

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**  
на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № \_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ  
З ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ» ІІ  
РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Запальні захворювання статевих органів (специфічні) (код курсу 7.2)</b>
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 6 годин.

## I. Мета заняття

Венеричні хвороби (від лат. Veneris - Венера, у стародавніх римлян богиня любові) - захворювання, об'єднані за принципом передачі через сексуальний контакт. Більш правильним терміном є: захворювання (або інфекції, хвороби), що передаються статевим шляхом (ЗПСШ, ІПСШ, ХПСШ). Деякі фахівці поділяють ЗПСШ на «старі» і «нові».

До старих відносять венеричні хвороби, відомі з давніх часів, а до нових - виявляються за допомогою сучасних методів обстеження уrogenітальні інфекції. До «старих» ІПСШ відносять гонорею, сифіліс, м'який шанкр, венеричний лімфогранулематоз. Останні три практично не зустрічаються, тому «класичними» венеричними захворюваннями вважаються тільки гонорея і сифіліс.

До «нових» ІПСШ відносять ВІЛ-інфекцію, вірусні гепатити В, С і D, хламідіоз, мікоплазмоз, уреоплазмоз, трихомоніаз, гарднерельоз, генітальний герпес, загострені кондиломи, цитомегаловірус і вагінальний дисбактеріоз, а також хвороби шкіри, що передаються статевим шляхом (короста, лобкові воші, контагіозний молюск).

## II. Об'єм повторної інформації

1. Поняття «венеричні захворювання».
2. Основні шляхи передачі венеричних захворювань.
3. Методи лікування та профілактика венеричних захворювань

## III. Об'єм нової інформації

1. Хламідіоз: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика.
2. Уреоплазмоз: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика.
3. Мікоплазмоз: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика
4. Трихомоніаз: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика.
5. Гонорея: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика.
6. Сифіліс: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика
7. Папіломавірусна інфекція: визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
8. Герпетична інфекція: визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування

## IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення гінекології.
3. Жіноча консультація.

## Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії хвороби.

## V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Зібрати анамнез у хворої.		+	
2.	Провести заганальний та вагінальний огляд.		+	
3.	Призначити лабораторні та інструментальні методи		+	

**VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ**

Перевірка базових знань за темою ( опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

**Питання**

1. Хламідіоз: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика.
2. Уреоплазмоз: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика.
3. Мікоплазмоз: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика
4. Трихомоніаз: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика.
5. Гонорея: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика.
6. Сифіліс: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика
7. Папіломавірусна інфекція: визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
8. Герпетична інфекція: визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування

**Завдання для самостійної роботи по темі заняття**

1. Зібрати анамнез у хворої.
2. Провести заганальний та вагінальний огля.
1. Призначити лабораторні та інструментальні методи обстеження

**Тестові завдання**

1. Для хламідіозу помилковим є наступне твердження:
  1. Передається статевим шляхом.
  2. Лікується тетрацикліном або ерітроміцином.
  3. Часто рецидивує.\*
  4. Характеризується рясними гнійними виділеннями з піхви.
  5. Часто є причиною безпліддя.
2. При встановленні діагнозу „хламідіоз” для лікування буде застосований наступний антибіотик:
  1. Пеніцилін.
  2. Ампіцилін.
  3. Тетрациклін.\*
  4. Цефалоспорин.
  5. Рубоміцин.
4. До методів лікування гострих ендocerвіцитів не відноситься:
  1. Антибактеріальна терапія.
  2. Місцеве протизапальне лікування.
  3. Загальзмцнюоче лікування.
  4. Діатермокоагуляція.
  5. Гідротубація.\*
5. Вагітна 22 років в терміні 15 тижнів. При обстеженні в жіночій консультації виявлені антитіла типа ІдМ до цитомегаловірусу у високому титрі. Антитіла типа ІдС відсутні.  
Яка оцінка результату ?
  - А. Рання фаза гострої інфекції\*
  - В. Загострення хронічної інфекції
  - С. Стан імунітету після контакту із збудником
  - Д. Немає інфекції

6. Вагітна 22 років в терміні 34 тижні. На протязі вагітності 4 рази (в 10, 18, 26, 30 тижнів) діагностований кандидозний вагініт. Отримувала місцеве лікування. На час огляду патології з боку вагітної і плода не виявлено. Який ризик для плода і новонародженого несе кандидоз у вагітної?

- A. Аномалії розвитку плода.
- B. Кон'юнктивіт новонародженого
- C. Інфікування сечових шляхів плода
- D. Інфекція для плода безпечна\*

### Ситуаційні задачі :

1. Хвора 25 років, скаржиться на значні гнійні виділення з піхви, біль при статевому акті, сверблячку в піхві. Менструальна функція без відхилень від норми. Були 1 пологи і один самовільний аборт. Хворіє біля тижня. При дослідженні: слизова піхви гіперемована, з набряком, гнійні жовті піністі виділення. Який найбільш вірогідний діагноз?

Трихомонадний кольпіт

## VII. Методичні матеріали до практичного заняття

**Хламідіоз** (*Chlamydia trachomatis*) - це інфекційне захворювання, яке передається статевим шляхом і викликається хламідіями.

Хламідіоз одне з найпоширеніших захворювань що передається статевим шляхом. За статистикою від 4 до 16% сексуально активних пар заражені хламідіями, особливо тих хто не вдається до використання презервативів. Хламідії виявляються в 3 рази частіше ніж гонококи (гонорея).

