

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
БРЕСКОГО ОБЛАСТНОГО ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

Учреждение образования
«Брестский государственный медицинский колледж»

Специальность 2-79 01 01 «Лечебное дело»

Учебная дисциплина «Гинекология»

Тема 4.2. «Инфекции, передающиеся половым путем»»

Методическая разработка открытого практического занятия
в учебной группе Ф-22/1

Антонюк Е.А., преподаватель

Брест, 2021

Рассмотрена и рекомендована к использованию
на заседании цикловой комиссии № 5,
протокол от 05.04.2021, № 10

Выписка из типовой учебной программы

Практическое занятие № 5. Инфекции, передающиеся половым путем: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, динамическое наблюдение, медицинский уход.

Проведение диагностики ИППП. Особенности распространения, диагностики и лечения на современном этапе. Участие в обследовании пациентов: сбор анамнеза, проведение общего объективного и гинекологического обследований пациентов с данной патологией. Оценка результатов лабораторных и инструментальных методов обследования, изучение назначений врача-специалиста, организация динамического наблюдения за пациентами. Проведение информационно-просветительской работы по профилактике ИППП.

Научно-методическое обоснование темы

Одно из негативных явлений нашей современности – стремительный рост частоты и количества заболеваний, передаваемых половым путем. Этому способствуют изменения сексуальной ориентации и поведения молодежи, расширение международного туризма, проституция, резистентность возбудителя к антибактериальным средствам и отсутствие этиопатогенетических препаратов для лечения ряда венерических заболеваний (вирусы и др.)

Цели:*обучающие:*

- Сформировать навыки обследования женщин с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), и анализировать полученные данные;
- Провести коррекцию и закрепление знаний, умений и навыков по обследованию женщин с инфекциями, передающимися половым путем;
- Сформировать роль информационно-просветительской работы в профилактике ИППП.

развивающие:

- Развивать умение анализировать полученные клинические данные.
- Развивать умение делать выводы, принимать решения на основании теоретического материала и проведенной практической работы

воспитательные:

- Прививать чувство профессиональной ответственности за выполняемую работу, соблюдать принципы этики и деонтологии при работе с женщинами.

Методическая цель:

- углубить знания о современных подходах к практико-ориентированному обучению;
- обменяться опытом использования возможностей симуляционного оборудования в обучении.

Тип занятия: практическое занятие.

Междисциплинарные связи:*обеспечивающие:*

- анатомия и физиология
- микробиология
- основы медицинской этики и деонтологии
- сестринское дело и манипуляционная техника
- дерматовенерология

обеспечиваемые:

- гинекология

Оснащение занятия:

1. Типовая учебная программа
2. Календарно-тематический план
3. Методическая разработка открытого практического занятия
4. Графологический диктант
5. Ситуационные задачи
6. Симуляционное оборудование

Перечень практических манипуляций:

1. Взятие мазка на бактериоскопическое исследование.
2. Взятие мазка на бактериологическое исследование
3. Осмотр наружных половых органов
4. Исследование с помощью влагалищных зеркал
5. Двуручное влагалищно-брюшностеночное исследование

Место и время проведения: аудитории № 304, 203 – 4 часа (180 минут).

**Организационная структура открытого практического занятия
по учебной дисциплине «Гинекология»**

Практическое занятие № 5. Инфекции, передающиеся половым путем: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, динамическое наблюдение, медицинский уход.

Основные этапы учебного занятия	Технология занятия			
	Методы обучения и контроля	Материалы и средства обучения и контроля	Формы организации учебной деятельности	Время
1. Подготовительный этап				15 мин
1.1. Организационный момент: взаимное приветствие, проверка внешнего вида учащихся, проверка посещаемости, выяснения причин отсутствия учащихся, готовность учащихся к учебному занятию		журнал учебных занятий	фронтальная	2 мин
1.2. Рефлексия		метод «Пейзаж»	фронтальная	3 мин
1.3. Постановка целей и мотивация учебной деятельности			фронтальная	10 мин
2. Основной этап				135 мин
2.1. Контроль исходных знаний по теме «Инфекции, передающиеся половым путем»: 2.1.1. фронтальный опрос 2.1.2. письменный опрос 2.1.3. устный опрос	репродуктивный, проблемный	образец ответа графдиктант, образец ответа, шкала оценки результатов учебной деятельности учащихся. Вопросы, образец ответа, шкала оценки результатов учебной деятельности учащихся	фронтальная индивидуальная	60 мин
2.2. Контроль за результатами учебной деятельности учащихся по отработке умений и навыков: 2.2.1. демонстрация учащимся практических навыков на симуляционном оборудовании 2.2.2. работа учащихся с симуляционным оборудованием	проблемный		групповая	75 мин
3. Заключительный этап				30 мин
3.1. Закрепление знаний	репродуктивный проблемный	ситуационные задачи	Парная	15 мин
3.2. Подведение итогов занятия. Выставление отметок и комментарии		журнал учебных занятий	Фронтальная	10 мин

<p>3.3. Домашнее задание. Тема «Бесплодие: диагностика, лечение»</p>		<p>Учебник Вл. И. Дуда: «Гинекология»: с. 249-260 Навыки: 1. Подготовка пациента к ультразвуковому исследованию органов малого таза. 2. Измерение базальной температуры 3. Подготовка медицинского инструментария, перевязочного материала, пациента к кольпоскопии.</p>	<p>Фронтальная</p>	<p>3 мин</p>
<p>3.4. Рефлексия профориентационная</p>		<p>метод «Светофор»</p>	<p>Фронтальная</p>	<p>2 мин</p>

Материалы подготовительного этапа

1.1. Организационный момент

Преподаватель приветствует учащихся. Проверяет готовность группы к занятию, соблюдение медицинской формы, отмечает отсутствующих.

1.2 Рефлексия «Пейзаж»

1.3 Постановка целей и мотивация

Вы должны будете уметь:

- 1.Проводить обследование, диагностику, дифференцированную диагностику, лечение, динамическое наблюдение и медицинский уход за инфекциями, передающимися половым путем.
- 2.Проводить информационно-просветительскую работу по профилактике инфекций, передающихся половым путем.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно во всем мире более 340 миллионов мужчин и женщин в возрасте 15-49 лет заболевают ИППП, на земном шаре каждый шестой житель страдает какой-либо болезнью, передаваемой половым путем.

В последние годы в странах СНГ и Республике Беларусь отмечается тенденция к снижению темпов роста заболеваемости ИППП, что связано со значительными усилиями здравоохранения и всего общества в целом. Рискованное сексуальное поведение – это форма сексуального поведения человека, которая увеличивает риск заражения ИППП: ранее начало половой жизни, незнание как защитить себя от половых инфекций, частая смена и отсутствие постоянного сексуального партнера, случайные половые контакты, неиспользование презервативов и других методов защиты.

