**Шенталинский филиал государственного бюджетного**

**профессионального образовательного учреждения**

**«Тольяттинский медицинский колледж»**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**ПМ 02 МДК 02.01.10 Сестринский уход в дерматовенерологии**

**на тему: «Сестринский уход при венерических заболеваниях»**

**Специальность: 34.02.01 Сестринское дело**

**Шентала, 2018 г**

|  |  |
| --- | --- |
| **Рассмотрено и утверждено на заседании ЦМК «Обще - профессиональных****дисциплин и профессиональных модулей****Протокол № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от****«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.****Председатель ЦМК****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.В.Павлова** | **Составлено в соответствии с требованиями ФГОС к содержанию и уровню подготовки выпускников по****специальности: 34.02.01 Сестринское дело** **Зав. отделом по УР****«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е. С. Кузьмина**  |
|  |  |

**Разработал преподаватель: Баранова С.А.**

**Пояснительная записка**

Данное учебно-методическое пособие составлено в соответствии с Федеральным Государственным образовательным стандартом по специальности среднего профессионального образования 34.02.01 Сестринское дело и рабочей программы профессионального модуля ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах и предназначено для организации самостоятельной работы студентов при изучении темы «Сестринский уход при венерических заболеваниях».

Основная цель учебно-методического пособия – организовать и повысить качество самоподготовки студентов, а также оптимизировать проведение занятий по ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах, МДК 02.01.10 Сестринский уход в дерматовенерологии, тема: «Сестринский уход при венерических заболеваниях».

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и со­ответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освое­ния профессионального модуля должен:

**иметь практический опыт:**

**-** осуществления ухода за пациентами при различных заболеваниях и состояниях;

- проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациентов с различной патологией

**уметь:**

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

- осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;

- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

- осуществлять фармакотерапию по назначению врача;

- проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;

- вести утвержденную медицинскую документацию.

**студент должен знать:**

- причины, основные клинические проявления и симптомы заболеваний;

- возможные осложнения и их профилактику;

- методы диагностики проблем пациента;

- организацию и оказание сестринской помощи;

- подходы к лечению, уходу, принципам рационального и диетического питания;

- пути введения лекарственных препаратов;

- правила использования оборудования, аппаратуры, изделий медицинского назначения.

В процессе освоения ПМ студенты должны овладеть профессиональными компетенциями:

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Наименование результата обучения** |
| ПК 2.1. |  Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств |
| ПК 2.2. |  Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса |
| ПК 2.3.  |  Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами |
| ПК 2.4. | Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования |
| ПК 2.5. | Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделиями медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса |
| ПК 2.6. | Вести утвержденную медицинскую документацию |
| ПК 2.7. | Осуществлять реабилитационные мероприятия |

 В учебно-методическом пособии представлены информационный материал, задания различных уровней сложности: тестовые задания, ситуационные задачи, алгоритмы практических манипуляций, рекомендации по работе с пособием, эталоны ответов к самоконтролю, список используемой литературы.

 Знания и умения, полученные студентами после изучения темы, позволят выпускнику применять их в повседневной деятельности медсестры при работе в лечебно-профилактических учреждениях.

**Рекомендации для студентов по работе с учебным пособием.**

Как работать с учебно – методическим пособием.

Учебно – методическое пособие предназначено для оказания методической помощи преподавателям медицинских колледжей, а так же для самостоятельной подготовки студентов к теоретическим и практическим занятиям. Учебно – методическое пособие призвано помочь студентам в организации усвоения нового учебного материала, в его систематизации и закреплении полученных знаний. Сначала следует внимательно прочитать изучаемый теоретический материал, затем просмотреть задания и вопросы, предложенные к теоретическому материалу в учебно – методическом пособии, формулируя устно краткие ответы, и таким образом оценить степень усвоения вами учебного материала. При затруднении в ответе, на какой – то вопрос следует вернуться к тексту пособия и с его помощью выполнить это задание устно. После чего уже без помощи пособия письменно оформить ответы в рабочей тетради.

*Желаю успеха!*

**Лекционный материал**

**ГОНОРЕЯ**

 Гонорея - инфекционное заболевание, вызываемое гонококками рода нейссерий и передающееся половым путем.

 Острое воспаление мочеиспускательного канала у мужчин, уретры и шейки матки у женщин обычно сопровождается выделением наружу гноя. Именно это дало основание Галену во II веке н.э. предложить термин «гонорея». Хотя такое название дает неправильное представление о сущности заболевания (точный перевод - «семятечение»), оно сохранилось, полностью вытеснив употреблявшиеся ранее термины «бленнорея», «триппер». Впрочем, заразные заболевания с истечением гноя из мочеиспускательного канала были известны задолго до Галена. Только открытие в 1879 г. немецким ученым Нейссером в гное больного уретритом особого микроорганизма, закономерно вызывающего воспаление мочеполовых органов у людей, позволило считать гонорею самостоятельным венерическим заболеванием.

 Этиология. Возбудитель гонореи - гонококк - грамотрицательный диплококк бобовидной формы, длиной от 1,25-1,6 мкм и шириной 0,7-0,9 мкм. Гонококки хорошо окрашиваются всеми анилиновыми красителями. При острых процессах в окрашенных мазках выявляют большое количество гонококков внутри лейкоцитов (рис. 123, 124). В более поздних (хронических) стадиях болезни, когда отделяемое становится скудным, гонококки встречаются реже, и для их обнаружения иногда необходимо прибегать к провокации и культуральной диагностике.

***Гонорея у мужчин***

 Входными воротами для гонококков у мужчин служит мочеиспускательный канал. В первые 2 ч гонококки задерживаются в месте внедрения и с помощью методов личной профилактики могут быть уничтожены. На слизистой оболочке передней части уретры (до наружного сфинктера) гонококки быстро размножаются, как распространяясь по ее поверхности, так и внедряясь между клетками эпителия в соединительнотканный слой, в уретральные железы и лакуны. Постепенно гонококки проникают в заднюю уретру. В этом случае возникает опасность поражения семенных пузырьков, предстательной железы, придатка яичка. Инкубационный период гонореи чаще равен 3-5 дням, но иногда может составлять 1-15 дней и более.