Хламідіоз це приховане, яке важко підлягає лікуванню захворювання, що має тривалий інкубаційний період, слабкі клінічні прояви, аж до відсутності симптомів. Людина може бути носієм цього захворювання, навіть не підозрюючи про це з цим пов'язано його широке загальносвітове поширення. Хламідії можуть уражати у людини різні органи й системи:

- Статеві органи як зовнішні так і внутрішні;
- Дихальні шляхи;
- Серце і судини;
- Суглоби;
- Очі;
- Органи слуху.

У цій статті мова піде про уrogenітальний хламідіоз.

**Хламідії** (*Chlamydia trachomatis*) - це нерухомі, кокової форми, грамнегативні внутрішньоклітинні мікроорганізми. У наш час хламідії найпоширеніша уrogenітальна інфекція і становить 65% від усіх негонококових уретритів. Часто при неправильному лікуванні або недолікованому хламідіозі, дані мікроорганізми трансформуються у приховані L-форми, що призводить до тривалого, внутрішньоклітинного, безсимптомного паразитування та як тільки імунітет людини знижується хламідії починають активно розмножуватися і виходити з L-форм проявляючи себе відповідними симптомами.

Зараження хламідіями відбувається статевим шляхом та під час статевого контакту заражається 1 з 5 партнерів. Жінки більш схильні до зараження хламідіозом у зв'язку з особливістю будови статевих органів. Інкубаційний період триває від 2-х тижнів до 1 місяця.

**Шляхи зараження хламідіозом:**

- Вагінальний контакт;
- Анальний;
- Оральний;
- Від матері до дитини внаслідок проходження плода по родових шляхах матері зараженої хламідіозом;
- Контактно-побутовий шлях з забруднених рук.

Хламідії не втрачають інфекційності перебуваючи на побутових предметах, бавовняних тканинах, до 2-х діб при температурі 18-19 градусів.

### Уреаплазма

Уреаплазменною інфекціями лише символічно можна віднести до інфекцій, що передаються статевим шляхом. Справа в тому, що збудником при цьому є *Ureaplasma urealyticum* з роду мікоплазм, які дійсно можуть мешкати в статевих шляхах і передаватися при статевих контактах. Але все-таки роль **уреаплазм**, як і інших мікоплазм, за винятком *M. genitalium*, у виникненні запальної реакції досить неоднозначна, внаслідок чого цей збудник більшість авторів, особливо за кордоном, відносять до умовно-патогенних. І в міжнародному визнаному списку захворювань, такого захворювання, як **уреаплазмоз** або уреаплазменная інфекція, не наведено. Тим часом ряд учених приводять досить переконливі докази, які свідчать на користь патогенності цієї інфекції. Не так давно в Москві навіть була захищена докторська дисертація, автор якої відстоював якраз цю точку зору. У 1954 р. Шепард перший раз виявив *U. urealyticum* у виділеннях, отриманих від хворого уретритом, і назвав їх Т-мікоплазмами (від англійського слова *tinny* — крихітний).

За своїми розмірами **уреаплазми** є одними з найдрібніших представників бактеріальної флори, що виявляється у людини, а за видом своєї життєдіяльності їх відносять до внутрішньоклітинним паразитам.

**Мікоплазмоз** - це захворювання що передається статевим шляхом, викликане бактеріями мікоплазмами, які викликають запалення статевих органів як у чоловіків так і жінок.

У даній статті мова піде про мікоплазми що живуть в статевій системі чоловіків і викликають сечостатевий мікоплазмоз.

### До мікоплазм що викликають уrogenітальний мікоплазмоз відносяться:

- Мікоплазма гомініс (*Mycoplasma hominis*)
- Мікоплазма геніталіум (*Mycoplasma genitalium*)
- Мікоплазма ферментанс (*Mycoplasma fermentans*)
- Мікоплазма пенетранс (*Mycoplasma penetrans*)
- Уреаплазма уреалітікум (*Ureaplasma urealyticum*).

### Почну з того, що таке мікоплазми?

**Мікоплазми** - це найдрібніші мікроорганізми, що займають проміжне положення між вірусами, бактеріями, грибами вони не мають клітинної стінки, нерухомі і не утворюють спор. Мають дисковидну, кокковидну, ниткоподібну форми.

Розмножуються шляхом ділення. Самостійно існувати не можуть, так як паразитують

на клітинах господаря звідки отримують харчування. За фізіологічними та морфологічними ознаками схожі з L-формами бактерій.

Мікоплазми передаються статевим шляхом і вкрай рідко побутовим.

Часто мікоплазмоз у чоловіків поєднується з трихомоніазом, гонореєю, хламідіозом, кандидозом, вірусом статевого герпесу, вірусом папіломи людини та ін. У групу ризику схильних до захворювання мікоплазмозом входять люди, які ведуть безладне статеве життя, проститутки, гомосексуалісти, секс-туристи та ін.

### **Трихомоніаз**

Трихомоніаз це захворювання, яке передається статевим шляхом. Збудником захворювання є піхвова трихомонада.

**Трихомоніаз** це одне з найпоширеніших венеричних хвороб. У жінок інфікується піхву, а у чоловіків уражається сечівник і передміхурова залоза.

Інфікування **трихомоніазом** в більшості випадків відбувається при сексуальному контакті у піхву. Інфікування при оральному і анальному статевому контакті малоймовірно.