По итогам 2020 года зафиксировано снижение количества заболевших инфекциями, передаваемыми половым путем, что обусловлено повышением качества диагностики, функционированием кабинетов анонимного обследования, серологическим обследованием групп риска, доноров, беременных, пациентов, находящихся на стационарном лечении в учреждениях здравоохранения, внедрением международных принципов первичной профилактики ИППП.

**Контроль исходных знаний по теме
«Инфекции, передающиеся половым путем»**

2.1.1. Фронтальный опрос

№ п/п	Вопросы	Образцы ответов
1.	Назовите, какие выделяют формы гонореи	Свежая (длительность заболевания до 2 месяцев) Хроническая (длительность заболевания более 2 месяцев)
2.	Перечислите формы гонореи по степени распространения	Нижнего отдела мочеполовых органов (уретра, вульва, влагалище, шейка матки) Верхнего отдела мочеполовых органов (матка, маточные трубы, яичники)
3.	Назовите формы генитального трихомониаза	Свежая Хроническая Трихомонадоносительство
4.	Перечислите классификацию микоплазмы в зависимости от локализации воспалительного процесса	Наружных женских половых органов Внутренних женских половых органов
5.	Назовите, как может протекать хламидиоз	Острое Затяжное Скрытое Носители хламидийной инфекции Хроническое
6.	Перечислите возможные осложнения хламидийной инфекции у женщин	Спайки в малом тазу Иммунные нарушения Бесплодие Эктопическая беременность Хроническая тазовая боль
7.	Перечислите пути заражения сифилисом	Половой Гематогенный Контактный Вертикальный
8.	Вспомните по автору название гинекологических зеркал для осмотра шейки матки и влагалища	Ложкообразное Симпса Створчатое Куско

2.1.2. Графологический диктант

Согласны ли Вы, что...

№ п/п	Вопрос	Ответ
1.	Возбудители ИППП могут передаваться при рукопожатии	нет
2.	Гонококковая инфекция избирательно поражает отделы мочеполовой системы, выстланные цилиндрическим эпителием	да
3.	Беременные женщины могут передавать возбудителя ИППП своему еще не родившемуся ребенку	да
4.	Лечение при трихомониазе проводится только при трихомонадоносительстве	нет
5.	Микоплазменную инфекцию следует рассматривать как одну из частых причин	да

	женского и мужского бесплодия, невынашивания беременности	
6.	Цель бактериологического исследования биологического материала – выявление онкоклеток	нет
7.	Инкубационный период при гонорее составляет 35 дней	нет
8.	При хронической гонорее применяют различные методы провокации	да
9.	Наиболее частая локализация воспалительного процесса хламидиоза у девочек является мочеиспускательный канал и прямая кишка	да
10.	У многих женщин гонорея протекает с множеством симптомов	нет
11.	Риск заражения ИППП возрастает, если у вас много сексуальных партнеров	да
12.	Местные признаки воспалительного процесса при трихомониазе в основном выявляются при кольпоскопии	да
13.	Можно правильно поставить диагноз ИППП по внешним проявлениям болезни без лабораторного обнаружения возбудителя	нет
14.	Для лабораторной диагностики гонорее используют бактериоскопический, бактериологические методы	да
15.	Лечение ИППП возможно только при госпитализации	нет
16.	Истинного иммунитета при гонорее нет	да
17.	В медицинских учреждениях существует возможность анонимного обследования на ИППП	да
18.	Сифилис – это заболевание с преимущественно половым путем передачи инфекции, вызывается микроорганизмом под названием бледная трихомонадой	нет
19.	При обнаружении первых признаков сифилиса, то есть с образованием твердого шанкра и увеличения в размере лимфатических узлов, пациенту стоит как можно скорее обратиться к терапевту	нет
20.	Презерватив – на данный момент единственный контрацептив, который защищает от ИППП	да

Графический образец ответа

«Да» () - учащийся согласен с высказыванием

«Нет» () - учащийся не согласен с высказыванием

Шкала оценки графдиктанта

Итого 20 СОТ

20 СОТ – 6 баллов

19-17 СОТ – 5 баллов

16-10 СОТ – 4 балла

9- 7 СОТ – 3 балла

6-4 СОТ – 2 балла

3-1 СОТ – 1 балл

0 СОТ – 0 баллов

2.1.3. Устный опрос

Вопросы	Образцы ответов
1. Дайте определение сифилиса, охарактеризуйте его клинические формы, методы диагностики, лечения и профилактики	<p>Сифилис – это болезнь с преимущественно половым путем передачи инфекции, вызывается микроорганизмом под названием бледная трепонема (<i>Treponema pallidum</i>). Для него характерно мультиорганное поражение кожи и слизистых оболочек, некоторых систем органов, нервной ткани и костно-мышечного аппарата. Сифилис относится к разряду социально значимых болезней.</p> <p>Симптомы и пути инфицирования</p> <p>Сифилис, как и многие ИППП, может протекать ярко с характерными клиническими признаками, так и скрыто, или в</p>

латентной форме. Согласно Международной Классификации Болезней сифилитическая инфекция бывает следующих видов:

врожденный (подразделяется на ранний сифилис и поздний нейросифилис);

ранний (с поражением половых органов, анальной области, кожи и слизистых оболочек и других локализаций);

поздний (с поражением кардиоваскулярной системы, нейросифилис с симптомами или без них, скрытый);

остальные неуточненные формы.

- Самый распространенный путь заражения бледной трепонемой – это половой путь. При этом проникновение микроорганизма возможно через пораненный эпидермис кожи или поврежденные слизистые. Для врожденного сифилиса единственным путем служит вертикальная передача трепонемы от матери к плоду во время беременности через плаценту. Дети могут заразиться через грудное молоко больной матери. Описан трансфузионный путь инфицирования сифилисом при процедуре переливания крови от инфицированного донора. Редким способом заражения служит контактно – бытовой путь, при этом трепонема передается через контакт здорового человека с высыпаниями на коже инфицированного человека. Профессиональный путь инфицирования возможен у врачей хирургических специальностей, у сотрудников лабораторий.
- При «классическом» развитии заболевание проходит определенные стадии, они последовательно сменяют друг друга. Каждая стадия характеризуется развитием и усугублением инфекционного процесса.

Итак, выделяют четыре стадии сифилиса:

Инкубационный период: стартует с момента попадания возбудителя сифилиса в организм здорового человека и завершается формированием первичного очага поражения или аффекта. Длительность этого этапа болезни в среднем составляет от 2 недель до 2 месяцев. Скрытый период может сокращаться при внедрении микроорганизма через несколько входных ворот для инфекции или при реинфицировании. Удлинение инкубационного периода характерно при применении антибиотиков по поводу сопутствующих заболеваний.

