпетичного процесу: I - ураження герпесом зовнішніх статевих органів, II - ураження піхви, шийки матки, уретри, III - матки, її придатків, сечового міхура;
- **клінічні прояви:** гіперемія, набряк каналу шийки матки, уретри; серозні або серозно-гнійні виділення; біль; множинні везикулярні висипання на шкірі і слизових;
- **діагностика:** виявлення ВПГ-2 або його антитіл в сироватці крові хворої, ІФА, ПЛР;
- **лікування:** системне протівірусне (ацикловір, фамцикловір, валацикловір), місцеве лікування (ацикловір-крем), імуномодулятори, знеболюючі, вітамінотерапія, антиоксиданти, вакцинотерапія.



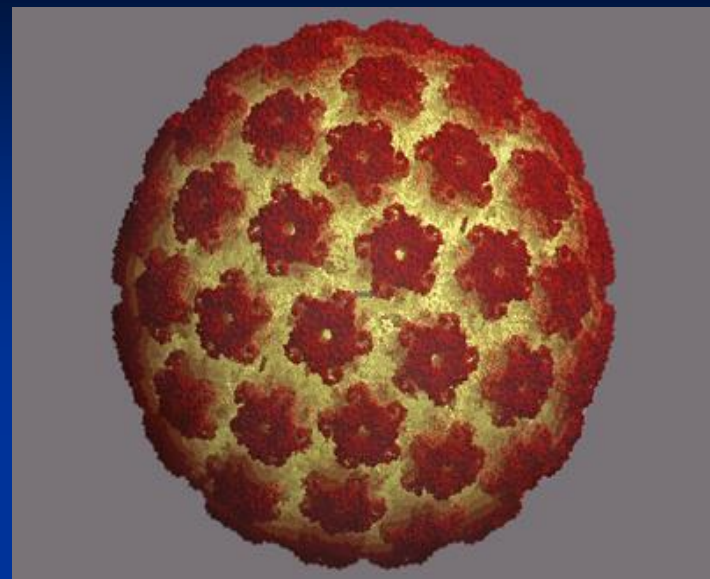
# Папіломавірусна інфекція

- збудник - папіломавіруси, що передаються статевим шляхом; деякі типи вірусу служать причиною розвитку клітинної атипії, дисплазії епітелію;
- призводить до розвитку гострокінцевих і плоских конділом піхви і шийки матки;
- на початку захворювання над поверхнею шкіри великих статевих губ, пахових складок, періанальної області і слизової оболонки уретри з'являються поодинокі рожеві з сірим відтінком утворення; в подальшому конділоми розростаються, зливаючись між собою, нагадують кольорову капусту, характеризуються тривалим перебігом.



# Папіломавірусна інфекція

- папіломавіруси можуть бути причиною виникнення генітального раку; про можливість малігнізації слід думати при появі плоских або інвертованих кондилом, які перероджуються в рак в 6-26% випадків;
- лікування: при великих кондиломах виконують кріодеструкцію, діатермокоагуляцію або хірургічне видалення кондилом; для лікування невеликих кондилом застосовують конділін, резорцин, солкодерм.



# Генітальний туберкульоз

- збудник - мікобактерії туберкульозу (людського, бичачого і пташиного типів), які проникають з первинного вогнища (як правило, легенів) гематогенним, лімфогенним шляхом або з очеревини на суміжні органи;
- найчастіше процес локалізується в маткових трубах (двобічний туберкульозний сальпінгіт);
- також уражаються матка (туберкульозний ендометрит, що характеризується менометроррагією, альгодисменореєю, аменореєю, синехіями, первинним безпліддям, розвитком піометри), шийка матки (туберкульозний ендцервіцит з поліпоподібними розростаннями);
- туберкульоз яєчників діагностується рідко (туберкульозний періоофорит, в поєднанні з туберкульозним сальпінгітом).



# Генітальний туберкульоз

- **діагноз** встановлюють на підставі імунобіологічного (проба Манту, Коха), бактеріологічного методу (дослідження менструальної крові і ендометрія, отриманого при діагностичному вишкрібанні, рідини з черевної порожнини, отриманої в результаті пункції, тканини видалених органів, пунктати тубооваріальних утворень), біологічного методу (прищеплення патологічного матеріалу гвінейським свинкам), гістохімічних реакцій (визначення РНК в клітинних інфільтратах), рентгенологічних методів (МСГ з одночасною рентгенопельвіографією і лапароскопією);
- **лікування**: специфічна АБ-терапія (введення препаратів безпосередньо в осередок ураження і парентеральне введення), кортикостероїди (зменшують інтенсивність запальної реакції), ферментотерапія, вітамінотерапія, фізіотерапія, хірургічне лікування (обсяг операції визначається віком хворої і поширеністю процесу). Лікування здійснюють гінеколог спільно з фтизіатром або фтизіогінеколог.