Трихомонада може існувати у вологому середовищі кілька годин. Виходячи з цього при **трихомоніазі** допускається побутове інфікування, до прикладу, це може відбутися через вологі рушники або мочалки загального користування. Необхідно відзначити, що **трихомоніаз** це чи не єдине венеричне захворювання, при якому ймовірність побутового інфікування вкрай мала. Переважна кількість випадків виявлення **трихомоніазу**, які пов'язують з нестатевим шляхом інфікування, на ділі виявляється пізно діагностованої хронічної інфекцією.

Інкубаційний період при **трихомоніазі** становить від однієї до чотирьох тижнів.

### **Симптоми трихомоніазу**

До симптомів **трихомоніазу** у жінок відносять:

"Відділення з піхви (як правило жовті, зрідка з поганим запахом);

"Свербіж та почервоніння зовнішніх статевих органів;

"Больові відчуття при сечовипусканні;

У **чоловіків трихомоніаз** в переважній кількості випадків розвивається безсимптомно.

Зрідка при **трихомоніазі** у чоловіків з'являються наступні симптоми:

"Відділення з сечівника;

"Больові відчуття і печіння при сечовипусканні;

"При інфікуванні передміхурової залози з'являються симптоми простатиту.

Як у чоловіків так і у жінок відзначаються больові відчуття при статевих контактах.

Раніше небезпека **трихомоніазу** належним чином не оцінювали. У теперішній же час підтверджено, що трихомоніаз підвищує ризик передчасних пологів і раннього вилиття навколоплідних вод. У чоловіків **трихомоніаз** може спровокувати розвиток простатиту.

Для **діагностики трихомоніазу** призначають загальний мазок. У жінок обстежують виділення з піхви, а у чоловіків досліджують виділення з сечівника і секрет передміхурової залози. А для більш точного діагностування **трихомоніазу** призначають такі способи обстеження як: ПІФ, ПЛР, Бакпосів.

### **Лікування трихомоніазу**

Лікування трихомоніазу повинне проводитися тільки за призначенням і виключно під його контролем. **Лікування трихомоніазу** може займатися-венеролог, гінеколог або уролог.

Саме лікування може тривати від декількох днів до одного місяця. Головним необхідною умовою правильного лікування є одночасне лікування обох подружжя, навіть у тих випадках, коли **трихомоніаз** в одного з них не виявлено. У процесі лікування і подальшого контролю статеве життя категорично забороняється. Зазвичай, призначають протivotрихомонадні препарати загальної дії: метронідазол, тинідазол. При неможливості прийому протivotрихомонадних препаратів загальної дії або протипоказання до їх застосування, а зрідка і при гострому розвитку **трихомоніазу** для прискорення

ліквідації запального процесу призначають місцеве лікування такими ліками як: нітазол, тріхомонапід, октілін.

## Гонорея

**Гонорея** - це [інфекційне](#) захворювання. І збудником якого є гонокок. Цей мікроорганізм становить небезпеку тільки для людини. Тому хворіють [гонореєю](#) тільки [люди](#) і заразитися гонореєю можна лише від хворої людини.

Збудник гонореї малостійкий до зовнішніх впливів і тому поза людським організмом швидко гине. На нього згубно діють нагрівання понад 56 градусів, прямі сонячні промені. Температуру нижче оптимальної (температура людського тіла) гонокок також переносить погано і швидко гине вже при 18 градусах.

Для підтримки життєдіяльності він потребує у вологому середовищі, сухість діє на нього згубно. У виділеннях хворої людини на предметах навколишнього середовища, частіше на білизну, гонокок зберігає життєздатність і патогенні властивості до моменту висихання (в термін від 30 хвилин до 3-4 годин).

Будь-які дезінфікуючі засоби діють на гонокок згубно.

Нестійкістю гонокока у зовнішньому середовищі пояснюється те, що в переважній більшості випадків передача [інфекції](#) здійснюється за допомогою прямого контакту з хворою людиною, так званим джерелом зараження, тоді як опосередкована передача, через предмети, є набагато менш вірогідною.

А той факт, що гонокок здатний вражати у людини тільки слизові, причому вистелені циліндричним епітелієм, а [саме](#) слизову сечівника, шийки матки у жінок, рідше - слизову нижнього відділу прямої кишки і слизову оболонку ока, робить зрозумілим, чому основним шляхом зараження гонореєю є статевий шлях.

[Саме](#) при сексуальному контакті гонокок з одних сприятливих для нього умов (наприклад, зі слизової сечостатевого каналу), минаючи несприятливу зовнішню середу, потрапляє в інші сприятливі умови (наприклад, на слизову шийки матки) і, не витрачаючи сили на боротьбу за виживання, з ходу спричинює хворобу.

На слизову прямої кишки збудник гонореї в основному потрапляє при ректальних статевих контактах, а у жінок ще й при затікання виділень з статевих шляхів при ураженні шийки і сечовипускального каналу. Що ж стосується гонорейного ураження очей, то в більшості випадків воно є результатом аутоінфікування, тобто самозараження. Маючи поразка статевих органів і часом навіть не підозрюючи [про це](#), хворий через власні руки, не помивши їх після відвідування туалету, може перенести інфекцію на слизову оболонку ока, потерши або почухавши його. Так що коли хворому встановлюється діагноз | гонореї очей, лікарі практично не сумніваються в наявності у нього і гонорейного ураження статевих органів, що практично у всіх випадках підтверджується лабораторно.