Первичный период: характеризуется появлением симптомов сифилиса и образованием первичного аффекта – язвы или эрозии от 2 мм до 2 см и более в диаметре. Эти изъязвления носят название шанкр. Типичные аффекты выглядят в виде округлых участков эрозии с ровными очертаниями, с гладким основанием розоватого или красного цвета. Часть шанкров бывает серо - желтого цвета и блюдцеобразной формы с минимальным количеством серозного отделяемого. Характерно полное отсутствие болезненности язв при надавливании. Появление шанкров сопровождается увеличением регионарных лимфатических узлов.

Вторичный период: развивается, когда бледная трепонема с

током крови разносится по всему организму и поражает органы - мишени. На данной стадии сифилис проявляет себя в виде высыпаний на коже. Отмечаются многообразные симптомы сифилиса: розеолы или пятна, папулы или узелки, пустулы или гнойнички, везикулы или пузырьки на поверхности тела. Очень характерно выпадение волос – алопеция, полиаденит – воспаление групп лимфоузлов, лейкодерма – нарушение правильной пигментации кожи.

Третичный период: следует непосредственно за вторичным периодом. В большинстве клинических случаев между ними все же есть скрытая фаза болезни, которая может длиться вплоть до нескольких лет. На этом этапе есть признаки сифилиса – кожные проявления в виде бугоркового или гуммозного сифилидов, поражается нервная и костно-мышечная системы, некоторые внутренние органы. Нейросифилис чаще всего протекает в виде сифилитического менингита, увеита, ишемического инсульта, в тяжелых случаях наблюдается прогрессирующий паралич и атрофия зрительного нерва. В заболевание чаще всего вовлекаются сердце, печень, желудок и почки. Со стороны опорно-двигательной системы сифилис проявляет себя болями по ходу длинных трубчатых костей ночью и артритами. С усугублением сифилиса происходит деформация костей и суставов.

Диагностика

При обнаружении первых признаков сифилиса, то есть с образованием твердого шанкра и увеличения в размере лимфатических узлов, пациенту стоит как можно скорее обратиться к дерматовенерологу. Врач назначит такому пациенту ряд лабораторных тестов для подтверждения сифилиса.

Сегодня в диагностике сифилиса активно используются две группы методов: прямые и непрямые. Первые направлены на выделение собственно бледной трепонемы из очагов поражения. К непрямым методам принадлежат тесты на определение наличия или отсутствия антител к возбудителю сифилиса в крови или спинномозговой жидкости.

Выбор в пользу того или иного диагностического способа врач делает на основании предполагаемой стадии заболевания по клинической картине и по данным анамнеза заболевания пациента. Другим фактором, влияющим на выбор метода серологической диагностики сифилиса, является цель исследования:

для массового скрининга населения и выявления больных с активными формами сифилиса;

для проверки на сифилис в особых группах населения (беременные, доноры крови, пациенты специализированных стационаров, ВИЧ-положительные люди);

для контроля результативности проведенного лечения;

для обследования людей, состоявших в контакте с заболевшими;

для выявления поздних или скрытых форм сифилиса.

Принимая во внимание обширное и разнообразное поле лабораторных исследований на выявление сифилиса, правильно

	<p>трактовать полученные результаты может только врач - дерматовенеролог.</p> <p>Консультации врачей смежных специальностей необходимы при осложнениях соответствующей локализации:</p> <p>офтальмолог, невролог и ЛОР - врач при подозрении на развитие врожденного сифилиса;</p> <p>офтальмолог и невролог для взрослых больных;</p> <p>остальные специалисты (кардиолог, травматолог, гастроэнтеролог) при наличии конкретных специфических жалоб.</p> <p>Лечение</p> <p>После установления диагноза сифилитической инфекции врач проводит выбор препарата и прописывает схему приема антибиотиков. Главная задача терапии состоит в полном уничтожении бледной трепонемы в организме.</p> <p>Всем людям, находившимся в бытовом контакте с заболевшим сифилисом, назначается превентивное лечение для предупреждения болезни только, если с момента контакта прошло менее 2 месяцев.</p> <p>В ряде случаев возникают показания к стационарному лечению больного сифилисом, например, при вовлечении в болезнь внутренних органов, при развитии нейросифилиса, при осложненном течении заболевания, а также все беременные и дети, независимо от формы болезни.</p> <p>Из антибактериальных препаратов, показавших свою эффективность при сифилисе, предпочтительно применение лекарств из группы пенициллина. При известной или выявленной аллергической реакции на антибиотики этого ряда используются медикаменты: цефтриаксон, доксициклин, эритромицин или оксациллин.</p> <p>По завершению специфического лечения всем пациентам обязательно назначается клинический и лабораторный контроль.</p> <p>Лечение сифилиса, как и остальных ИППП следует начать как можно скорее, чтобы не допустить развития необратимых последствий и инвалидизации пациента. Раннее обращение за медицинской помощью способствует предотвращению дальнейшего распространения возбудителя и препятствует заражению сифилисом здоровых лиц.</p>
<p>2. Дайте определение гонорея, охарактеризуйте его клинические формы, методы диагностики, лечения и профилактики</p>	<p>Гонорея (от греч. <i>gonos</i> семя и <i>rheo</i> – истечение) – инфекционное заболевание, вызываемое гонококком, с воспалением преимущественно слизистых оболочек мочеполовых органов.</p> <p>Этиология. Возбудитель болезни – <i>Neisseria gonorrhoeae</i> – грамотрицательный кокк.</p> <p>Патогенез. Основные места обитания гонококка – слизистые оболочки мочеполовых путей, прямой кишки, глотки. Входные ворота для возбудителя у мужчин – уретра, у женщин – эпителий преддверия влагалища, цервикального канала. Инкубационный период составляет в среднем 3-10 дней. Попав на слизистую оболочку, гонококки с помощью пилей прикрепляются к эпителию, что не только препятствует их элиминации и способствует колонизации, но и затрудняет фагоцитоз.</p> <p>Эпидемиология. <i>N. gonorrhoeae</i> передается преимущественно половым путем, источником является больной человек.</p> <p>Классификация. Клиническая классификация гонореи учитывает длительность болезни, клиническую картину и</p>

локализацию воспалительного процесса. По длительности заболевания выделяют гонорею свежую (до 2 месяцев) и хроническую (2 месяца и более). По клиническому течению свежую гонорею делят на острую, подострую и торпидную. Хроническая гонорея чаще имеет торпидное течение с периодами обострения. По локализации различают гонорею, не осложненную поражением нижних отделов мочеполового тракта, и осложненную. Выделяют также экстрагенитальную гонорею с заболеванием глаз, гортани, прямой кишки и др.