 Клиническая картина. У мужчин различают свежую, подразделяющуюся на острую, подострую и вялую (торпидную); хроническую; латентную гонорею. Все формы гонореи могут сопровождаться разнообразными местными и отдаленными (метастатическими) осложнениями.

 - *Гонорейный уретрит* проявляется выделением из уретры воспалительного экссудата и болевыми ощущениями. При остром воспалении отмечаются значительная гиперемия и отечность губок наружного отверстия уретры. Из уретры выделяется большое количество желтовато-зеленого или бледно-желтого гноя. Иногда незначительное жжение или зуд предшествует слизисто-гнойным выделениям. Признаки воспаления быстро нарастают, и через 1-2 дня формируется передний острый гонококковый уретрит. Больные ощущают боль и резь при мочеиспускании. При подостром переднем свежем гонококковом уретрите выделения слизисто-гнойные, необильные, воспаление губок наружного отверстия уретры выражено слабо, а субъективные ощущения незначительные. При торпидном свежем гонококковом уретрите субъективные ощущения отсутствуют, выделения скудные или почти незаметные. Губки наружного отверстия уретры не изменены. Больные в этом случае часто не обращаются за медицинской помощью и наиболее опасны в эпидемиологическом отношении. В дальнейшем при гонорее даже без лечения воспалительная реакция постепенно уменьшается, субъективные расстройства ослабевают. Уретрит переходит в подострую, а затем и в хроническую стадию.

 Диагностика как переднего, так и тотального острого гонококкового уретрита не представляет затруднений. Она основывается на данных анамнеза, типичной картине болезни, двухстаканной пробе мочи

и подтверждается лабораторным обнаружением гонококков (микроскопически и культурально). Если воспалительный процесс ограничен слизистой оболочкой передней уретры, то при последовательном выпускании мочи в два стакана моча в первом стакане, смывая из уретры гной, будет мутной, а во втором - прозрачной.

При тотальном уретрите моча в двух стаканах будет мутной, так как гной из задней уретры из-за несостоятельности внутреннего сфинктера затекает в мочевой пузырь (тотальная пиурия).

 Лабораторная диагностика гонореи. В диагностике гонореи данные лабораторных исследований имеют решающее значение. Этиологическая диагностика проводится с использованием бактериоскопических (исследование отделяемого с обязательным окрашиванием метиленовой синью и по Граму) и бактериологических методов (посев отделяемого на специальные питательные среды). Диагностика гонореи основана на определении возбудителя Neisseria gonorrhoeae в отделяемом из уретры, с шейки матки, из прямой кишки, ротоглотки, со конъюнктивы и др. Отделяемое наносят тонким слоем на предметное стекло, высушивают, фиксируют с помощью этанола, затем производят окраску 1% раствором метиленовой сини и по Граму. Окрашенные препараты просматривают в светооптическом микроскопе при увеличении 10 100 с иммерсией.

 - *Гонококковое поражение яичка* может возникать при переходе воспаления с придатка на яичко, но это бывает редко. Чаще воспалительный процесс захватывает оболочки яичка, вызывая скопления экссудата (острый периорхит). В таких случаях в пораженной половине мошонки пальпируется флюктуирующее образование, в котором не удается определить придаток яичка.

*- Гонококковое поражение предстательной железы* может быть острым или хроническим. Различают катаральный, фолликулярный и паренхиматозный простатит. Простатит часто сочетается с воспалением семенных пузырьков - везикулитом. Если воспалительный процесс ограничивается выводными протоками, то формируется катаральный простатит, субъективные расстройства отсутствуют, заболевание остается бессимптомным. Распространение поражения на дольки железы с развитием в них псевдоабсцессов свойственно фолликулярному простатиту. В этом случае симптомы заболевания выражены отчетливо. В промежности по-

является ощущение жара, в конце мочеиспускания возникает болезненность. Возможны озноб и сильное недомогание. При пальпации предстательная железа нормальных размеров, но может быть и увеличена. Среди нормальной ткани железы пальпируются болезненные уплотнения.

 Лечение неосложненной гонококковой инфекции нижних отделов мочеполовых путей

Под неосложненной гонококковой инфекцией понимают первичную инфекцию слизистой оболочки нижних отделов мочеполовых путей (уретрит у мужчин и женщин, цервицит, цистит, вульвовагинит у женщин).

 Для лечения неосложненной гонореи обычно бывает достаточно однократного применения одного из следующих антибиотиков: цефтри-аксон 250 мг внутримышечно, или офлоксацин 400 мг внутрь, или цип-рофлоксацин 500 мг внутрь.

При наличии противопоказаний к применению этих антибиотиков применяют спектиномицин внутримышечно однократно мужчинам по 2,0 г, женщинам - 4,0 г. Препарат менее эффективен при фарингеаль-ной гонорее, но эффективен при аноректальной.

 Фторхинолоны противопоказаны детям и подросткам до 14 лет, беременным и кормящим.

При одновременном выявлении Ch. trachomatis или невозможности обследования по поводу этой инфекции назначают азитромицин в дозе 1 г однократно внутрь или доксициклин по 0,1 г 2 раза в сутки внутрь в течение 7 дней.

 Препараты пенициллина практически перестали использовать при лечении гонореи во всем мире из-за возрастания числа штаммов N. gonorrhoeae, вырабатывающих бета-лактамазу

**УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТРИХОМОНИАЗ**

 Трихомониаз - поражение мочеполовых органов, которое относится к группе заболеваний, передающихся половым путем.