**Сифіліс**- венеричне захворювання, що викликається блідою трепоневою, має рецидивуючий перебіг з [характерною](#) періодизацією клінічних симптомів, здатне вражати всі органи і системи, що передається переважно статевим шляхом.

Етіологія. Збудник - бліда трепонема. Джерело зараження хворий на сифіліс [людина](#), що особливо має активні прояви свіжого [сифілісу](#) на шкірі і слизових оболонках.

Найбільш заразні висипання з ерозованих (вологою, мокнучої) [поверхнею](#), у виділеннях яких міститься велика кількість збудника. Основний шлях зараження -

прямий (зазвичай статевої) контакт з хворим. Можливий також так званий побутовий [сифіліс](#) (зараження через предмети домашнього вжитку і т. п.). При природженому [сифілісі](#) зараження відбувається внутрішньоутробно - через судини плаценти.

Патогенез. Бліді трепонеми поширюються в організмі по лімфатичній системі, активно розмножуються і періодично струмом крові заносяться в різні органи [ітканини](#), що викликає ті чи інші прояви захворювання. З плином часу кількість блідих трепонем в організмі хворого зменшується, проте реакція тканин на збудника стає більш бурхливим (сенсibiliзація), що зумовлює зміну клінічних симптомів на протязі хвороби.

Клінічна картина. У нелікованих хворих виділяють 4 періоди набутого сифілісу: інкубаційний, первинний, вторинний і третинний.

Інкубаційний період (від зараження до появи першого клінічного симптому - твердого шанкру) триває в середньому 20-40 днів. Можливо як вкорочення його (15-7 днів), так і подовження (3-5 міс).

Первинний період (від появи твердого шанкру до виникнення першого генералізованого висипання) триває 6-8 тижнів. Типові три симптоми: твердий шанкр, регіонарний лімфаденіт і регіонарний лімфангіт. Твердий шанкр є ерозію або виразку, що виникає на місці впровадження блідих трепонем. При статевому зараженні твердий шанкр розташовується на статевих органах (у чоловіків частіше на голівці статевого члена або крайній плоті, у жінок - на статевих губах, шийці матки). Для твердого шанкру [характерні](#) такі ознаки: невеликі розміри (до дрібної монети), правильні округлі або овальні обриси, пологі (блюдцеобразніе) краю, гладке синюшно-червоне дно. Неускладнений твердий шанкр безболісний, не супроводжується явищами гострого [запалення](#).

Вторинний період (від першого генералізованого висипання до появи третинних сифілідів - горбків або гумм) триває 3-4 роки, характеризується хвилеподібним перебігом, великою кількістю і різноманітністю клінічних симптомів. Можуть уражатися всі органи й системи, однак основні прояви представлені висипом на шкірі та слизових оболонках ([сифіліди](#) вторинного періоду). Поява сифілідів обумовлено проникненням в шкіру і слизові оболонки блідих трепонем. Перше генералізоване висипання, що йде на зміну загоюються твердому шанкру, буває найбільш рясним (вторинний свіжий сифіліс), йому супроводжує виражений поліаденіт. Висип тримається кілька тижнів (рідше 2-3 міс), потім зникає на невизначений час. Повторні епізоди висипань (вторинний рецидивний сифіліс) чергуються з періодами повної відсутності проявів (вторинний латентний сифіліс)..

У вторинному періоді розрізняють 5 груп сифілідів:

1) сифілітична роzeола: блідо-рожеві округлі нешелушачіся плями різної величини, розташовані зазвичай на тулубі;



2) сифілітичні папули: синюшно-червоні гладкі округлі вузлики різного розміру, часто змінюють свою поверхню залежно від локалізації - ерозивні на слизових, змозолілість на долонях і підошвах, вегетуючі в складках заднього проходу і статевих органів - так звані широкі [кондиліоми](#);

3) сифілітичні пустули: різної величини і глибини гнійнички на специфічному щільному підставі, що перетворюються у [виразки](#) або гнійні кірки;

4) сифілітична плішивість: швидко розвивається дифузне або мелковогнищеве порідіння волосся на голові без запальних змін шкіри;

5) сифілітична лейкодерма: плямиста або мереживна гіпопигментація шкіри шиї. Часто уражається слизова оболонка зіву, де виникають сифілітичні ангіни (еритематозна, папульозна і пустулезно-виразкова), що відрізняються від банальних ангін різкими кордонами, відсутністю островоспалительних явищ, лихоманки і болю. При висипаннях на голосових зв'язках відзначається захриплість голосу.

Третинний період сифілісу починається частіше всього на 3-4-му році хвороби і при відсутності лікування триває до кінця [життя](#) хворого. Його прояви відрізняються найбільшою вагою, призводять до незгладимого спотворенню зовнішності, інвалідизації і часто до смерті. У зв'язку з успіхами в діагностиці і терапії третинний сифіліс в даний час зустрічається рідко.

Основні особливості третинного сифілісу: хвилеподібний перебіг з нечастими рецидивами і багаторічними латентними станами, множинність відмежованих потужних, схильних до розпаду гранульом з тривалими термінами їх [існування](#) (місяці, роки), переважна локалізація поразок на місцях травм, мале число блідих трепонем в тканини і у зв'язку з цим незначна контагіозність третинних сифілідів, високий рівень інфекційної алергії при низькій напруженості [імунітету](#), нерідко негативні класичні серологічні реакції на сифіліс.