Клинические проявления. У женщин по анатомической локализации различают гонорею нижних отделов мочеполового тракта (уретрит, цервицит, бартолинит) и верхних отделов (выше внутреннего зева), или восходящую гонорею (эндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит).

Уретрит характеризуется режками, особенно выраженными в начале мочеиспускания. При осмотре определяются гиперемия, отечность наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизисто-гнойные выделения, усиливающиеся при массировании уретры. При хроническом гонорейном уретрите пальпируется плотная уретра в виде тяжа. При распространении воспалительного процесса возникают симптомы цистита, характеризующиеся дизурическими расстройствами.

Гонорейный вульвит, или *вагинит*, встречается у детей или в постменопаузе. У женщин в постменопаузе на атрофичной слизистой оболочке влагалища видны изъязвления, может присоединиться вторичная бактериальная инфекция.

Бартолинит – воспаление больших желез преддверия влагалища – чаще всего начинается с воспаления устья выводного протока: наблюдаются его гиперемия, болезненность при пальпации. При нарушении оттока секрета железы образуется псевдоабсцесс; если воспаление распространяется на ткань железы, может развиваться истинный абсцесс.

Цервицит – наиболее распространенное проявление гонореи. Появляются гнойные бели из влагалища, при осмотре при помощи гинекологических зеркал обнаруживают гнойное отделяемое из цервикального канала; слизистая оболочка шейки матки гиперемирована, больше в области наружного зева.

Восходящее распространение гонореи часто связано с провоцирующими факторами – менструацией, использованием внутриматочных контрацептивов. Симптомы и данные объективного обследования при гонорейном эндометрите, сальпингоофорите подобны банальному бактериальному воспалению. Для острого гонорейного сальпингоофорита характерно двустороннее воспаление с симптомами раздражения брюшины малого таза без выраженных признаков общей интоксикации с исходом в развитие пиосальпинкса или пиовара, пельвиоперитонита. Гнойное воспаление в верхних отделах половых путей может сопровождаться повышением температуры тела до 39 °С, рвотой, ознобом, жидким стулом. Хроническое течение эндометрита, сальпингоофорита осложняется спаечным процессом в малом тазу, нарушением транспортной функции маточных труб, что в последующем может стать причиной бесплодия, эктопической беременности.

Диагностика. При опросе пациентки может быть установлен факт гонореи у полового партнера; имеют место жалобы, характерные для воспаления половых путей; выявляются провоцирующие факторы острого начала болезни – например, менструация, перемена полового партнера, незащищенный половой акт. Верификация диагноза основана на идентификации *N. gonorrhoeae* лабораторными методами.

Для лабораторной диагностики гонореи используют бактериоскопический, бактериологический методы, которые вместе

	<p>дают высокую диагностическую точность. При необходимости можно использовать ПЦР. Материалом для исследования является отделяемое из очагов воспаления – уретры, цервикального канала, свода влагалища, а также смывы из прямой кишки.</p> <p>При бактериоскопическом исследовании окраска препаратов метиленовым синим выявляет бобовидную форму гонококка, а окраска по Граму показывает отличие от других диплококков. Критерием индикации <i>N. gonorrhoeae</i> является грамтрицательная окраска диплококков, располагающихся преимущественно внутрилейкоцитарно (незавершенный фагоцитоз). Однако при специфичности бактериоскопии 95-99% чувствительность метода составляет около 40%.</p> <p>Гонококки хорошо растут на влажных обогащенных питательных средах, содержащих белки крови. Эндотоксин, белки клеточной стенки гонококка обладают сильными иммуногенными свойствами, но антигенная структура гонококков неоднородна, изменяется у дочерних популяций, поэтому иммунодиагностика гонореи не применяется.</p> <p>При выявлении <i>N. gonorrhoeae</i> следует учесть, что треть случаев гонореи сочетаются с хламидийной инфекцией.</p> <p>Лечение. Неосложненные формы гонореи нижних отделов мочеполовых путей лечат в кожно-венерологическом диспансере. Лечение подлежат все половые партнеры при обнаружении хотя бы у одного из них гонококков бактериоскопическим или бактериологическим методом. С целью эрадикации <i>N. gonorrhoeae</i> назначают антибактериальные лекарственные средства: цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 0,25 г в/м однократно), фторхинолоны (ципрофлоксацин 0,5 г внутрь однократно), макролиды (азитромицин 1,0 г внутрь однократно).</p> <p>Восходящую или осложненную гонореею лечат в стационаре, так как наряду с антибактериальной терапией в зависимости от клиники болезни требуется парентеральное введение лекарственных средств для дезинтоксикации, хирургическое лечение (вскрытие и дренирование абсцессов). Антибиотики назначают курсом в течение 10-14 дней: цефтриаксон 1,0 г внутривенно или внутримышечно каждые 24 часа; цефотаксим 1,0 г внутривенно каждые 8 часов; ципрофлоксацин 0,4 г внутривенно каждые 12 часов.</p> <p>При сочетанной гонорейной и хламидийной инфекции назначают фторхинолоны, макролиды.</p> <p>К незащищенным пенициллинам, тетрациклинам <i>N. gonorrhoeae</i> приобрели резистентность.</p> <p>Критерии излеченности: клиническое выздоровление и отсутствие <i>A. gonorrhoeae</i> при лабораторном исследовании трижды.</p>
<p>3. Дайте определение трихомониаз, охарактеризуйте его клинические формы, методы диагностики, лечения и профилактики</p>	<p>Урогенитальный трихомоноз – воспалительное заболевание половых и мочевыводящих органов, вызванных <i>Trichomonas vaginalis</i>.</p> <p>Этиология. <i>T. vaginalis</i> относится к одноклеточным жгутиконосным патогенным простейшим рода <i>Trichomonas</i>.</p> <p>Патогенез. <i>T. vaginalis</i> распространяется половым путем. При попадании на слизистую оболочку влагалища трихомонада вызывает местную воспалительную реакцию. Ее размножение часто сочетается с нарушением микробиоценоза влагалища при колонизации слизистой оболочки анаэробными бактериями, повышением рН до 5,5-6,0.</p> <p>Эпидемиология. Человек – единственный «хозяин» <i>T. vaginalis</i>. Трихомоноз распространен среди женщин и мужчин, имеющих незащищенные половые контакты и может достигать 25%.</p> <p>Клиника. Жалобы пациенток на обильные, часто с неприятным запахом выделения из влагалища, зуд наружных половых органов, дизурические расстройства. При осмотре наружных половых органов можно обнаружить гиперемию, следы расчесов. При осмотре с</p>