 Этиология. Заболевание вызывает урогенитальная (влагалищная) трихомонада Trichomonas vaginalis. Это одноклеточный микроорганизм, относящийся к простейшим класса жгутиковых, длиной 13-18 мкм (до 30-40 мкм). Благодаря движениям жгутиков и мембраны трихомо-нады могут активно перемещаться, а высокая пластичность тела позволяет им образовывать псевдоподии и проникать в межклеточные пространства.

 Урогенитальные трихомонады обитают только в мочевых путях и половых органах человека. В других органах (кишечнике, желудке и пр.) и вне человеческого организма они быстро гибнут, так как не имеют защитных приспособлений и малоустойчивы к неблагоприятным факторам внешней среды. Особенно губительно действуют на них высушивание, нагревание свыше 45 °С, прямые солнечные лучи, изменения осмотического давления. В связи с этим обнаружить урогенитальные трихомонады во внешней среде, например, в открытых водоемах даже в местах наибольшего скопления людей или в сточных водах общественных бань не удается. В естественных условиях урогенитальные трихомо-нады не вызывают заболеваний животных, у которых паразитируют другие виды трихомонад. В эксперименте при введении чистых культур урогенитальных трихомонад у лабораторных животных развиваются подкожные абсцессы, перитонит и вагинит.

 Пути распространения инфекции. Заражение обычно происходит половым путем. В редких случаях внеполового заражения маленькие девочки инфицируются через предметы, загрязненные выделениями больных (губки, мочалки и т.д.). В комочках гноя или слизи урогени-тальные трихомонады несколько часов сохраняют жизнеспособность (до высыхания субстрата или до его полного перемешивания с водой). Однако во внешней среде трихомонады еще менее устойчивы, чем гонококки, поэтому внеполовое заражение трихомониазом встречается реже, чем гонореей.

 Патогенез. Урогенитальные трихомонады обладают первичной пато-генностью и способны обусловить явную или скрытую инфекцию у всех людей. Врожденной невосприимчивости к ним нет, но у некоторых людей заражение приводит лишь к кратковременному (транзиторному) трихомонадоносительству. У мужчин трихомонады могут паразитировать в уретре, парауретральных ходах, препуциальном мешке, придатках яичек и добавочных половых железах, у женщин - в уретре, железах преддверия, влагалище, шеечном канале. В редких случаях трихомонады проникают в полость матки или вызывают восходящую мочевую инфекцию (цистит, пиелонефрит). Урогенитальные трихомонады в прямой кишке паразитировать не могут и проктитов не вызывают. Гематогенной диссеминации не бывает.

 Таким образом, хотя при трихомонадной инвазии обычно появляется несколько очагов поражения, все они ограничиваются пределами мочеполовой системы. Однако трихомонадная инвазия сопровождается появлением в сыворотке крови различных антител, которые не обеспечивают сколько-нибудь заметного защитного действия. Возможно повторное заражение этой инфекцией.

 Клиническая картина неосложненного урогенитального трихомониаза у женщин проявляется воспалительными процессами во влагалище и влагалищной части шейки матки. В дальнейшем могут присоединиться вестибулит, парауретрит, эндоцервицит, эндометрит, что рассматривается как осложненное течение заболевания.

Инкубационный период при трихомониазе составляет 5-14 дней. Заболевание протекает чаще всего малосимптомно. При уретрите больные жалуются на зуд, неприятные ощущения в мочеиспускательном канале, слипание его губок. Выделения из мочеиспускательного канала обычно скудные, слизисто-гнойные. При переднем уретрите моча в 1-й порции при двухстаканной пробе опалесцирующая или прозрачная, со взвешенными нитями и хлопьями. При вялотекущем заболевании воспалительный процесс часто распространяется на заднюю уретру, предстательную железу, семенные пузырьки, придатки яичек, мочевой пузырь и даже почечные лоханки. При осложнениях наиболее часто поражается предстательная железа, которая впоследствии может служить резервуаром трихомонад.

 У женщин трихомонадная инвазия обычно протекает с более выраженными симптомами, чем у мужчин. Как правило, у женщин преобладают симптомы вагинита (гиперемия и повышенная кровоточивость слизистой оболочки влагалища и шейки матки, жидкие гнойные, нередко пенистые выделения), с которыми могут сочетаться уретрит, эндо-цервицит, эрозии шейки матки, поражения желез преддверия влагалища. При остром вагините обильные выделения вызывают жжение и зуд, при торпидном и хроническом течении субъективные расстройства нередко отсутствуют

 Диагностика основывается на обнаружении трихомонад в выделениях из уретры. В световом микроскопе просматривают нативные (неокрашенные) препараты отделяемого уретры, центрифугированного осадка свежевыпущенной мочи, секрета простаты, что позволяет наблюдать движения трихомонад на фоне неподвижных лейкоцитов и эпителиальных клеток. Высушенные и фиксированные мазки из уретры окрашивают метиленовой синью (рис. 125) или по Граму (рис. 126), но в этом случае трудно отличить трихомонады от окружающих клеток эпителия. Для их идентификации требуются специальные методы окраски.

 В диагностике урогенитального трихомониаза используют и выращивание трихомонад на специальных питательных средах. Метод посевов рекомендуется применять при подозрении на бессимптомную латентную форму трихомониаза.

Применяют ускоренную РИФ-40. В качестве отборочного теста предложена внутрикожная проба с влагалищной трихомонадой. Экспресс-скрининг позволяет проводить реакцию микропреципитации с латексными частицами и антителами к возбудителю по определению антигена Trichomonas vaginalis в отделяемом половых органов. Метод является отборочным, но не диагностическим. Выявление антитрихо-монадных антител в сыворотке крови также относится к вспомогательным методам исследования.

 Лечение. Для лечения трихомонадной инфекции используют производные нитроимидазола. В случаях неосложненного урогенитально-го трихомониаза показан тинидазол по 2,0 г однократно внутрь, либо

метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 7 дней, или орнидазол по 500 мг 4 раза в сутки в течение 5 дней.