# Туберкульозний сальпінгіт



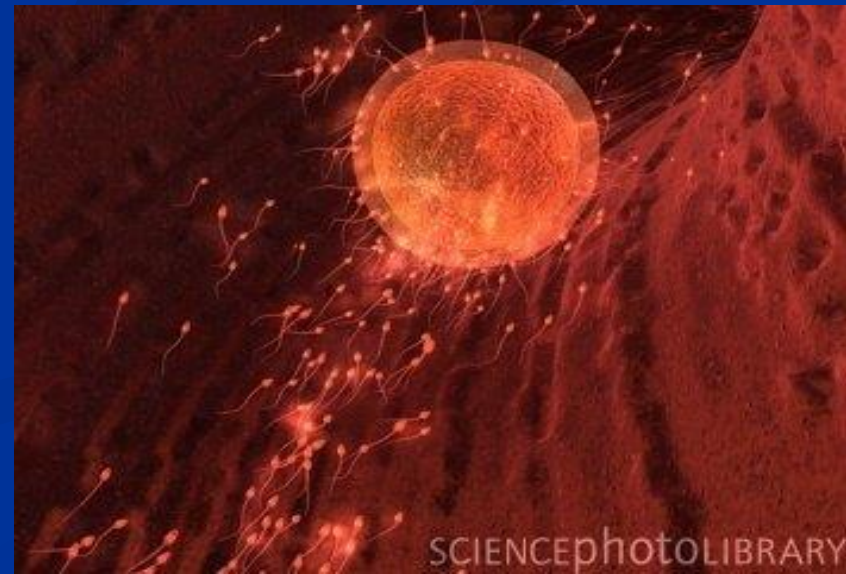
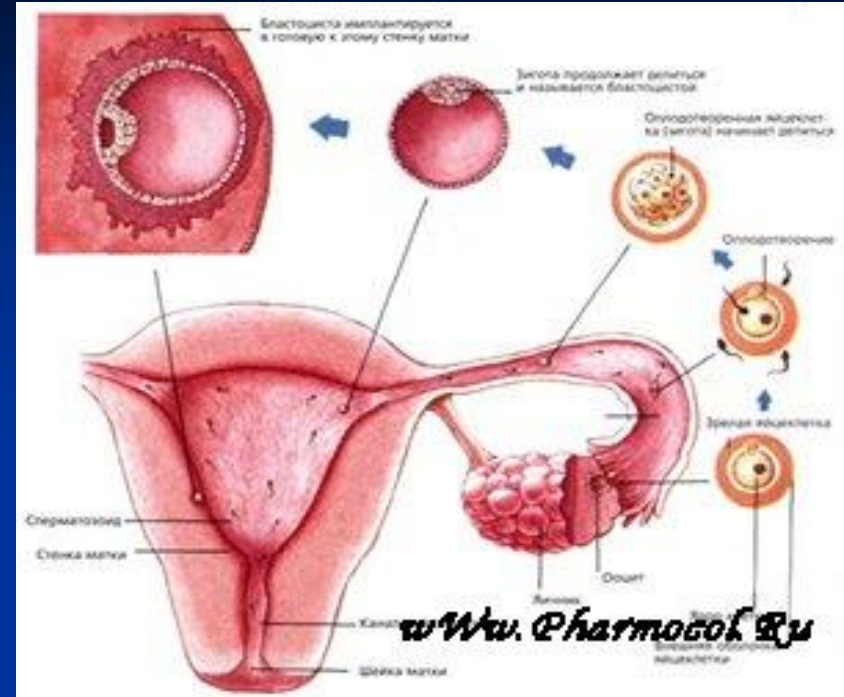
- маткові труби візуалізуються у вигляді булавок, вервиць; ампулярні відділи труб непрохідні.

Безплідний шлюб - шлюб, в якому вагітність не настає протягом 1 року регулярного статевого життя без застосування контрацептивних засобів.



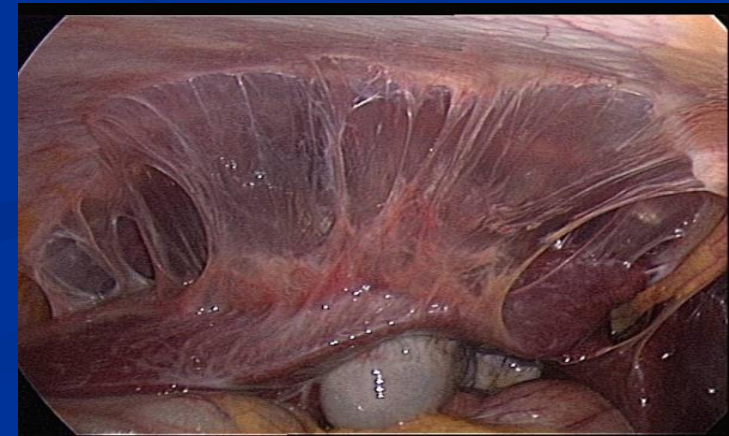
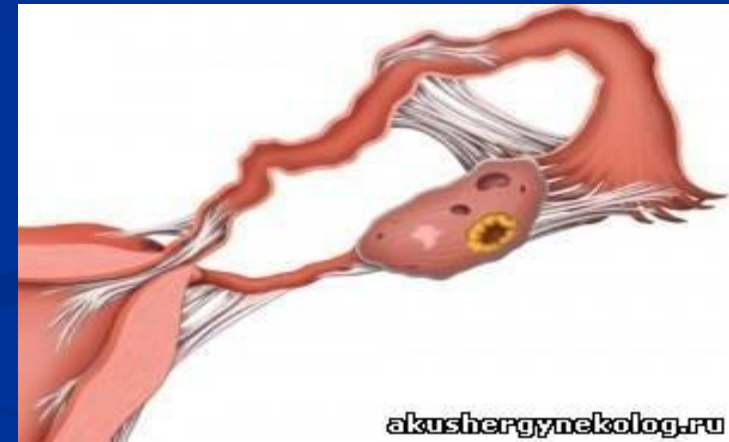
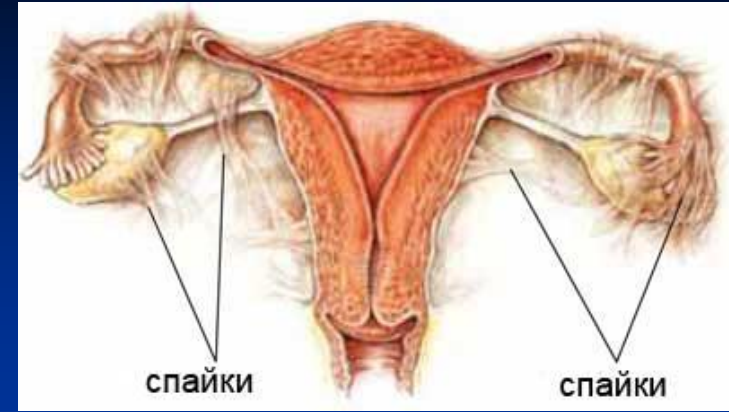
# Жіноче безпліддя

- частота - близько 50%;
- розрізняють:
  - 1) первинне безпліддя (вагітність жодного разу не наступала у жінки, яка живе статевим життям і не застосовує протизаплідні засоби);
  - 2) вторинне (в анамнезі була хоча б одна вагітність);
- виділяють:
  - 1) трубно-перитонеальне;
  - 2) ендокринне;
  - 3) імунологічне;
  - 4) маткова форма безпліддя, обумовлена анатомічними порушеннями матки і піхви.



