

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 СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Специфічні запальні захворювання жіночих статевих органів (папіломавірусна інфекція, герпетична інфекція) (код курсу 14.2)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Герпесвірусні інфекції належать до найбільш розповсюджених вірусних хвороб. За даними ВООЗ, захворювання, спричинені вірусами звичайного герпесу, посідають друге місце (15,8%) після грипу (35,8%) в якості причин смерті від вірусних інфекцій. За даними глобального огляду герпесвірусних досліджень, інфікованість і захворюваність людства з року в рік зростає більш ніж на 10%, а 90% дорослого та дитячого населення в усіх країнах світу інфіковані одним або кількома сероваріантами вірусів герпесу. Рецидивуючими герпесвірусними захворюваннями страждають від 2 до 12% людей, які потребують допомоги протягом всього життя.

Папіломавірусна інфекція - це поширене захворювання, збудником якого є вірус папіломи людини (ВПЛ). Цей вірус вражає виключно епітелій шкіри та слизових оболонок геніталій та інших органів (горло, ротова порожнина, очі)

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Папіломавірусна інфекція: визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
2. Герпетична інфекція: визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.

В результаті проведення заняття інтерн повинен уміти:

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

III. Базові знання

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

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження жінок та виконанні лікарських маніпуляцій.

При обстеженні хворої дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
II. Наступні дисципліни Педіатрія	Будову та розміри доношеного плода. Клініку інфікування плода венеричними захворювання.	Уміти визначити зрілість новонародженого
Сімейна медицина	Венеричні захворювання.	Провести фізикальне обстеження жінки.

<p>III. Внутрішньопредметна інтеграція</p> <p>Венеричні захворювання</p>	<p>Клініка та діагностика венеричних захворювань</p>	<p>Лікування та профілактика</p>
---	--	----------------------------------

V. Зміст теми семінарського заняття

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 вірусоносії. 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 контактно-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 імунodefіцитний 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 фукоцином 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 призначити відарабін, рибавірін. Хороший клінічний ефект отримано від призначення внутрішньомязово лаферону. При оперізувальному герпесі доцільно розчином лаферону внутрішньошкірно обколювати уражену ділянку.

При звичайному герпесі для лікування і профілактики рецидивів ів застосовують донорський імуноглобулін, стимулятори ендogenous інтерферону аміксин, амізон, циклоферон. Суттєво збільшує міжрецидивні періоди герпетична полівакцина: по 0,1- 0,2 мл внутрішньошкірно 2 рази на тиждень, курс 5-10 інекцій.

При вираженій інтоксикації проводять дезінтоксикаційну терапію. Для зняття болювого синдрому при оперізувальному герпесі використовують анальгетики і фізіотерапевтичні методи (ультразвук, лазерне опромінення, УВЧ, УФО, ампліпульс).

У комплексному лікуванні показані антигістамінні препарати (супрастин, діазолін, тавегіл), протизапальні (вольтарен, індометацин), вітаміни (тіамін, ціанокобаламін); для усунення судинних розладів компламін, трентал, курантил. При енцефаліті застосовують глюкокортикоїди, сечогінні, протисудомні препарати.

Диспансеризацію проводять при рецидивному герпесі, а також ускладнених формах. Хворим, які мають часті рецидиви, курс полівакцини повторюють через кожні 3-6 міс. протягом 3-5 років.

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.

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 Е6 і Е7. 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 злякисний. Онкогенні папіломавіруси низького ризику при певних умовах (досить рідко) можуть викликати злякисні переродження утворень.

Онкогенні папіломавіруси високого онкогенного ризику під впливом різних факторів можуть спровокувати злякисні 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.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	Підготовчий етап Організаційні заходи. Визначення актуальності теми. Визначення навчальних цілей. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Папіломавірусна інфекція: визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування. 2. Герпетична інфекція: визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	Заключний етап Підбиття підсумків, загальні висновки Відповіді на можливі запитання. Завдання до наступного семінару.	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення гінекології, жіноча консультація.

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

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.

Питання

1. Папіломавірусна інфекція: визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
2. Герпетична інфекція: визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування

Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

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

Тестові завдання

1. Вагітна 22 років в терміні 15 тижнів. При обстеженні в жіночий консультації виявлені антитіла типу ІдМ до цитомегаловірусу у високому титрі. Антитіла типу ІдС відсутні.

Яка оцінка результату ?

- А. Рання фаза гострої інфекції*
- В. Загострення хронічної інфекції
- С. Стан імунітету після контакту із збудником
- Д. Немає інфекції

2. 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?

- А. Аномалії розвитку плода.
- В. Кон'юнктивіт новонародженого
- С. Інфікування сечових шляхів плода
- Д. Інфекція для плода безпечна*

3. У патогенезі запальних захворювань жіночих полових органів відіграють велику роль:

1. Спадкові фактори.
2. Нейроендокринні фактори.
3. Кліматичні фактори.
4. Різке пригнічення вироблення гістаміна.
5. Все пераховане*

4. Яке з тверджень є помилковим у відношенні гострих кондилом?

1. Викликаються фільтрівним вірусом.
2. Лікуються 50% інтерфероновою маззю.

3. Локалізуються в ділянці вульви, шийки матки, слизуватої піхви, промежини, заднього проходу.
4. При вагітності швидко піддаються зворотному розвитку.
5. Є контактною інфекцією.

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

Методичну розробку семінарського заняття підготувала асистент кафедри акушерства і гінекології № 2 О. Г. Макаров.

20.01.2015

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; доповнення та зміни внесені
„_____” _____ 201__р.