При осложненном урогени-тальном трихомониазе назначают метронидазол по 500 мг 4 раза в сутки в течение 3 дней либо тинидазол по 2,0 г 1 раз в сутки в курсовой дозе 6,0 г. При длительном рецидивирующем течении трихомониаза дополнительно внутримышечно вводят вакцину солко-триховак в дозе 0,5 мл, 3 инъекции с интервалами 2 нед, затем через год 0,5 мл однократно.

 Беременным дают внутрь мет-ронидазол (исключая I триместр беременности) в дозе 2,0 г однократно.

 Детям метронидазол в зависимости от возраста назначают в следующих дозах: детям до 5 лет - по 100 мг 2-3 раза в сутки, от 6 до 10 лет - по 125 мг 2 раза в сутки, от 12 лет и старше - по 250 мг 2 раза в сутки. Курс лечения продолжается 7 дней.

 Лечение проводится при обнаружении трихомонад независимо от наличия или отсутствия признаков воспаления. Кроме того, обязательно лечат половых партнеров.

При острой гонорейно-трихомонадной инфекции противогонорей-ные и противотрихомонадные средства назначают одновременно; при хронических и затянувшихся формах, учитывая возможность фагоцитоза гонококков трихомонадами, сначала проводят иммунотерапию, а затем назначают метронидазол и противогонорейные препараты. Показателями эффективности лечения являются прекращение выделений из мочеиспускательного канала и отсутствие возбудителя в контрольных мазках.

 Профилактика. До полного излечения и стойкого исчезновения возбудителей больным запрещается половая жизнь без барьерных средств защиты; лиц, имевших половой контакт с больным, необходимо выявлять и привлекать к лечению. Контрольные обследования (мазки и посевы, урологический и гинекологический осмотр) с применением алиментарной и механической провокации начинают через 7-10 дней после окончания лечения.

**ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС**

 Герпес является одной из самых распространенных вирусных инфекций человека и представляет собой серьезную медико-социальную проблему.

 Более 90% всех людей инфицировано вирусом простого герпеса (ВПГ) и до 20% из них имеют те или иные клинические проявления инфекции. Обладая нейродермотропизмом, ВПГ поражает кожу и слизистые оболочки (чаще всего на лице и в области половых органов), центральную нервную систему (менингиты, энцефалиты), глаза (конъюнктивиты, кератиты). ВПГ обусловливает патологию беременности и родов, нередко приводя к «спонтанным» абортам и гибели плода, или вызывает генерализованную инфекцию у новорожденных; отмечается связь генитального герпеса с раком шейки матки и раком предстательной железы.

 Этиология. Генитальный герпес вызывают ВПГ-1 и ВПГ-2, наиболее часто ВПГ-2.

Заболевание передается преимущественно при половом контакте от больного генитальным герпесом. Нередко генитальный герпес передается от лиц, не имеющих симптомов заболевания или даже не знающих о том, что они инфицированы. Риск неонатального инфицирования новорожденного зависит от формы генитального герпеса у матери и составляет от 0,01 до 75%.

Проявлению и/или рецидивированию генитального герпеса способствуют снижение иммунореактивности, переохлаждение и перегревание, интеркуррентные заболевания, медицинские манипуляции, в том числе аборты и введение внутриматочной спирали.

 В международной классификации болезней (МКБ-10) представлены:

А60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (Herpes simplex)

А60.0 Герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта:

- женского

- мужского

А60.1 Герпетическая инфекция перианальных кожных покровов и прямой кишки

А60.9 Аногенитальная герпетическая инфекция неуточненная.

 Клиническая картина. У 10-20% всех инфицированных клинические проявления заболевания могут рецидивировать. Первое проявление герпесвирусной инфекции, как правило, бывает более бурным, чем последующие рецидивы. У части пациентов они непродолжительны. У большинства инфицированных лиц клинические проявления генитального герпеса отсутствуют.

 В продромальном периоде больные отмечают зуд, жжение или боль в месте будущего поражения, затем появляются высыпания в виде отдельных или сгруппированных везикулезных элементов величиной 2-3 мм на эритематозном основании, имеющих тенденцию к рецидиву на том же месте (рис. 127). Высыпания могут сопровождаться недомоганием, головной болью, субфебрильной температурой, нарушением сна. В дальнейшем везикулы вскрываются с образованием эрозивной поверх-

ности неправильных очертаний.

 Генитальный герпес у женщин располагается на малых и больших половых губах, вульве, клиторе, во влагалище, на шейке матки; у мужчин - на головке полового члена, крайней плоти, в уретре.

 Диагностика. Для диагностики герпетической инфекции используют вирусологические методы, ПЦР, методы выявления антигенов вирусов простого герпеса с помощью иммунофлюоресцент-ного и иммуноферментного анализов; выявление антител с помощью ИФА; цитоморфоло-гические методы.

Рекомендуется проведение повторного исследования (2-4 раза в течение 5-7 дней) материала из различных очагов инфекции (у женщин - на 18-20-й день менструального цикла) для повышения выявляемос-

ти ВПГ.

 Лечение. Длительность, интенсивность и объем терапии больных генитальным герпесом определяются клинической формой, стадией и тяжестью заболевания. Рекомендуется тщательное клинико-лабора-торное обследование пациента с целью оценки состояния иммунной системы и сопутствующей патологии.

 Препаратами первого выбора для лечения острых и рецидивирующих форм генитального герпеса, вызванного вирусами ВПГ-1 и ВПГ-2, являются ацикловир и его аналоги.

Ацикловир - синтетический ациклический аналог дезоксигуано-зина, природного компонента ДНК, остается стандартом противогерпе-тического лечения.