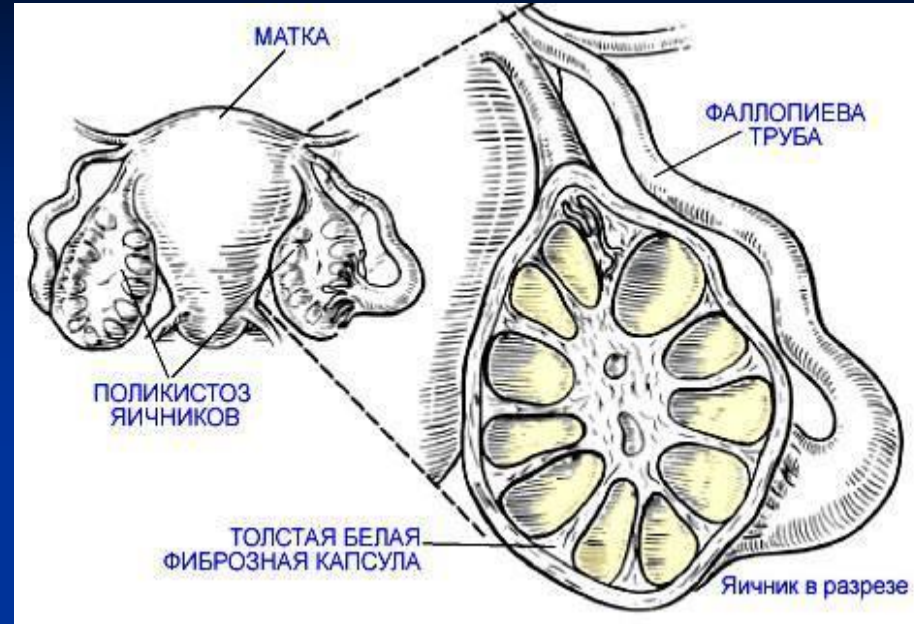
# Трубно-перитонеальне безпліддя

- частота становить 35-40%;
- розвивається внаслідок непрохідності маткових труб і порушення транспорту гамет;
- провідна причина - запальні захворювання жіночих статевих органів (найбільш виражений злуквий процес після перенесеної гонореї);
- серед інших причин виділяють: вишкрібання порожнини матки, перенесені операції, пухлини матки і яєчників (механічне стиснення труб), ендометріоз;
- провідні методи діагностики - метросальпінгографія, лапароскопія;
- лікування консервативне (лікувальні пункції і гідротубації з лідазой, гідрокортизоном, трипсином, і т.п.) і оперативне (фімбріо- і сальпінголізіс, сальпінгостомія, сальпінго-сальпінгоанастомоз та ін.)



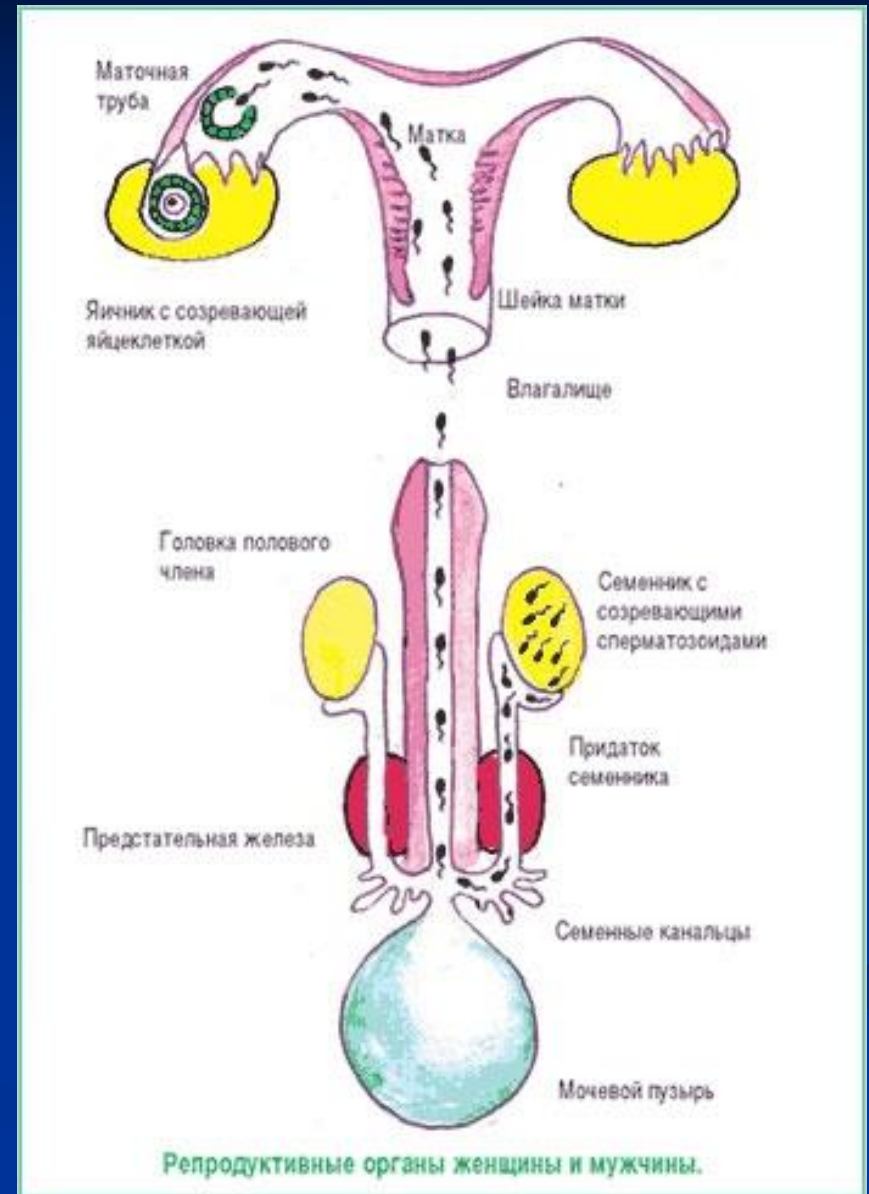
# Ендокринне безпліддя

- частота 20-40%;
- обумовлено порушенням процесу овуляції, нездатністю яйцеклітини до запліднення або імплантації ембріону внаслідок гормональної дисфункції;
- причини: с. Шерешевського-Тернера, змішана форма дисгенезії гонад, гермафродитизм, адреногенітальний синдром, синдром тестикулярної фемінізації, гіпопітуїтаризм, гонадотропний гіпогонадизм;
- однією з провідних причин є синдром Штейна-Левенталя (синдром полікістозних яєчників).