	<p>помощью влагалищных зеркал: слизистая оболочка гиперемирована, отделяемое обильное, серого оттенка с резким запахом. Вторично может возникать воспаление шейки матки, большой железы преддверия влагалища, уретры. При восходящей инфекции появляются симптомы сальпингоофорита, возможно развитие пиелонефрита.</p> <p>Диагностика. По клиническим симптомам и результатам гинекологического осмотра диагностируют вагинит. Установить его этиологию можно лишь на основании лабораторных исследований. Материал для исследования — отделяемое из влагалища, уретры. Для лабораторной диагностики применяют бактериоскопический, бактериологический методы. Выполняют микроскопию нативного материала или фиксированного окрашенного мазка. В нативном материале можно видеть движения живых трихомонад. В мазке, окрашенном по Граму, можно дополнительно обнаружить гонококки. Посев материала на питательную среду ценен при наличии атипичной морфологии трихомонад, а также для контроля излеченности.*</p> <p>Лечение. Против <i>I vaginalis</i> эффективны производные нитроимидазола, из них наиболее часто применяют метронидазол. Назначают лекарственные средства системного действия, а также местно суппозитории и другие формы, содержащие метронидазол. При назначении antimicrobных средств следует учитывать наличие сопутствующих условно-патогенных и патогенных микроорганизмов.</p>
<p>4. Дайте определение хламидиоза, охарактеризуйте его клинические формы, методы диагностики, лечения и профилактики</p>	<p>Генитальная хламидийная инфекция – воспалительное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем.</p> <p>Этиология и патогенез. Возбудитель болезни – <i>Chlamydia trachomatis</i>. Хламидии – бактерии, развивающиеся только внутри живых клеток и относящиеся к роду <i>Chlamydia</i> семейства <i>Chlamydiaceae</i>, который включает виды <i>C. trachomatis</i>, <i>C. psittaci</i>, <i>C. pneumonia</i>, <i>C. pecorum</i>.</p> <p><i>C. trachomatis</i> передается преимущественно половым путем, развивается только внутри живых клеток, поражает клетки цилиндрического эпителия цервикального канала, эпителий маточных труб.</p> <p>Клинические проявления. Характерных симптомов заболевания нет, часто течение бессимптомное. Поводами для обращения к врачу могут быть патологические выделения из половых путей, хронические тазовые боли, бесплодие, осложнения беременности.</p> <p>Наиболее частая локализация воспаления, вызванного <i>C. trachomatis</i>, – шейка матки и маточные трубы. Симптомы хламидийного цервицита – слизисто-гнойные или обильные слизистые выделения, в связи с чем пациентка может предъявлять жалобы на зуд наружных половых органов. Осмотр показывает отечность слизистой оболочки шейки матки, гиперемию, часто локализирующуюся вокруг наружного отверстия цервикального канала, возможно наличие псевдоэрозии. При хламидийном воспалении нижних отделов половых путей и уретры могут возникать жалобы на дизурические расстройства. Хламидийные кольпиты у женщин репродуктивного возраста развиваются редко, так как <i>C. trachomatis</i> поражает цилиндрический эпителий, а не многослойный плоский. Возможны хламидийные кольпиты у девочек, у женщин в постменопаузе.</p> <p>Сальпингит, вызванный <i>C. trachomatis</i>, клинически протекает стерто; при этом развивается слипчивый процесс в маточных трубах с нарушением их транспортной функции. Хронический длительно протекающий сальпингоофорит становится причиной возникновения</p>

	<p>спаек в малом тазу, может сопровождаться нарушением менструальной функции.</p> <p>Осложнения хламидийной инфекции у женщин обусловлены образованием спаек в малом тазу, иммунными нарушениями и проявляются трубно-перитонеальным бесплодием, эктопической беременностью, хронической тазовой болью. Интраабдоминальное распространение хламидий вызывает перигепатит. Сопутствующий урогенитальной хламидийной инфекции артрит с поражением преимущественно крупных суставов нижних конечностей объясняют аутоиммунными реакциями.</p> <p>У детей <i>C. trachomatis</i> вызывают вульвит, вульвовагинит. Возможны семейные случаи болезни, когда дети инфицируются от взрослых членов семьи. При этом следует с соблюдением этических и юридических норм рассмотреть все возможные способы инфицирования ребенка.</p> <p>С наступлением беременности при хламидийной инфекции высокий риск самопроизвольного выкидыша, преждевременных родов, преждевременного разрыва амниотических оболочек с развитием хориоамнионита.</p> <p>Диагностика. Диагноз генитальной хламидийной инфекции ставят только на основании результатов лабораторных исследований при выявлении индикаторов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • специфических антител, циркулирующих в крови, к <i>C.trachomatis</i>; • антигенов <i>C trachomatis</i> в клетках из мест локализации микроорганизма; • ДНК <i>C. trachomatis</i> в клетках из мест локализации микроорганизма. <p>Материал и методы лабораторного исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сыворотка крови для выявления антител к <i>C. trachomatis</i> методом иммуно-ферментного анализа (ИФА); • соскоб цилиндрического эпителия цервикального канала для: <ul style="list-style-type: none"> - индикации антигена методом ИФА; - индикации ДНК молекулярно-генетическим методом (ПЦР); - посева на культуру клеток (культура McCoу) для выделения микроорганизма (культуральный метод); • лабораторный контроль излеченности трижды: первый через 3-4 недели после окончания лечения, затем через каждый месяц. <p>Лечение. По отношению к <i>C. trachomatis</i> эффективны антибиотики группы тетрациклина, фторхинолоны, макролиды. Учитывая длительное хроническое течение хламидийной инфекции, в лечении используют иммуномодулирующие лекарственные средства, которые способствуют эрадикации возбудителя из организма – например, индуктор эндогенного интерферона (циклоферон).</p> <p>Беременным разрешены к применению макролиды (эритромицин, спирамицин, джозамицин).</p>
<p>5. Дайте определение мико- и уреоплазмоза, охарактеризуйте его клинические формы, методы диагностики, лечения и</p>	<p>Этиология. Микоплазмы – грамотрицательные микроорганизмы, занимающие промежуточное положение между вирусами и бактериями, отличающиеся от бактерий очень мелким размером и отсутствием клеточной стенки, окруженные лишь тонкой мембраной.</p> <p>Патогенез. Источник микоплазм – инфицированный человек, часто бессимптомный носитель. Заражение происходит</p>