 Для лечения первичного эпизода и рецидивов генитального герпеса у больных с неизмененной иммунной системой ацикловир назначают в дозе 200 мг 5 раз в день в течение 5-10 дней или до разрешения клинических проявлений. Для лечения больных с выраженным иммунодефицитом, а также пациентов с первичным эпизодом герпетического проктита дозу ацикловира повышают до 400 мг 4-5 раз в сутки в течение 5-10 дней. Эффективность терапии ацикловиром тем выше, чем раньше начато лечение - в продромальном периоде или в 1-е сутки развития клинических проявлений.

 Супрессивная терапия ацикловиром для предупреждения рецидивов генитального герпеса проводится в дозе 400 мг 2 раза в день с интервалом 12 ч в течение месяцев и даже нескольких лет. Ежедневная супрессивная терапия предупреждает развитие рецидивов у 60-90% больных, а 25-30% пациентов надолго избавляются от эпизодов генитального герпеса.

5% крем ацикловира назначают больным простым герпесом с умеренно выраженными высыпаниями на коже в ранние сроки развития заболевания 5 раз в сутки в течение 5-7 дней.

 Валтрекс (валацикловир) - ацикловир второго поколения представляет собой L-валиловый эфир ацикловира. Препарат обеспечивает хорошее всасывание ацикловира при приеме внутрь, повышает его биодоступность в 4-5 раз. При генитальном герпесе препарат назначают по 0,5 г 2 раза в сутки в течение 5-10 дней. Эффективность валтрекса при лечении генитального герпеса выше эффективности зовиракса на 25%, а при профилактике - на 44%.

 При генитальном герпесе, обусловленном ацикловирустойчивыми штаммами ВПГ альтернативными препаратами являются фамцикловир и фоскарнет.

Фамвир (фамцикловир) трансформируется в организме в активное противовирусное соединение - пенцикловир и эффективен в отношении ВПГ-1, ВПГ-2 и других герпесвирусов. Фамвир назначают при острой герпетической инфекции по 0,25 г 3 раза в сутки в течение 7 дней, а больным с повышенным риском развития постгерпетической невралгии по 0,5 г 3 раза в сутки в течение 7 дней. В период беременности и лактации препарат можно назначать только по жизненным показаниям.

 В течение последних 15-20 лет для лечения больных генитальным герпесом применяют ряд противовирусных препаратов с различным механизмом действия. Сведения об их эффективности весьма разноречивы.

 - *Фоскарнет* (фоскавир) взаимодействует с ДНК-полимеразой и в меньшей степени с РНК-полимеразой, связывается с пирофосфатом и частично ингибирует нуклеозидтрифосфат, являясь конкурентным ингибитором пирофосфата. Применяется при герпетической инфекции кожи и слизистых оболочек, а также половых органов в виде местных аппликаций 3% мази. При тяжелом течении заболевания возможно внутривенное медленное (в течение 2 ч) капельное введение препарата по 60 мг/кг 3 раза в сутки в течение 10-14 дней.

 - *Алпизарин* применяется для лечения герпетических поражений различной локализации. Экспериментальные исследования свидетельствуют об ингибирующем действии алпизарина на начальные этапы репродукции ВПГ в клетке. Делают аппликации 2% мази на слизистые оболочки 4-6 раз в сутки в течение 5-10 дней, 5% мазь наносят на кожные покровы 4-6 раз в сутки в течение 5-10 дней. При более тяжелой герпетической инфекции алпизарин (0,1 г) назначают внутрь по 0,2 г 3-4 раза в сутки в течение 7-10 дней.

 *- Флакозид* - флавоноид, получаемый из листьев бархата амурского и бархата Лаваля, принимают внутрь после еды по 0,1-0,5 г 3 раза в сутки в течение 10 дней.

Тромантадин в виде 1% мази наносят на пораженные участки 3 раза в сутки в течение 7-10 дней, назначают при появлении первых признаков герпеса.

Для лечения поражений кожи герпетической этиологии используют 2% или 3% мазь теброфена, которую наносят на пораженные участки кожи в течение 3-7 дней. При применении мази иногда отмечается кратковременное жжение.

*- Риодоксол* применяется при нетяжелой герпетической инфекции кожи и слизистых оболочек в виде аппликаций 0,25; 0,5 или 1% мази (в зависимости от локализации процесса и тяжести заболевания) в течение 5-10 дней.

В последние годы накоплен определенный опыт применения различных интерферонов в качестве заместительной терапии (реоферон, интерлок) или индукторов интерфероногенеза (полудан, ларифан, пиро-генал, продигиозан и др.). Эффективность индукторов интерферона выражена при сохраненной функции интерфероногенеза у больных гени-тальным герпесом.

 Профилактика. В качестве средства профилактики рецидивов гени-тального герпеса в ряде стран были созданы и испытаны различные про-тивогерпетические вакцины. Отечественную герпетическую поливакцину нужно вводить 2-3 раза в год, цикл состоит из внутрикожного введения 0,2 мл препарата каждые 3-5 дней, всего на цикл 5 инъекций. Исследования по совершенствованию метода вакцинации больных герпетической инфекцией продолжаются.

 Лечение беременных обязательно при развитии диссеминированных форм герпетической инфекции (энцефалиты, гепатиты и т.п.), для этого используют ацикловир в стандартных дозах. Кесарево сечение в качестве профилактики неонатального герпеса необходимо при герпетических высыпаниях на гениталиях или при первичной генитальной герпетической инфекции у матери за 1 мес до родов. В остальных случаях возможно родоразрешение естественным путем.

Больному рекомендуют воздерживаться от половой жизни до исчезновения клинических проявлений или обязательно использовать презерватив при всех половых контактах. Половых партнеров пациентов, имеющих генитальный герпес, нужно обследовать и по показаниям лечить.