# Імунологічне безпліддя

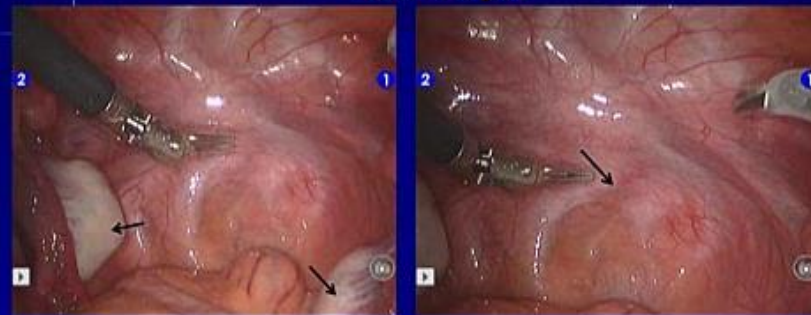
■ серед причин виділяють наявність специфічних ізоантитіл до сперматозоїдів у піхві, слизу каналу шийки матки, ендометрію, маткових трубах, фолікулярній і перитонеальній рідині, аутоантитіл до блискучої зони яйцеклітини, клітинам зернистого шару або аутоімунне ураження яєчників.



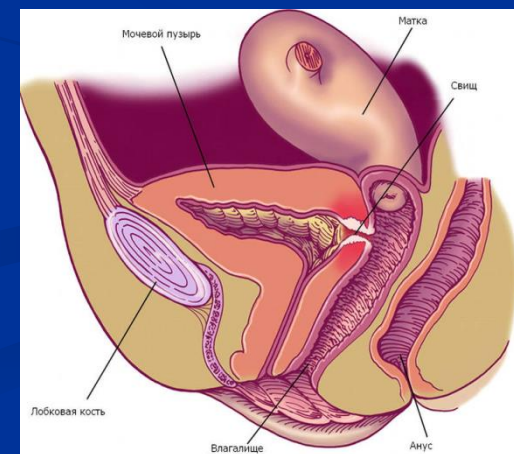
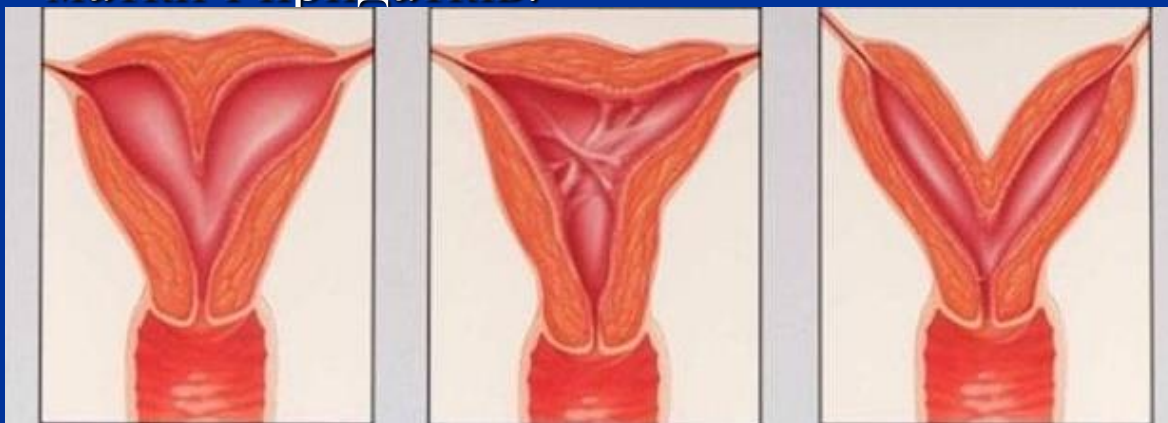
# Безпліддя, обумовлене анатомічними порушеннями

■ причини: різні аномалії розвитку жіночих статевих органів, хірургічне видалення матки, маткових труб, яєчників, травми статевих органів з утворенням сечостатевих або кишково-статевих норниць, внутрішньоматкові синехії (синдром Ашермана), пухлини матки і придатків.

## Синдром Майера-Рокитанського-Кюстера



- врожденное отсутствие матки и влагалища
- нормальная функция яичников
- женский фенотип и кариотип
- часто встречающееся сочетание с другими врожденными пороками развития (скелета, органов мочевого выделения)



# Чоловіче безпліддя

- частота - близько 40% випадків;
- є не захворюванням, а симптомом різних хвороб;

## Виділяють:

### 1) секреторне безпліддя:

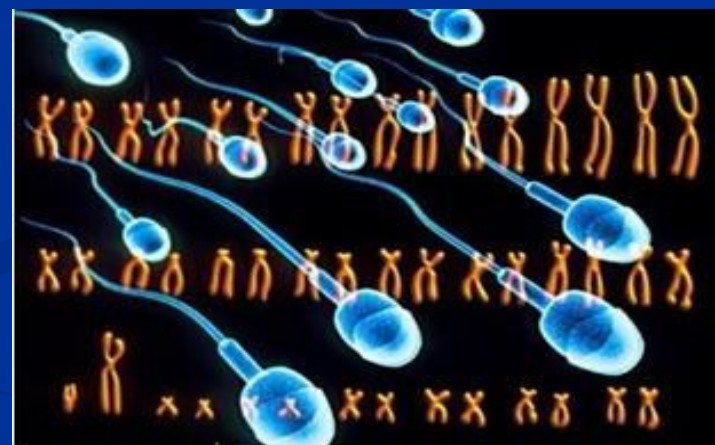
- а) секреторно-ендокринне (недостатність статевих залоз);
- б) секреторно-токсичне (екзогенна інтоксикація);