У третинному періоді може спостерігатися ураження будь-якого органу, але найчастіше відбувається ураження шкіри, слизових оболонок і кісток.

При природженому сифілісі зараження відбувається внутрішньоутробно від хворої матері. Бліді трепонеми проникають в організм плода з ураженої плаценти через пупкову вену або лімфатичні щілини пуповини.

Ураження плода [сифілісом](#) частіше відбувається в перші три роки хвороби матері, воно може порушувати перебіг вагітності та приводити до пізніх викиднів, мертвонароджень і передчасних пологів.

Розрізняють ранній (до 4 років) і пізній (після 4 років) вроджений сифіліс. Ранній вроджений сифіліс додатково підрозділяють на сифіліс плода, вроджений сифіліс грудного (до 1 року) і раннього дитячого віку (від 1 року до 4 років). Кожен з періодів і підперіодів має свої клінічні особливості.

## Папіломавірусна інфекція

ВПЛ (вірус папіломи людини) відносяться до сімейства *Papovaviridae* та представляють гетерогенну групу дрібних вірусів, геном яких представлений дволанцюговою ДНК. На сьогоднішній день описано більше 100 різноманітних типів ВПЛ, які відрізняються будовою ДНК та різними видами уражень.

Зараження відбувається при прямому контакті, хоча не можна повністю заперечувати передачу вірусу через забруднені предмети одягу, через предмети особистої гігієни та інше. В місці проникнення вірусу утворюється розростання клітин епітелію у вигляді різноманітних за формою і величиною бородавок, кондилом. Нерідко присутність папіломавірусу не дає ніяких помітних змін, хоча вірус присутній і легко передається статевому партнеру. Часто наявні розростання мимовільно зникають, як це спостерігається при шкіряних юнацьких бородавках.

### **Етіологія і патогенез**

ВПЛ характеризується виключним тропізмом до епітеліальних клітин, спочатку вражає базальний шар епітелію шкіри та слизових оболонок (геніталій, ротової порожнини, гортані, очей), а його життєвий цикл пов'язаний з диференціацією епітеліальних клітин. Реплікація ДНК ВПЛ відбувається тільки в клітинах базального шару, а в клітинах інших шарів епідермісу вірусні частинки лише персистують. При зараженні ВПЛ в клітинах епідермісу порушується нормальний процес диференціювання, відбувається клональна експансія інфікованих ВПЛ-клітин базального шару з їх трансформацією і подальшою малігнізацією. Цей процес контролюють гени ВПЛ, що кодують ранні білки E6 і E7. Морфологічно при цьому спостерігаються деформація шарів епідермісу, загальне потовщення шкіри і слизових оболонок. В стадії розвиненої інфекції клітини шипуватого шару при переході в зернистий виявляються найбільш активними в синтезі вірусної ДНК. Ця фаза життєвого циклу ВПЛ характеризує другий етап експансії вірусної інфекції всередині епідермісу. Експресія пізніх генів L1 і L2 настає на кінцевій стадії диференціювання в роговому шарі, де спостерігаються активна збірка зрілих вірусних часток і їх виділення з клітин на поверхні шкіри. Ділянки шкіри і слизових оболонок, на поверхні яких відбувається активне виділення і брунькування вірусу, становлять найбільшу небезпеку для контактного зараження.

Встановлено, що з урогенітальними захворюваннями асоційовані певні типи ВПЛ. Виділяються різновиди ВПЛ низького (6, 11, 42, 43,44), середнього (31, 33, 35,51, 52,58) і високого (16, 18, 45, 36) онкологічного ризику. Неонкогенні папіломавіруси - це тип 1,2,3,4,7,10,28,41, які викликають бородавки на підшвах, плоскі бородавки, вульгарні бородавки.

Неонкогенні папіломавіруси ніколи не провокують перетворення доброякісного процесу у злоякісний. Онкогенні папіломавіруси низького ризику при певних умовах (досить рідко) можуть викликати злоякісні переродження утворень.

Онкогенні папіломавіруси високого онкогенного ризику під впливом різних факторів можуть спровокувати злоякісні процеси і є встановленою причиною виникнення раку шийки матки. 16 тип папілома вірусу найчастіше зустрічається в тканині плоскоклітинного раку шийки матки, а 18 тип - у тканині аденокарциноми шийки матки.

Характер статевих зв'язків, як жінок, так і чоловіків є головним фактором ризику інфікування, найбільший фактор ризику - велика кількість статевих партнерів у обох статей. При масових дослідженнях ВПЛ виявлено у 40 - 50% молодих жінок, але в більшості випадків вірус спонтанно зникає, лише у 5-15% ВПЛ викликає хронічну інфекцію шийки матки, рідше - вульви і піхви. Встановлено, що у жінок, у яких встановлено носійство високоонкогенного типу ВПЛ ризик виникнення раку шийки матки значно більший, ніж у жінок, які не інфіковані ВПЛ. Ризик ще вище у жінок старше 30 років, якщо вони інфіковані типами ВПЛ високого онкогенного ризику, включаючи насамперед типи 16 і 18.