<p>профилактики</p>	<p>преимущественно половым путем. Возможен вертикальный механизм распространения микоплазм от матери к плоду в антенатальном или интранатальном периоде. Урогенитальный микоплазмоз связывают с патогенным действием <i>M genitalium</i> и <i>U. urealyticum</i> (уреаплазмоз).</p> <p>Клинические проявления. При развитии воспаления появляются клинические симптомы, спектр и интенсивность которых зависят от локализации воспаления и сопутствующей микрофлоры (бактериальной, вирусной, хламидийной, грибковой и др.). Патогномоничных симптомов, характерных для микоплазменной инфекции, нет. Симптомы соответствуют клинической картине вагинита, уретрита, бартолинита, цервицита, эндометрита, сальпингоофорита. Микоплазмы обладают видоспецифическими антигенами. В связи с этим возможна диагностика, основанная на определении антигена микоплазм в отделяемом из цервикального канала и уретры или специфических антител IgA цистита, пиелонефрита. Пациентка может предъявлять жалобы на обильные слизистые вагинальные выделения, зуд наружных половых органов.</p> <p>Диагностика основана на лабораторных исследованиях, из которых наиболее значимы бактериологический и молекулярно-генетический. Преимуществами культурального метода исследования являются верификация видовой и родовой принадлежности микроорганизмов, определение чувствительности к антибиотикам. Диагностическое значение имеет концентрация микоплазм более 10^4 КОЕ/мл.</p> <p>IgM, IgG в периферической крови с применением иммуноферментного анализа (ИФА). Высокочувствительным и специфичным методом диагностики микоплазмоза является молекулярно-генетический метод (ПЦР), основанный на идентификации ДНК микоплазм в отделяемом из половых путей и уретры, в моче.</p> <p>Лечение. Учитывая, что многие микоплазмы являются комменсалами (живущими в тесной взаимосвязи с другими, отличающимися от него организмами, не причиняя им при этом ни вреда, ни пользы) в малой степени колонизации (10^3 КОЕ/мл и меньше), они не имеют этиологического значения в воспалении.</p> <p>Антибиотики назначают внутрь в течение 10-14 дней. Микоплазмы чувствительны к антибиотикам тетрациклинового ряда (доксицилин 0,1 г 2 раза в сутки), макролидам (азитромицин 500 мг в первые сутки, затем 250 мг/сут., всего 3,0 г на курс; джозамицин 500 мг 2 раза в сутки; спирамицин 3 млн МЕ 3 раза в сутки; эритромицин 500 мг 4 раза в сутки), фторхинолонам (офлоксацин 200 мг 2 раза в сутки; цiproфлоксацин 500 мг 2 раза в сутки; пефлоксацин 400 мг 2 раза в сутки).</p> <p>Микоплазмы часто находятся в ассоциации с трихомонадами, хламидиями, кандидами, неспорообразующими анаэробами, поэтому при выборе антимикробных средств следует назначать лекарства, эффективные одновременно против нескольких микроорганизмов.</p> <p>Контроль излеченности проводят через 2 недели после окончания приема антибиотиков по результатам бактериологического или молекулярно-генетического исследования.</p>
----------------------------	---

Вывод.

Инфекции, передающиеся половым путем – это отдельная группа заболеваний, основным способом заражения которыми является половой контакт. Признаки инфекций, передаваемых половым путем, весьма разнообразны: дискомфорт при мочеиспускании; необычные выделения из мочеполювых органов и высыпания в этой области; боли внизу живота и пояснице; сыпь на теле, ладонях, подошвах, увеличение; лимфатических узлов.

2. Основной этап

2.1. Демонстрация практических навыков преподавателем

2.2. Самостоятельная отработка учащимися практических навыков

Практический навык № 1

«Техника двуручного влагалищно-брюшностеночного исследования»

Данное исследование является основным методом распознавания заболеваний матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки.

Показания: 1) профилактический осмотр; 2) обследование гинекологических пациенток.

Оснащение: 1) гинекологическое кресло; 2) нестерильные перчатки; 3) защитные перчатки; 4) стерильные марлевые салфетки; 5) одноразовая пеленка;

6) медицинская карта амбулаторного (стационарного) пациента; 7) антисептик для рук; 8) раствор хлоргексидина биглюконата 0,5 мг/мл; 9) салфетки одноразовые для обработки поверхностей МИ.

Подготовительный этап выполнения манипуляции:

1. Поздороваться с пациентом, представиться. Уточнить фамилию, имя и отчество пациента, сверить с медицинской картой амбулаторного пациента.

2. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции, получить устное согласие на ее выполнение

3. Предложить пациентке опорожнить мочевого пузыря.

3. Застелить кресло индивидуальной пеленкой или одноразовой пеленкой.

4. Уложить на гинекологическое кресло в положение на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены.

5. Произвести туалет наружных половых органов: обработать руки в соответствии с НПА, надеть перчатки не стерильные. Вскрыть упаковку с салфетками марлевыми. Открыть флакон с раствором хлоргексидина биглюконата. Взять в левую руку флакон с раствором хлоргексидина биглюконата, слить в лоток 1-2 мл раствора. Взять правой рукой салфетку из упаковки, полить на нее раствором хлоргексидина биглюконата по слитому краю флакона над лотком. Поставить флакон на столик манипуляционный. Закрыть левой рукой крышку флакона с раствором хлоргексидина биглюконата. Обработать лобок и большие половые губы салфеткой. Поместить салфетку в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ». Второй салфеткой обработать область вульвы и влагалища. Поместить салфетку в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ». Снять перчатки рабочей поверхностью внутрь, поместить в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ»

6. Вымыть руки, произвести гигиеническую антисептику рук и надеть нестерильные перчатки.

Основной этап выполнения манипуляции:

7.левой рукой раздвинуть большие и малые половые губы.

8. Второй и третий пальцы правой руки ввести во влагалище по задней стенке до сводов.

9. Выяснить состояние влагалища: объем, складчатость, растяжимость, наличие патологических процессов (опухоль, рубцы, сужения), состояния влагалищных сводов (уплощение, болезненность).

10. Выяснить состояние шейки матки: определить ее форму, консистенцию, подвижность, чувствительность при смещении.

11. Для бимануальной пальпации тела матки кисть руки, введенной во влагалище, повернуть на 90° таким образом, чтобы ладонь была обращена кверху, левую руку положить на низ живота, правую - в передний свод, при этом можно определить положение, форму матки, величину, консистенцию, подвижность, болезненность.

12. Чтобы определить состояние придатков матки, пальцы наружной и внутренней руки переводят от углов матки к боковым поверхностям таза (исследуются яичники и маточные трубы, величина, форма, болезненность, подвижность). В норме придатки не пальпируются.