### 2) екскреторне безпліддя:

- а) екскреторно-токсичне (запальна або інша інтоксикація сім'явивідних шляхів);
- б) екскреторно-обтураційне (обструкція сім'явивідних шляхів);

### 3) змішана форма безпліддя;

### 4) імунологічне безпліддя.

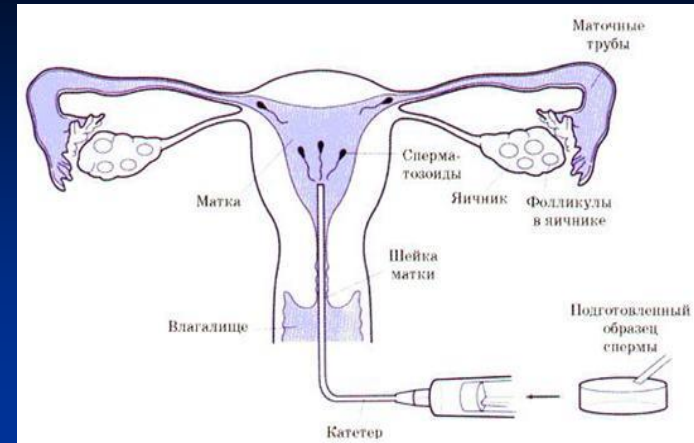


# Допоміжні репродуктивні технології

- стандартна процедура запліднення *in vitro* з переносом ембріонів у порожнину матки;
- перенос гамет, зигот і ембріонів в маткові труби;
- мікроманіпуляції на гаметах для лікування чоловічого безпліддя (ІЦІС, часткове розсічення блискучої зони, введення сперматозоїдів під блискучу зону яйцеклітини і т.п.)
- ДРТ із застосуванням донорських яйцеклітин і ембріонів;
- сурогатне материнство;
- кріоконсервування сперматозоїдів, ооцитів і ембріонів;
- штучна інсемінація спермою чоловіка або донора.

# Допоміжні репродуктивні технології

- штучна інсемінація;



- запліднення in vitro;



- методика ІЦІС;



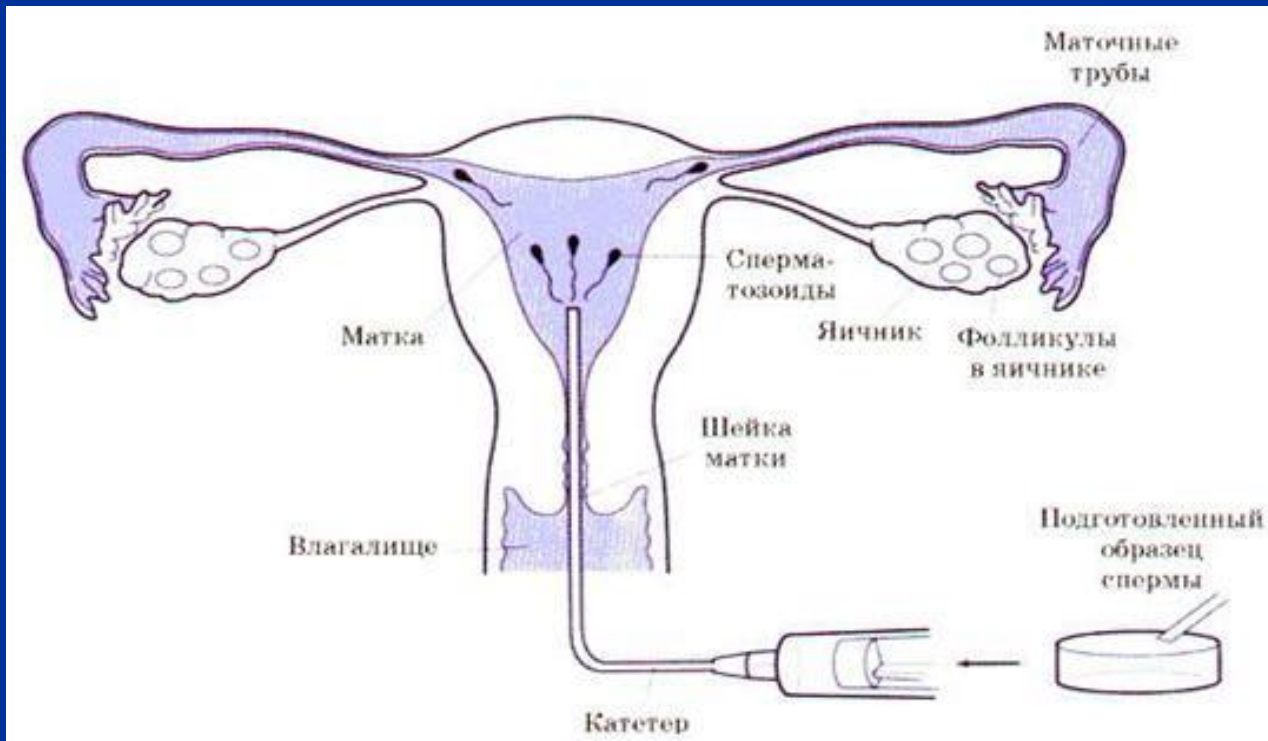
# Стандартне обстеження перед застосуванням ДРТ:

- анамнез;
- комплексне гінекологічне обстеження;
- кольпоскопія з цитологією;
- аналіз і бактеріологічне обстеження виділень з піхви і цервікального каналу;
- обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом;
- флюорографія;
- УЗД органів малого тазу;
- метросальпінгографія;
- комплексне гормональне обстеження (пролактин, ФСГ, ЛГ, тестостерон, естрадіол, кортизол, гормони щитоподібної залози та ін.);

- графік базальної температури за останні 2-3 циклу;
- імунологічне обстеження (тест контакту сперми зі слизом каналу шийки матки, MAR-тест прямий і непрямий, дослідження антиспермальних антитіл та ін.);
- висновок терапевта про можливість виношування вагітності;
- рентгенологічне дослідження області турецького сідла (при підвищеному рівні пролактину);
- ендоскопічні методи (лапаро- і гістероскопія);
- комплексне обстеження партнера (спермограма в динаміці, обстеження на ПСШ, флюорографія, консультація андролога і ін.)