**Алгоритмы манипуляций**

**Техника проведения двух стаканной пробы**

 *Стаканные пробы* - метод исследования мочи, с помощью которого можно определить приблизительную локализацию патологического процесса в мочевых путях. В двухстаканной пробе исследуют 2 порции мочи, полученные при однократном мочеиспускании. Каждую порцию мочи исследуют отдельно. Это позволяет определить предположительную локализацию патологического процесса в мочевых путях: первая порция - анализ мочи из нижних мочевых путей, вторая порция - анализ мочи из верхних мочевых путей («почечная» моча).

Биоматериал: моча (утренняя).

 *Показания к исследованию:*

- уретриты;

- заболевания простаты;

- воспалительные заболевания почек, мочевого пузыря, мочеточников.

 *Подготовка к исследованию.*

Накануне сдачи анализа мочи не употреблять в пищу овощи и фрукты (свеклу, морковь, цитрусовые, арбузы), красное вино, поливитамины, которые могут изменить цвет мочи; не принимать мочегонные препараты. Женщинам не рекомендуется сдавать анализ мочи во время менструации.

 *Процедура сбора мочи*

Для исследования собирается полная порция мочи, находившаяся в мочевом пузыре не менее 4-5 часов, предпочтительнее собирать утреннюю мочу.

После тщательного туалета наружных половых органов пациент начинает мочиться в первую емкость, продолжает во вторую, при этом важно, чтобы вторая порция мочи была большей по объёму.

Каждую порцию мочи необходимо перемешать и отобрать в отдельную вакуумную пробирку (пробирки и держатели для отбора мочи можно получить в регистратуре CMD).

Техника забора мочи в вакуумную пробирку: собранную в емкость мочу перемешать тонким концом держателя. Не удаляя держатель из мочи, упираясь в дно емкости, вставить крышку вакуумной пробирки в иглу держателя (крышку с пробирки не снимать!). Надавить, так чтобы игла держателя проколола крышку, дождаться наполнения пробирки и затем вынуть ее из держателя.

Доставка в лабораторию - в течение 24 часов при температуре +2 - +24С°.

***Провокации при гонорее***

 Используют определенные методы воздействия на организм в целом и на мочеполовой аппарат, что ведет к обострению имеющегося скрытого воспалительного процесса. Применяется как критерий диагностики или качества терапии после окончания лечения.

1. Алиментарная – назначение больному острой и соленой пищи, алкоголя. Выводящиеся продукты переработки раздражают мочеиспускательный канал.
2. Иммунобиологическая – внутримышечное введение 0,5 мл (500 млн. микр. тел.) гонококковой вакцины.
3. Механическая – введение в мочеиспускательный канал прямого бужа или проведение передней уретроскопии.
4. Химическая – введение в мочеиспускательный канал химических раздражающих веществ.
5. Физиотерапевтическая или термическая, - использование абдоминально – вагинально – сакральной диатермии.
6. Физиологическая – взятие мазка у женщин из канала шейки матки во время менструации.

 Чаще всего используют комбинированную провокацию. Первую провокацию проводят через неделю после лечения, следующую - через месяц. После проведения провокации у больного в течение 3 дней через 24, 48 и 72 часа берут материал для исследования на содержание урогенитальных инфекционных агентов.

***Техника взятия мазка на трихомониаз***

 Мазок на трихомониаз – наиболее простой и доступный метод его выявления. Его проводят как при профилактических посещениях, так и при подозрении на патологию. Взятие мазка также рекомендовано беременным при постановке на учет и прямо перед родами.

 *Показания к анализу*

 Хотя анализ берется и при отсутствии симптомов, особенно он важен при появлении патологических выделений. Это, как правило, белые или желтые жидкие пенистые выделения с тухлым рыбным запахом или без него. Они могут сопровождаться зудом и отеком половых органов, а также болью при половом акте.

 Показанием к взятию мазка на трихомониаз также является длительное отсутствие желанной беременности.

*Оснащение:*

У женщин при взятии материалов на обнаружение трихомониаза используются гинекологические зеркала, ложка Фолькмана, желобоватый зонд, гинекологический пинцет. предметные стекла- 3 шт.

 *Условия проведения анализа*

 Мазок на степень чистоты исследуется не только при трихомониазе, но и при подозрении на гонорею, хламидиоз, кандидоз и др. Взятие анализа проводят при соблюдении определенных условий. Женщина не должна вступать в половые связи и спринцеваться за день до взятия анализа, а также не ходить «по-маленькому» хотя бы 2 часа до исследования.

 Мазок на трихомониаз берут и мужчинам из уретры. Однако он малоинформативен из-за небольшого количества бактерий в уретре.

*Техника взятия мазка на трихомониаз*

 Техника взятия мазка у женщин на трихомониаз заключается в сборе выделений последовательно из трех участков: уретры, цервикального канала и влагалища.

1. перед взятием мазка из влагалища убирают избыточные выделения и слизь сухой стерильной тканью;
2. массируют уретру со стороны влагалища;
3. желобоватый зонд вводят на 1,5–2 см в уретру и оскабливая стенки, берут материал на исследования;
4. секрет из вестибулярных желез аккуратно выдавливают пальцами;
5. из шейки матки материал берут при помощи зеркала, введя его на 2 см вглубь..

 В том же порядке, в каком материал был взят, он наносится на предметное стекло. Это стекло разделено на три области: U, C и V. Соответственно под отметкой U наносят отделяемое уретры, под отметкой C – содержимое канала шейки матки, а в области с буквой V – выделения влагалища.

 У мужского пола анализы берутся путем легкого соскабливания частичек эпителии и выделений со стенок уретры тупой ложечкой. Также используются выделения, полученные посредством массажа и выжимания секрета из лакун

**Правила по забору биологического материала из урогенитального тракта мужчин  для проведения ПЦР - диагностики**

* Перед взятием соскоба из уретры необходимо обработать головку полового члена в области наружного отверстия уретры тампоном, смоченным стерильным физиологическим раствором. Производят массаж уретры. При наличии свободно стекающих из уретры выделений удаляют их сухим тампоном.
* Вводят зонд в уретру на глубину 1-2 см. Несколькими вращательными движениями производят соскоб эпителиальных клеток и переносят зонд в пробирку с транспортной средой.
* Рабочую часть зонда, содержащую исследуемый материал, обломить в области насечки и оставить в пробирке с транспортной средой.
* Пробирку плотно закрыть крышкой, не допуская зазора и промаркировать.