### **Клінічні прояви**

Найчастіше папіломавірусна інфекція (ПВІ) протікає у безсимптомній формі, зазвичай на тлі різних гінекологічних захворювань, таких як вульвовагініт, псевдоерозія шийки матки, ендоцервіцит. Майже завжди діагностується поєднання ПВІ з іншими інфекціями, що

передаються статевим шляхом - хламідіоз, генітальний герпес, трихомоноз. Специфічними для ПВІ симптомами є наявність кондилом вульви, піхви, шийки матки.

Розвиток зовнішніх проявів ПВІ нерозривно пов'язане зі станом імунної системи організму. Коли противірусний захист працює добре, віруси не активуються, - зовнішніх проявів немає. Якщо з якихось причин (зовнішніх і внутрішніх) відбувається порушення захисних механізмів, то інфекція переходить в стадію загострення - починається ріст кондилом, іноді дуже бурхливий. Найчастіше ПВІ активується на тлі гінекологічних та урологічних захворювань. У осіб з нормальним імунітетом бородавки спонтанно зникають приблизно у 2 / 3 випадків. Однак, при зниженні імунітету можливий більш затяжний перебіг та ускладнення ПВІ. При відсутності лікування генітальні кондиломи можуть руйнуватися самі собою, залишатися без зміни або прогресувати.

### **Діагностика**

- 1) Клінічний огляд. Зазвичай, під час огляду папіломатозні розростання та гострокінцеві кондиломи можна виявити неозброєним оком. Також застосовують кольпоскопічне дослідження. Однак, на ранніх стадіях можуть виникнути труднощі, тому застосовують інші методи діагностики.
- 2) Цитологічне дослідження цервікальних мазків. Для діагностики ПВІ використовують цитологічне дослідження мазків шийки матки по Папаніколау, при якому виділяються наступні результати:
  - 1-й клас— атипові клітини відсутні, нормальна цитологічна картина;
  - 2-й клас— зміни клітинних елементів обумовлені запальним процесом піхви та шийки матки;
  - 3-й клас— наявні поодинокі клітини зі змінами співвідношення ядра та цитоплазми, необхідно провести повторне цитологічне дослідження або ж проведення гістологічного дослідження біоптату тканин шийки матки;
  - 4-й клас— наявні поодинокі клітини з ознаками злоякісного перетворення, а саме зі збільшеними ядрами та базофільною цитоплазмою, нерівномірним розподілом хроматину;
  - 5-й клас— наявні численні атипові клітини.
- 3) Гістологічне дослідження біоптату тканин шийки матки. Гістологічне дослідження дозволяють оцінити морфологічний ступінь змін тканин. В якості діагностики ПВІ такий метод характеризується низькою чутливістю – 51%.
- 4) Молекулярно-біологічні методи. Найчастіше використовують метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), за допомогою чого можна ідентифікувати ДНК, а також встановити тип ВПЛ.

### **Лікування**

Лікування ПВІ направлено на усунення її клінічних проявів (гострокінцевих кондилом), а також гальмування розмноження вірусу, усунення провокуючих факторів, які сприяють прогресуванню процесу та виникнення рецидивів утворення кондилом. Для деструкції кондилом застосовують: хірургічне видалення, електрокоагуляцію, кріодеструкцію, лазеродеструкцію, прижигання неорганічними кислотами, місцеве використання цитотоксичних препаратів. Застосовують також противірусні препарати. Для лікування та попередження рецидивів кондилом використовують також імунотропні препарати, адже активність ВПЛ перш за все залежить від імунного статусу та реакції організму на інфекцію. Таким чином, найбільш доцільним є використання комбінованої терапії ПВІ, яка включає як деструкцію кондилом, так і противірусну та імуномодулюючу терапію.

### **Профілактика**

Профілактика ПВІ в першу чергу полягає в попередженні інфікування папіломавірусом. Тому основним заходом є усунення факторів інфікування (часта зміна статевих партнерів, відсутність бар'єрної контрацепції) або попередження інфікування через вироблення специфічного імунітету до збудника (вакцинація). Важливим заходом є впровадження регулярного скринінгу, що надає можливість ранньої діагностики ПВІ та попередження таким чином інфікування

інших осіб. Через існуючу небезпеку розвитку ВПЛ-асоційованих захворювань шийки матки жінки повинні проходити регулярні обстеження у гінеколога.

В якості профілактики також рекомендуються проведення заходів, спрямованих на підвищення імунітету.

Герпетична інфекція об'єднує групу захворювань, що викликаються сімейством Herpesviridae **Герпеси** (herpetes) хвороби, що спричинюються альфагерпесвірусами і переважно перебігають латентно з періодами рецидивів. Характеризуються висипанням на шкірі, слизових оболонках згрупованих дрібних пухирців, а також ураженням центральної нервової системи, очей, внутрішніх органів. Як самостійні нозологічні форми розрізняють звичайний герпес і оперізувальний герпес.

**Причини виникнення захворювання.** Звичайний герпес (herpes simplex) спричинюється вірусами герпесу людини 1-го (ВГЛ-1) і 2-го (ВГЛ-2) типу, оперізувальний герпес (herpes zoster) вірусом вітрянки/оперізувального герпесу, або вірусом герпесу людини 3-го типу (ВГЛ-3).

Раніше вважали, що ВГЛ-1 уражає шкіру і слизові оболонки, а ВГЛ-2 геніталії. Зараз встановлено, що обидва збудники можуть зумовлювати герпетичні ураження обох локалізацій.

Генералізований герпес частіше спричинюється ВГЛ-2.