# Штучна інсемінація

- найбільш поширений метод допоміжної репродукції, що складається в інструментальному введенні сперми в піхву, шийку матки, порожнину матки; застосовують переважно внутрішньоматкову інсемінацію спермою чоловіка або донора.



# Показання

## ■ інсемінація спермою чоловіка:

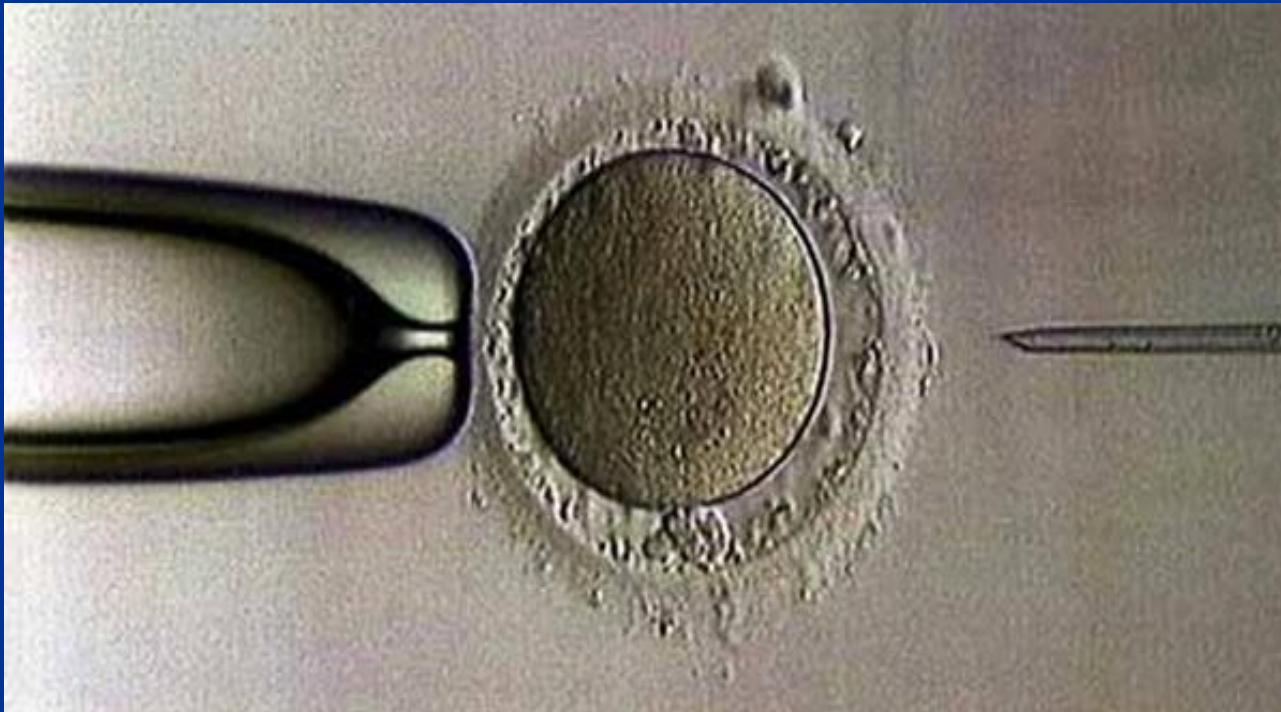
- ✓ гіпоспадія сечівника;
- ✓ імпотенція;
- ✓ відсутність еякуляції;
- ✓ олігоспермія зі збереженою нормальною рухливістю сперматозоїдів;
- ✓ вагінізм і аномалії розвитку піхви;
- ✓ імунна агресія слизу каналу шийки матки.

## ■ інсемінація спермою донора:

- ✓ олігоастеноспермія III ступеня;
- ✓ азооспермія;
- ✓ спадкові хвороби з високою ймовірністю народження хворої дитини.

# Запліднення in vitro

- перенесення ембріонів в порожнину матки



# Показання:

## ■ жіноче безпліддя:

- ✓ абсолютне трубне безпліддя (відсутність маткових труб або їх непрохідність);
- ✓ безпліддя, викликане ендометріозом (при відсутності ефекту від медикаментозної терапії);
- ✓ ендокринне безпліддя при відсутності ефекту від інших методів лікування;
- ✓ безпліддя нез'ясованого генезу при відсутності ефекту від ІСЧ (протягом 6 циклів);
- ✓ безпліддя, обумовлене цервікальним фактором, за умови відсутності ефекту від лікування методом ІСМ (протягом 6 циклів);
- ✓ безпліддя, обумовлене відсутністю або функціональною неповноцінністю яєчників або матки (в цьому випадку програма ЗІВ включатиме використання донорських яйцеклітин, ембріонів або програму сурогатного материнства);