13. Пропальпировать с помощью внутренней руки внутреннюю поверхность таза (седалищные ости, крестцовую впадину, наличие экзостозов).

14. Извлекая правую руку из влагалища, внимательно ее осмотреть на наличие выделений, их характер.

Заключительный этап:

15. Снять не стерильные перчатки, поместить в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ».

16. Обработать руки согласно НПА.

16. Полученные данные записать в медицинскую документацию.

17. Надеть защитные перчатки, убрать пеленку, поместить в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ».

18. Произвести дезинфекцию гинекологического кресла.

Практический навык № 2

«Осмотр шейки матки при помощи гинекологических зеркал»

Данный метод исследования позволяет определить форму шейки матки, форму наружного зева, заболевания шейки матки и влагалища (воспаления, эрозия, полип, рак), оценить характер выделений, осмотреть стенки влагалища.

Показания: 1) обследование гинекологических пациенток; 2) проведение профилактического осмотра.

Оснащение: 1) гинекологическое кресло; 2) нестерильные перчатки; 3) защитные перчатки; 4) стерильные зеркала ложкообразное Симса и створчатые Куско; 4) одноразовая пеленка; 5) стерильный корнцанг; 6) стерильные марлевые салфетки; 8) медицинская карта амбулаторного (стационарного) пациента; 9) салфетки одноразовые для обработки поверхностей МИ; 10) антисептик для рук.

Подготовительный этап выполнения манипуляции:

1. Поздороваться с пациентом, представиться. Уточнить фамилию, имя и отчество пациента, сверить с медицинской картой амбулаторного пациента.

2. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции, получить устное согласие на ее выполнение.

3. Предложить пациентке опорожнить мочевого пузыря.

4. Уложить пациентку на гинекологическое кресло, попросить принять следующее положение: ягодицы должны находиться на краю кресла, поясница – прижата к поверхности кресла, ноги – поставлены в кольца, разведены шире уровня плеч, согнуты в коленных и тазобедренных суставах, руки лежат вдоль тела или на груди.

5. Вымыть руки, произвести гигиеническую антисептику рук и надеть нестерильные перчатки.

Основной этап выполнения манипуляции.

6. Вскрыть стерилизационную упаковку и извлечь зеркало.

7. Большим и указательным пальцем левой руки развести большие и малые половые губы.

8. В правую руку взять створчатое зеркало Куско и ввести его во влагалище в сомкнутом виде боком по задней стенке влагалища на половину длины, затем повернуть на 90⁰ так, чтобы одна створка была спереди, другая сзади, рукоятка обращена вниз.

9. Сжимая рукоятку инструмента, развести створки зеркала. Вывести шейку матки в зеркалах (визуализируются передняя и задняя губы шейки матки, наружный зев), фиксировать зеркало замком.

10. Взять корнцангом стерильную марлевую салфетку, протереть шейку (удалить влагалищные выделения, цервикальную слизь). Поместить салфетку в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ». Корнцанг поместить в контейнер «Дезинфекция МИ».

11. Осмотреть шейку матки, определить форму шейки, состояние наружного зева, положение, величину, окраску слизистой оболочки, наличие патологических процессов. Стенки

влагалища осматривают при извлечении зеркал. После завершения осмотра шейки матки ослабить замок зеркала и прикрыть створки, не смыкая их полностью.

12. При удалении зеркала его также следует повернуть на 90°, чтобы плоскость стыка ложек позволила его извлечь в горизонтальном положении. По мере его извлечения осматривают стенки влагалища, оценивая характер складчатости, цвет и состояние слизистой оболочки, характер выделений. Зеркало Куско поместить в контейнер «Дезинфекция МИ».

13. Ложкообразное зеркало Симса сначала ввести ребром по задней стенке влагалища, а затем, в глубине влагалища, повернуть поперек на 90°, оттесняя кзади заднюю стенку влагалища по направлению к крестцу. Параллельно ему вводят переднее зеркало, которым приподнимают переднюю стенку влагалища. Развести зеркала и осмотреть шейку матки. После осмотра зеркало Симса поместить в контейнер «Дезинфекция МИ».

Заключительный этап:

14. Снять нестерильные перчатки, поместить в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ».

15. Обработать руки согласно НПА.

16. Полученные данные записать в медицинскую документацию.

17. Надеть защитные перчатки, убрать пеленку, поместить в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ».

18. Произвести дезинфекцию гинекологического кресла.

Практический навык № 3

«Забор содержимого из цервикального канала и влагалища для бактериологического исследования»

Цель: выявить возбудителя инфекции, определить его чувствительности к антибиотикам.

Оснащение: 1) гинекологическое кресло; 2) одноразовая пеленка; 3) две стерильные упаковки с транспортной средой для бактериологического исследования; 4) стерильное створчатое зеркало Куско или ложкаобразное зеркало Симса; 5) стерильный корнцанг или пинцет; 6) перчатки нестерильные; 6) защитные перчатки; 7) стерильные марлевые салфетки; 8) антисептик для рук; 9) салфетки одноразовые для обработки поверхностей МИ.

Подготовительный этап:

1. Поздороваться с пациентом, представиться. Уточнить фамилию, имя и отчество пациента, сверить с медицинской картой амбулаторного пациента.

2. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции, получить устное согласие на ее выполнение.

3. Застелить кресло индивидуальной пеленкой или одноразовой пеленкой.

4. Уложить на гинекологическое кресло в положение на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены.

5. Убедиться в целостности и сроке годности стерильного пакета с пробиркой для бактериологического исследования.

6. Вымыть руки, произвести гигиеническую антисептику рук и надеть не стерильные перчатки.

Основной этап выполнения манипуляции:

7. Ввести во влагалище створчатое зеркало Куско и обнажить шейку матки и задний свод влагалища. Взять корнцангом стерильную марлевую салфетку и удалить избыток слизи и обильных выделений с шейки матки и стенок влагалища. Поместить салфетку в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ». Корнцанг поместить в контейнер «Дезинфекция МИ».

8. Для забора материала из цервикального канала вскрыть стерильный пакет с тампоном и пробиркой с транспортной средой. Закрепить тампон в пробке от пробирки.

9. Ввести стерильный тампон в цервикальный канал на 1,5-2 см и взять материал для исследования. Поместить тампон с полученным материалом в пробирку с транспортной средой и плотно закрыть пробку.

10. Для получения материала из влагалища вскрыть второй стерильный пакет с тампоном и пробиркой с транспортной средой. Закрепить тампон в пробке от пробирки.

11. Ввести стерильный тампон второй пробирки в задний свод влагалища и взять материал для посева, проведя тампоном по поверхности слизистой. Поместить тампон с полученным материалом в пробирку с транспортной средой и плотно закрыть пробку.