Герпесвіруси містять ДНК. Вони чутливі до нагрівання: при температурі 50-52 °С інактивуються через 30 хв, швидко руйнуються під впливом ультрафіолетових променів; однак при низьких температурах віруси зберігаються довго (при 20...70 °С десятиліттями).

**Умови виникнення і поширення захворювання.** Джерелом збудника є хвора людина чи вірусносіє. Найбільш небезпечними для оточуючих є хворі з клінічними проявами, особливо при ураженнях губ, носа, піднебіння і статевих органів. Носійство ВГЛ дуже поширене, у 5-10 % здорових людей їх можна виявити в носоглотці. Вірус передається контактнo-побутовим, статевим, трансфузійним і крапельним шляхами. Можлива передача від матері до плода. Основний шлях передачі ВГЛ контактний. Зараження відбувається через посуд, рушники, іграшки тощо, а також при поцілунках. Контактним і крапельним шляхами частіше заражаються ВГЛ-1 діти віком від 6 міс. до 3 років, рідше дорослі. Підлітки здебільшого інфікуються ВГЛ-2. Антитіла до ВГЛ виявляють у 80-90 % дорослих.

Передача вірусу від вагітної до плода відбувається різними шляхами: під час пологів (ймовірність інтранатальної передачі у хворих досягає 40 %), висхідним шляхом (через цервікальний канал) і через плаценту.

**Механізм розвитку захворювання.** Вірус проникає в організм через шкіру чи слизові оболонки і потрапляє в регіонарні лімфатичні вузли та кров, а далі поширюється гематогенно і по нервових волокнах. Місцем тривалого перебування вірусу є регіонарний чутливий ганглії (спінальний чи черепно-мозковий).

Потрапивши в організм, вірус зберігається протягом усього життя. Під впливом холоду, перегрівання, захворювання на грип та інших гарячкових станів, емоційних стресів відбувається активізація вірусу. Він з нервових гангліїв по аксонах проникає в шкіру і слизові оболонки, спричинюючи типові везикульозні висипання. При генералізації процесу уражаються внутрішні органи і центральна нервова система.

Вважають, що оперізувальний герпес виникає в людей, які мають частковий імунітет до вірусу внаслідок перенесеної в минулому вітряної віспи. В осіб з імунологічною недостатністю може відбутися гематогенне поширення вірусу з ураженням різних органів.

**Клінічні прояви. Звичайний герпес.** Інкубаційний період триває від 2 до 12 діб.

Клінічні прояви хвороби при первинному інфікуванні виявляються лише в 10-15 % осіб. Найчастіше вони спостерігаються у дітей віком від 6 міс. до 5 років і значно рідше у дорослих. На шкірі виникають везикульозні висипання на інфільтрованій гіперемійованій основі, частіше

навколо рота, носа, рідше на інших ділянках тіла тулубі, сідницях, кінцівках. Появі висипки передують свербіння, печіння або біль.

Пухирці мають прозорий вміст, який пізніше мутніє. Через 3-4 доби вони розкриваються, оголюючи дрібні ерозії. Останні вкриваються жовтими (бурими) кірочками (мал. 23, вкл.), які протягом тижня відпадають. Ерозії заживають, на їх місці залишається червонувата пляма, яка згодом зникає безслідно.

У дітей найчастішими клінічними формами первинного герпесу є гострий герпетичний чи афтозний стоматит. Він проявляється лихоманкою, загальноінтоксикаційним синдромом, утрудненнями під час їди за рахунок болю, наявністю висипань на слизовій оболонці ротоглотки, супроводжується рясною слинотечею, неприємним запахом з рота. Можуть виникати форми, які нагадують гострі респіраторні захворювання. Іноді виникає герпетичний риніт.

**Генітальний герпес** є однією з найчастіших форм герпетичної інфекції. Герпетичні висипання виникають на слизових оболонках статевих органів, уретри, промежини, у жінок на слизовій оболонці піхви, шийки матки. Шийка матки і уретра втягуються в патологічний процес у 80 % жінок з первинною інфекцією.

Генітальний герпес супроводжується помірною гарячкою, інтоксикацією, виділеннями зі статевих органів, уретри, свербінням. Клінічні прояви тривають коло тижня.

Зрідка розвивається **герпетичний енцефаліт чи менінгіт**. Він супроводжується високою гарячкою, нестерпним болем голови, блюванням, затьмаренням свідомості, судомами. Згодом приєднуються паралічі. У спинномозковій рідині знаходять велику кількість клітин з переважанням лімфоцитів, багато білка.

Генералізована форма герпесу частіше розвивається в осіб з імунодефіцитом при СНІДі, онкологічних, гематологічних хворобах, вживанні імунодепресантів, а також у новонароджених і грудних дітей. Клінічна картина нагадує сепсис. Основні прояви хвороби: гарячка до 40 °С і вище, тяжка загальна інтоксикація, герпетична висипка та геморагії на шкірі тулуба, голові, обличчі, кінцівках. Можуть з'являтися виразки, жовтяниця.

**Оперізувальний герпес**. Інкубаційний період після зараження триває 7-14 діб, при персистенції вірусу багато років. Діапазон клінічних проявів оперізувального герпесу дуже широкий.

За декілька днів до появи висипань хворі відзначають швидку втомлюваність, нездужання, біль голови, свербіння, гіперестезію чи парестезію на місці майбутнього ураження. Потім підвищується температура тіла і на тлі еритеми з'являється група папул, які перетворюються в пухирці, що зливаються між собою. Висипання, як правило, однобічне, що має важливе діагностичне значення.