## ■ чоловіче безпліддя:

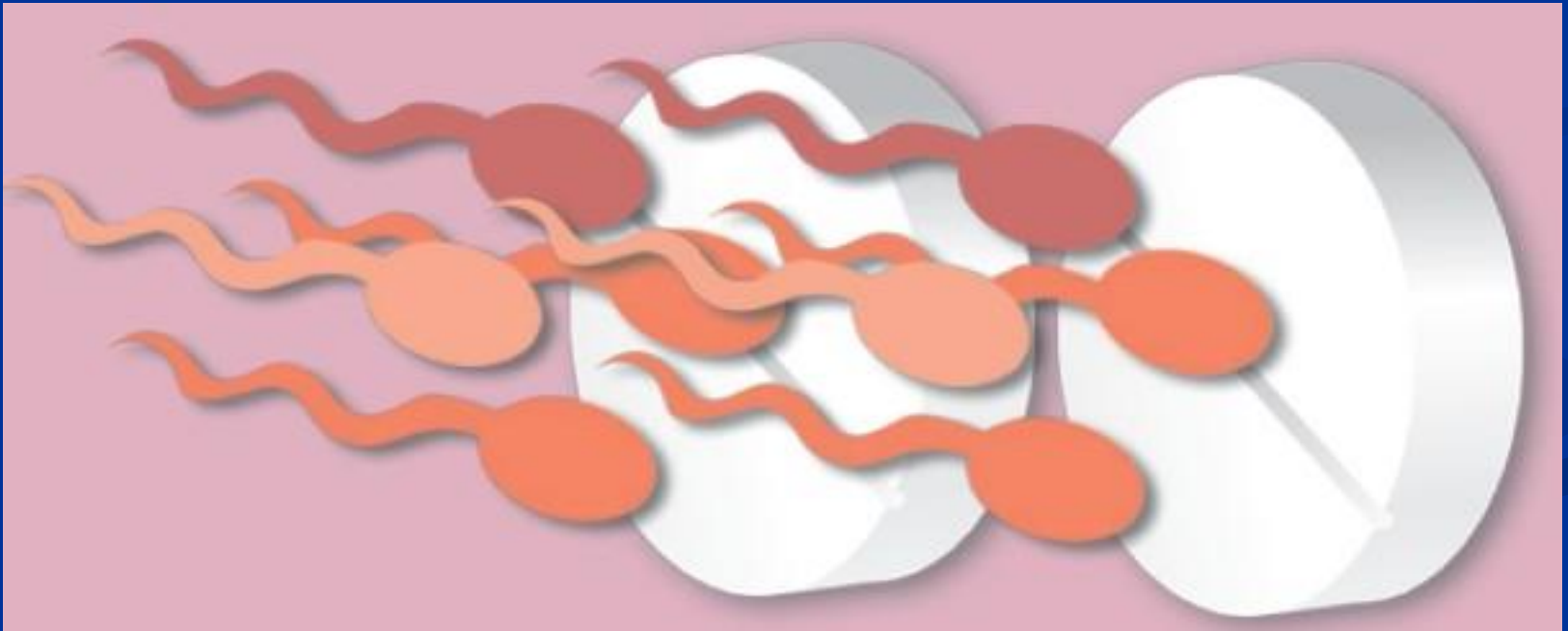
- ✓ олігоастеноспермія I-II ступеня при неможливості проведення або неефективності ІСЧ.

# Методика ІЗІС

- інтрацитоплазматична ін'єкція сперматозоїдів, застосовується при тяжких порушеннях сперматогенезу.

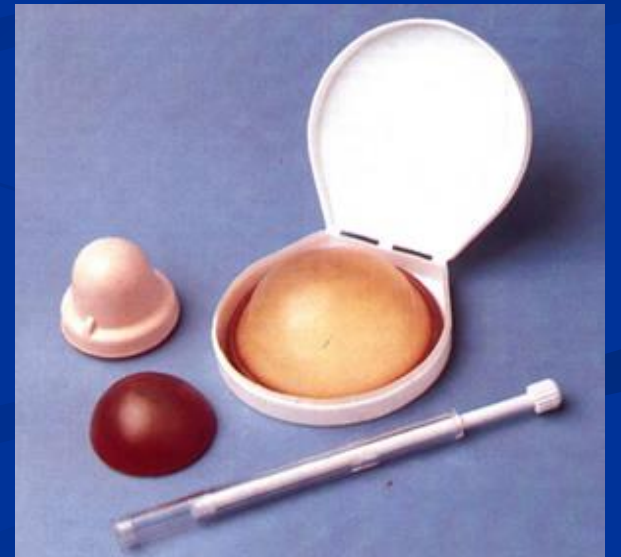


**Контрацепція** – запобігання  
незапланованої вагітності, одна зі  
складових системи планування сім'ї.



# Бар'єрні методи контрацепції і сперміциди

- презервативи (чоловічі та жіночі), діафрагми, ковпачки, губки, сперміциди;
- запобігають проникненню сперми в піхву або шийку матки механічним, хімічним шляхом або їх поєднанням.



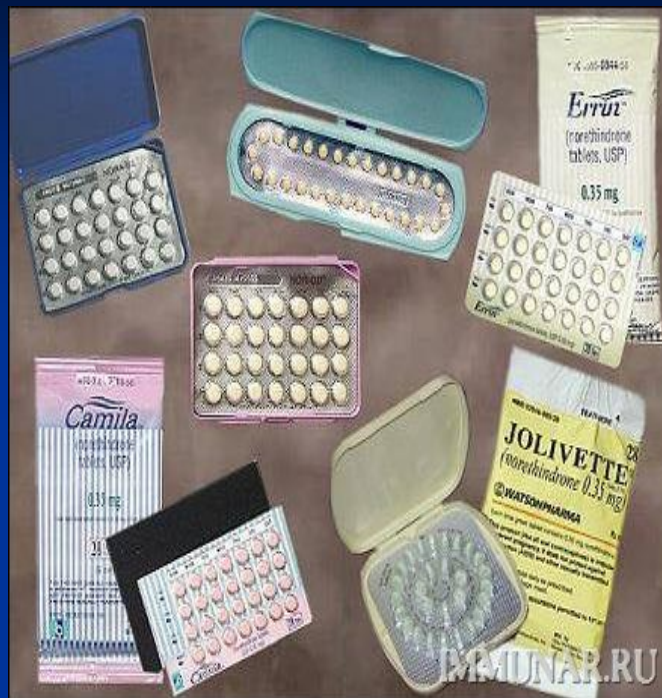
# Природні методи планування сім'ї

- календарний, температурний, цервікальний, симптотермальний, МЛА;
- загальний принцип - контроль за фізіологічними ознаками овуляції і фазами менструального циклу, в які запліднення малоймовірно.



# Гормональна контрацепція

- препарати, що містять естрогени і прогестагени, що володіють ефектом гальмування овуляції;
- ОК (монофазні, двофазні, трифазні, чисто прогестинові);
- ІК (комбіновані, що містять естрогенний та гестагенний компонент; містять лише прогестагени);
- підшкірні імплантати («Норплант»).



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.