Срок доставки в лабораторию:

- при комнатной температуре – в течение 6 часов;

- при температуре 2-8°С – в течение 1 суток;

- при температуре минус 20°С в течение 1 недели.

Допускается только однократное замораживание-оттаивание материала.

     **Правила забора биологического материала из урогенитального тракта женщин  для проведения ПЦР -диагностики .**

        Для диагностики воспалительных заболеваний (цервицит, вагинит, уретрит), ВПЧ-тестирования, диагностики бактериального вагиноза материал с каждой локализации следует забирать в отдельную пробирку. Получение материала производят отдельными для каждой локализации одноразовыми стерильными цитощетками или универсальными зондами.

Соскоб эпителия из цервикального канала

        Получение материала следует производить с помощью универсального зонда в пробирку со специальной транспортной средой.

        Эпителий следует забирать в достаточном количестве. Удалить слизь с поверхности шейки матки стерильным тампоном, ввести рабочую часть зонда в цервикальный канал и сделать два полных оборота по часовой и против часовой стрелки. Извлечь зонд, избегая касания стенок влагалища, и поместить его в пробирку с транспортной средой.

        Рабочую часть зонда, содержащую исследуемый материал, обломить в области насечки и оставить в пробирке с транспортной средой.

        Пробирку плотно закрыть крышкой, не допуская зазора и промаркировать.  Соскоб эпителиальных клеток из уретры женщин        Перед взятием соскоба из уретры необходимо обработать отверстие уретры тампоном, смоченным стерильным физиологическим раствором, чтобы удалить отделяемое из влагалища. Ввести рабочую часть зонда в уретру, несколькими вращательными движениями собрать отделяемое уретры на рабочую часть зонда и перенести зонд в пробирку с транспортной средой.        Рабочую часть зонда , содержащую исследуемый материал, обломить в области насечки и оставить в пробирке с транспортной средой.        Пробирку плотно закрыть крышкой, не допуская зазора и промаркировать. Отделяемое влагалища для диагностики бактериального вагиноза

        Получение материала следует производить с помощью универсального зонда в пробирку со специальной транспортной средой.

        Погрузить рабочую часть зонда в вагинальное отделяемое задненижнего свода влагалища и, вращая зонд, провести по поверхности эпителия, максимально полно набрать материал на зонд.

        Перенести зонд в пробирку с транспортной средой.         Рабочую часть зонда, содержащую исследуемый материал, обломить в области насечки и оставить в пробирке с транспортной средой.        Пробирку плотно закрыть крышкой, не допуская зазора и промаркировать.

 Срок доставки в лабораторию:

- при комнатной температуре – в течение 6 часов;

- при температуре 2-8°С – в течение 1 суток;

- при температуре минус 20°С в течение 1 недели.

Допускается только однократное замораживание-оттаивание материала.

**Задания для самоконтроля**

**Тестовые задания**

***1 вариант***

1. Инкубационный период при хламидиозе составляет:

А. 3 дня

Б. 1 месяц

В. В среднем 2-3 недели

Г. Полгода

2. возбудителем трихомониаза является:

А. Вирус

Б. Простейший одноклеточный паразит

В. Кокки

 Г. Палочки

3. характер выделений при трихомонозе у женщин:

А. Обильные, желто-серого цвета, пенистые

Б. Гнойные, густые

В. Стекловидно-слизистые

Г. Кровянистые

4. дезинфекция материала при трихомонозе осуществляется:

А. 0,2% р-ром хлорамина

Б. 0,5% р-ром хлорамина

В. 1% р-ром хлорамина

Г. Раствором соды

5. генитальный герпес вызывается:

А. Грибами

Б. Вирусом простого герпеса

В. Папиллома-вирусом

Г. Кишечной палочкой

6. укажите основной фактор, осложняющий течение герпетической инфекции:

А. Несоблюдение правил личной гигиены

Б. Заболевания ЖКТ

В. Снижение иммунного статуса

Г. Употребление жирной пищи

7. препараты, используемые для лечения герпетической инфекции:

А. Метронидазол

Б. Ацикловир

В. Доксициклин

Г. Пенициллин

8. восприимчивость к урогенительным инфекциям наиболее вероятна у пациентов с :

А. Заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Б. Заболеваниями ЖКТ

В. Иммунодефицитом

Г. Дефицитом веса

***2 вариант***

1. для лечения генитального герпеса применяют:

А. Полижинакс

Б. Клотримазол

В. Зовиракс

Г. Овестин

2. к гонорее верхнего отдела половой системы женщины относится:

А. Бартолинит

Б. Уретрит

В. Сальпингоофорит

Г. Вульвит

3. к гонорее нижнего отдела половой системы женщины относится:

А. Эндометрит

Б. Эндоцервицит

В. Сальпингит

Г. Пельвеоперитонит

4. лечение подтвержденной острой восходящей гонореи проводится:

А. Амбулаторно

Б. Симптоматическими средствами

В. В стационаре

Г. В санатории

5. критерием излеченности гонореи является отсутствие гонококков по данным лабораторного исследования после лечения и обследования:

А. Однократного после провокации

Б. В течение 3-х последующих месяцев с 3-мя комбинированными провокациями

В. В течение 6-ти последующих месяцев без провокации

Г. В течение 1 года

6. при поражении гонореей у девочек всегда возникает гонорейный:

А. Сальпингит

Б. Вульвовагинит

В. Бартолинит

Г. Стоматит

7 для трихомониаза наиболее характерны проявления:

А. Сальпингит

Б. Пельвиоперитонит

В. Кольпит

Г. Параметрит

8. при лечении трихомониаза не эффективны:

А. Пенициллин

Б. Метилэргометрил

В. Метронидазол Г. Тетрациклин

**Эталоны ответов**

**Тестовые задания.**

**1 вариант.**

1. В
2. В
3. Б
4. В
5. В
6. Б
7. В
8. Б

**2 вариант**

1. А
2. В
3. Б
4. В
5. Г
6. Б
7. Г
8. А

**Ситуационные задачи**

***Задача №1***

#  В родильном доме у новорожденного на 2 день жизни из левой глазной щели началось выделятся серрозно-гнойное жидкость, на следующий день количество гноя увеличилось и такое же изменение появилось в правом глазе. При осмотре веки отечные, склеры глаз гиперемированы, сосуды расширены, при давлении по боком глазных яблок отмечается гнойное отделяемое. Ребенок беспокойный, плохо спит.

 1. О каком диагноза можно думать?

 2. Для уточнения диагноза какие исследования надо провести?

 3. Назовите возбудителя заболевания?

 4. Какие мероприятия необходимо провести для лечения больного?

***Эталон ответа к задаче №1***

1. Гонобленорея.
2. а) Из отделяемой глазной щели приготовит мазок, окрашивать по Грамму и провести бактериоскопию.
3. б) Из отделяемое из уретры, цервикального канала и влагалища матери приготовит мазок и бактериоскопироват.
4. Внутри и внеклеточные диплококки (гонококки).
5. Надо вызывать венеролога и ребенку с матерью перевести кож-венерический диспансер.

## Задача №2.

##  К приему врача обратился мужчина 32 года, женат с жалобами на незначительное жжение и болезненность при мочеиспускании. Бльным себя считает последней 3-4 дня, когда утром во время мочеиспускания заметил незначительное жжение, на следующий день утром заметил слизистое отделяемое из уретры и появилось с жжением еще болезненность в начале мочеиспускания. Занималось самолечением сделал местные ванночки с марганцовкой, после чего выделение незначительно уменьшалось, но по утрам имеется гноенное отделяемое в связи чего и обратился венерологу. Со слов больной 15 дней тому назад был в половом контакте в пьяном состоянии малознакомой женщиной, другие половые контакты отрицает

1. О каком заболеваниях можно думать?

2. Какие обследовании надо провести и на какие инфекции?

3. Здесь ест необходимости провести провокацию? Если да то каким образом?

 4. Какие мероприятия необходимо провести для лечения больного?

***Эталон ответа к задаче №5***

1. Можно думать о гонореи, трихоманиазе, кандидозе, хламидии, микоплазме и о неспецифическом уретрите.

2. а) Надо приготовит мазок из отделяемой уретры, после окрашивания по Грамму бактериоскопироват,

 б) Провести параллельное обследование на все инфекции передаваемое половым путем с помощью ПЦР.

Отделяемое из уретры скудное в связи, чем необходимо провокация (алиментарная).

3. Полное обследование больного на ЗППП. Обследовать всех членов семьи на заболевание выявленной у больного. Найти и обследовать половых партнеров больного.

**Задача № 3**

 На прием венеролога обратилась девушка 19 лет с жалобами на болезненность при мочеиспускании и гнойное выделение из половой шели. Первые признаки появились 2- дня тому назад. Свою заболевание связывает с изнасилованием 10 дней тому назад.

При осмотре наружное отверстие мочеиспускательного канала гиперемировано отечная, из уретры отделяется гной зеленовато-желтого цвета, такое выделение видно из цервикального канала при зеркальном осмотре. Лимфатические узлы не увеличены. Температура тела нормальная. Больная не замужем.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Составьте план обследование больного?
3. Какова тактика при лечении и ведении больного.

***Эталон ответа к задаче №3***

1. Можно думат о гонореи, трихомониазе, хламидиозе, кандидозе.
2. Бактериоскопическое исследование мазка приготовленный из стенки уретры, вагины и. цервикального канала.
3. Установит источника заболевания здесь невозможно по этому после специфической лечении больного необходимо проводить превентивное лечение на сифилис.

**Задача № 4**

 Пациентка 27 лет, замужем, обратилась с жалобами на постоянные

выделения из половых путей, периодически возникающий зуд и отек

наружных половых органов (до 4 – 5 раз в год), невозможность нормальной

половой жизни (болезненность), часто возникающие дизурические

расстройства. Неоднократно обращалась к урологу и гинекологу, получала

антибактериальную и противовоспалительную терапию, местное лечение, но

без эффекта.

 При объективном осмотре выраженной отек и гиперемия наружных

половых органов, слизистой влагалища и шейки матки, обильные жидкие

выделения без запаха. Матка и придатки не увеличены, безболезненные,

своды свободные.

***Вопросы:***

1. Чем могут быть обусловлены жалобы и выявленные

патологические изменения гениталий?

2. Какое обследование следует провести для уточнения диагноза?

***Эталон ответа к задаче №4***

1. Жалобы больной и данные объективного осмотра позволяют

заподозрить генитальный герпес.

2. Необходимо провести исследование периферической крови и

слизи цервикального канала на ВПГ, показателей иммунного и

интеферонового статусов. Рекомендовать "\_ «g\_°ЬLпройти соответствующее

обследование мужу.

**Список использованной литературы:**

1. Т.П.Обуховец «Основы сестринского дела» 2012г.

2. Н.Н.Владимиров «Сестринское дело в дерматовенерологии» 2015г.

3. Л.А.Хмыз «Сестринское дело в дерматовенерологии» 2007г.

4. Ю.К.Скрипкин «Кожные и венерические болезни» 2013.

5. Б.И.Зудин «Кожные и венерические болезни» 2016г.