Найчастіша локалізація висипання за ходом міжреберних або черепних нервів (мал. 24, вкл.), рідше на кінцівках. У 90 % хворих відмічається регіонарний лімфаденіт.

При потраплянні в пухирці бактерійної флори вміст їх мутніє, вони перетворюються в пустули. Процес завершується утворенням кірочок, після відпадання яких залишаються рубчики. З появою висипань біль, як правило, посилюється. Однак прямої залежності між інтенсивністю болю в ураженому місці і кількістю висипань немає. Бувають випадки, коли при мізерних змінах на шкірі біль нестерпний, і навпаки при рясних висипаннях біль незначний. Трапляється оперізувальний герпес без висипань, але з больовим синдромом. У 60 % хворих біль зберігається після зникнення шкірних проявів.

При тяжкому перебігу хвороби пухирці наповнюються геморагічним вмістом, а згодом розвивається глибокий некроз шкіри і утворюються рубці з пігментацією.

Трапляються генералізовані форми хвороби, при яких елементи висипки з'являються на різних ділянках шкіри. Геморагічна та генералізована форми частіше відзначаються в осіб, які тривалий час отримували кортикостероїди, променеву терапію і мають імунодефіцитний стан.

**Лабораторна діагностика.** Для підтвердження діагнозу застосовують такі методи: цитологічний. У пофарбованих шкребках з дна везикул під мікроскопом можна виявити характерні гігантські клітини чи внутрішньоядерні включення вірусу герпеса.

Дослідження здійснюють швидко, безпосередньо в кабінеті лікаря. Недоліками методу є неможливість диференціювати віруси звичайного герпесу і вітрянки/оперізувального герпесу, низька чутливість; вірусологічний. Матеріал вносять у клітинну культуру.

Результати можна отримати вже через 48-96 год. Чутливість методу вища при заборі матеріалу з везикул, а не ерозій, при первинному процесі, а не рецидиві; серологічний. Високочутливим є імуноферментний метод.

Застосовують також РЗК. Наростання титру антитіл більш характерне для первинного інфікування. Для експрес-діагностики використовують метод імунофлуоресценції; молекулярно-біологічний. Створені комерційні ДНК-зонди для виявлення нуклеїнових кислот вірусів у реакціях гібридизації і полімеразної ланцюгової.

**Догляд і лікування хворих.** Хворі на звичайний герпес шкіри лікуються переважно вдома. При інших формах герпесів питання госпіталізації вирішується з урахуванням клінічного перебігу хвороби.

Велике значення має догляд за хворим. При стоматиті їжа повинна бути рідка, вживати її краще через соломинку. Висипку змазують фукорцином або діамантовим зеленим. Місцево також застосовують мазі лаферонову (1 000 000 МО лаферону, 2 мл дистильованої води, 10 г ланоліну), оксолінову, ацикловірову. Вогнища на слизових оболонках змочують розчинами лаферону, лейкоцитарного інтерферону, новокаїну, пізніше змащують обліпиховою або шипшиновою олією.

Одним з ефективних протівірусних препаратів при герпесах є ацикловір (зовіракс, герпевір), який залежно від тяжкості хвороби застосовують всередину по 0,2 г 5 разів на день чи внутрішньовенно крапельно протягом 1 год по 5-10 мг на 1 кг маси тіла кожні 8 год. Курс лікування триває 5-10 днів. Новим протигерпетичним препаратом, що має кращу біодоступність при вживанні всередину, є валацикловір (вальтрекс).

Його призначають по 0,5 г 2 рази на день. З інших протівірусних препаратів можна призначати відарабін, рибавірін. Хороший клінічний ефект отримано від призначення внутрішньомязово лаферону. При оперізувальному герпесі доцільно розчином лаферону внутрішньошкірно обколювати уражену ділянку.

**Профілактичні заходи.** Вдалося створити живу вакцину проти вірусу вітряної віспи/оперізувального герпесу, але в Україні вона ще не застосовується. Специфічна профілактика звичайного герпесу не розроблена. Хворих на оперізувальний герпес необхідно ізолювати від дітей, які не хворіли на вітрянку. З метою запобігання герпесів необхідно уникати переохолодження і перевтоми, загартовуватися. Щоб вберегти від герпесу новонароджених, потрібно уникати статевих стосунків наприкінці вагітності, своєчасно лікувати чоловіків і жінок з генітальною інфекцією.

Необхідно забезпечити якісну стерилізацію гінекологічних інструментів перед обстеженням жінок. Новонародженому від хворої на герпес матері вводять донорський імуноглобулін.

### **VIII. Основна література для опрацювання**

1. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
2. *Адаскевич В.П.* Инфекции, передаваемые половым путем. – Нижний Новгород: Издательство

НГМА, Москва: Медкнига, 2001. – 416с.

3. *Акушерство і гінекологія* / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
4. *Кисина В.И., Забиров К.И.* Урогентальные инфекции у женщин. – М.: МИА, 2005. – 280с.
5. *Козлова В.И., Пухнер А.Ф.* Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. – М.: Триада-Х, 2003.– 440с.

**Методичну розробку практичного заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська.**

**16.10.2014**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 8 від 03.02.2015 року**

**Методична розробка переглянута і доповнена „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_201\_\_р.**