# Гормональна контрацепція

- комбінований  
гормональний пластир  
Evra

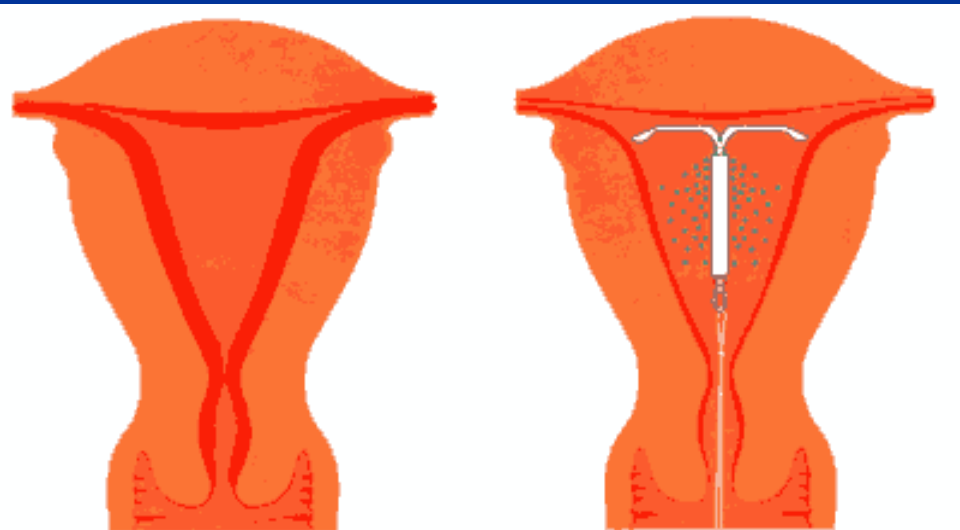
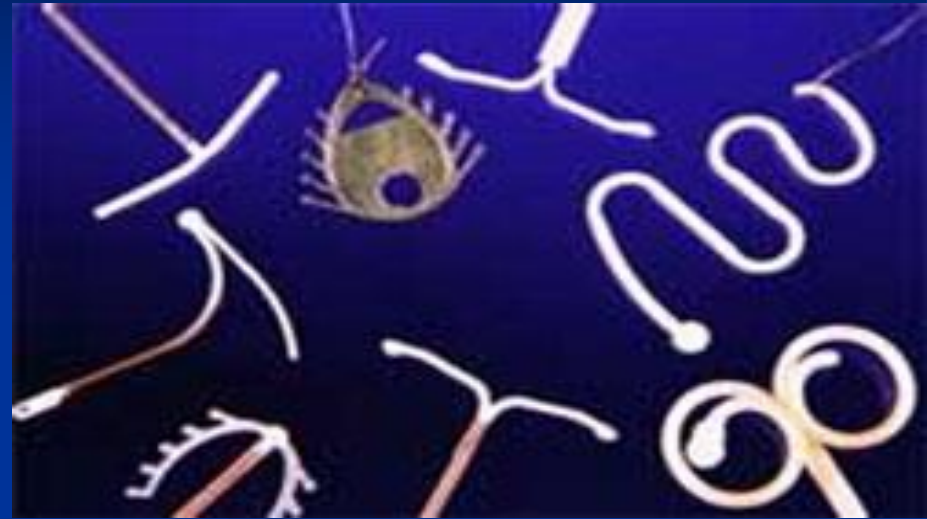
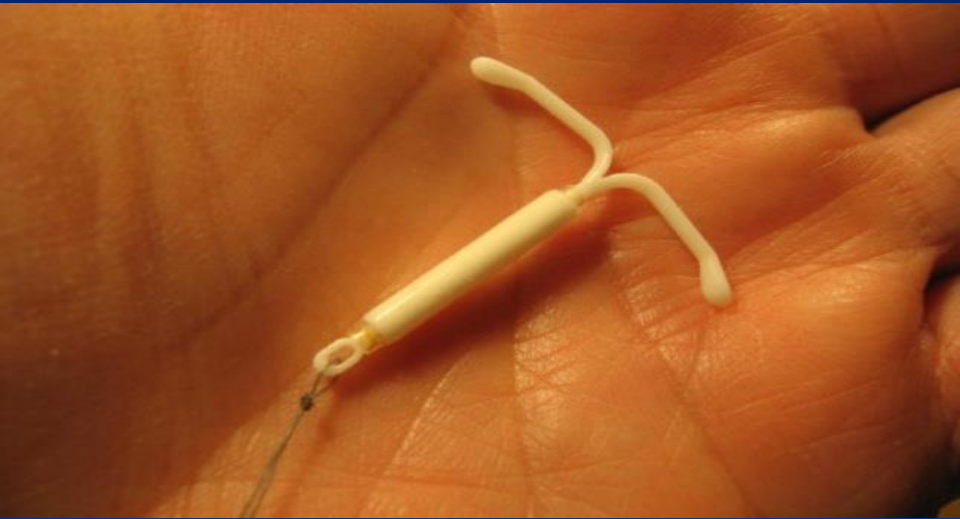


- комбіноване  
гормональне кільце  
NuvaRing



# Внутрішньоматкові контрацептиви

- порушують процес імплантації заплідненої яйцеклітини



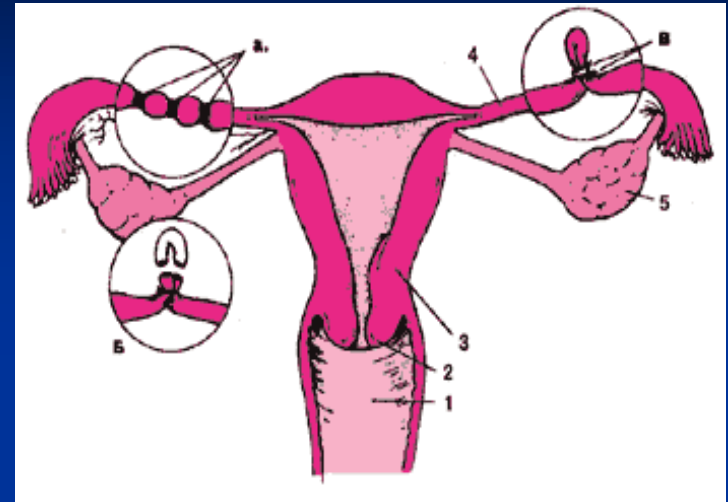
# Невідкладна (посткоїтальна) контрацепція

- збірне поняття, в основі якого лежить принцип використання різних видів контрацепції в першу добу після незахищеного статевого акту з метою запобігання настанню вагітності.



# Добровільна хірургічна стерилізація

■ Жіноча - полягає в блокуванні маткових труб (перев'язка, перетин або клемування кільцями, скобами, коагулювання);



■ Чоловіча - вазектомія (висічення сім'явиносних протоків).