12. Извлечь створчатое зеркало Куско, поместить в контейнер «Дезинфекция МИ».

Заключительный этап:

13. Снять нестерильные перчатки, поместить в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ».

14. Обработать руки согласно НПА.

15. Заполнить этикетку на пробирке. Поместить пробирку в термостат или немедленно доставить в лабораторию в специальном контейнере.

16. Надеть защитные перчатки, убрать пленку, поместить в контейнер «Физиологический метод. Перевязочный материал. СИЗ»

17. Произвести дезинфекцию гинекологического кресла.

Практический навык № 4

«Забор содержимого из цервикального канала и влагалища для бактериологического исследования»

Цель: выявить возбудителя инфекции, определить его чувствительности к антибиотикам.

Оснащение: 1) гинекологическое кресло; 2) одноразовая пленка; 3) две стерильные упаковки с транспортной средой для бактериологического исследования; 4) стерильное створчатое зеркало Куско или ложкообразное зеркало Симса; 5) стерильный корнцанг или пинцет; 6) перчатки нестерильные; 6) защитные перчатки; 7) стерильные марлевые салфетки; 8) антисептик для рук; 9) салфетки одноразовые для обработки поверхностей МИ.

Подготовительный этап:

1. Поздороваться с пациентом, представиться. Уточнить фамилию, имя и отчество пациента, сверить с медицинской картой амбулаторного пациента.

2. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции, получить устное согласие на ее выполнение.

3. Застелить кресло индивидуальной пленкой или одноразовой пленкой.

4. Уложить на гинекологическое кресло в положение на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены.

5. Убедиться в целостности и сроке годности стерильного пакета с пробиркой для бактериологического исследования.

6. Вымыть руки, произвести гигиеническую антисептику рук и надеть не стерильные перчатки.

Основной этап выполнения манипуляции:

7. Ввести во влагалище створчатое зеркало Куско и обнажить шейку матки и задний свод влагалища. Взять корнцангом стерильную марлевую салфетку и удалить избыток слизи и обильных выделений с шейки матки и стенок влагалища. Поместить салфетку в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ». Корнцанг поместить в контейнер «Дезинфекция МИ».

8. Для забора материала из цервикального канала вскрыть стерильный пакет с тампоном и пробиркой с транспортной средой. Закрепить тампон в пробке от пробирки.

9. Ввести стерильный тампон в цервикальный канал на 1,5-2 см и взять материал для исследования. Поместить тампон с полученным материалом в пробирку с транспортной средой и плотно закрыть пробку.

10. Для получения материала из влагалища вскрыть второй стерильный пакет с тампоном и пробиркой с транспортной средой. Закрепить тампон в пробке от пробирки.

11. Ввести стерильный тампон второй пробирки в задний свод влагалища и взять материал для посева, проведя тампоном по поверхности слизистой. Поместить тампон с полученным материалом в пробирку с транспортной средой и плотно закрыть пробку.

12. Извлечь створчатое зеркало Куско, поместить в контейнер «Дезинфекция МИ».

Заключительный этап:

13. Снять нестерильные перчатки, поместить в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ».

14. Обработать руки согласно НПА.

15. Заполнить этикетку на пробирке. Поместить пробирку в термостат или немедленно доставить в лабораторию в специальном контейнере.

16. Надеть защитные перчатки, убрать пеленку, поместить в контейнер «Физиологический метод. Перевязочный материал. СИЗ»

17. Произвести дезинфекцию гинекологического кресла.

Практический навык № 5

«Осмотр наружных половых органов»

В практической деятельности визуальный осмотр наружных половых органов является первым этапом диагностики таких патологических состояний, как врожденные аномалии женских половых органов (гермафродитизм, аплазия и агенезия влагалища, атрезия девственной плевы и др.), воспалительные заболевания (вульвит, уретрит, бартолинит, кондиломатоз вульвы и др.), неопластические (рак вульвы) и дистрофические (лейкоплакия вульвы, крауроз вульвы и др.) процессы.

Показания: 1) обследование гинекологических пациенток; 2) проведение профилактического осмотра.

Оснащение: 1) гинекологическое кресло или кушетка; 2) нестерильные перчатки; 3) защитные перчатки; 4) одноразовая пеленка; 5) медицинская карта амбулаторного (стационарного) пациента; 6) антисептик для рук; 7) раствор хлоргексидина биглюконата 0,5 мг/мл; 8) стерильные марлевые салфетки; 9) салфетки одноразовые для обработки поверхностей МИ.

Подготовительный этап выполнения манипуляции:

1. Поздороваться с пациентом, представиться. Уточнить фамилию, имя и отчество пациента, сверить с медицинской картой амбулаторного пациента.

2. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции, получить устное согласие на ее выполнение.

3. Застелить гинекологическое кресло или кушетку индивидуальной пеленкой или одноразовой пеленкой.

4. Уложить пациента на гинекологическое кресло или кушетку в положение на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены.

5. Произвести туалет наружных половых органов: обработать руки в соответствии с НПА. Надеть перчатки нестерильные. Вскрыть упаковку с салфетками марлевыми. Открыть флакон с раствором хлоргексидина биглюконата. Взять в левую руку флакон с раствором хлоргексидина биглюконата, слить в лоток 1-2 мл раствора. Взять правой рукой салфетку из упаковки, полить на нее раствором хлоргексидина биглюконата по слитому краю флакона над лотком. Поставить флакон на столик манипуляционный. Закрыть левой рукой крышку флакона с раствором хлоргексидина биглюконата. Обработать лобок и большие половые губы салфеткой. Поместить салфетку в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ». Второй салфеткой обработать область вульвы и влагалища. Поместить салфетку в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ». Снять перчатки рабочей поверхностью внутрь, поместить в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ».

6. Вымыть руки, произвести гигиеническую антисептику рук и надеть нестерильные перчатки.

Основной этап выполнения манипуляции:

7. Визуально оценивают степень и тип развития наружных половых органов, волосяного покрова.

8. Большие, малые половые губы разводятся вторым и первым пальцами левой руки, и осматривают наружные половые органы (вульву), слизистую оболочку входа во влагалище, наружное отверстие мочеиспускательного канала, выводные протоки больших желез преддверия, прилежащие непосредственно к наружным половым органам промежность и анус.

Заключительный этап:

9. Снять не стерильные перчатки, поместить в контейнер «Физический метод. Перевязочный материал. СИЗ».

10. Обработать руки согласно НПА.

11. Полученные данные записать в медицинскую документацию.

12. Надеть защитные перчатки, убрать пленку, поместить в контейнер «Физиологический метод. Перевязочный материал. СИЗ»

13. Произвести дезинфекцию гинекологического кресла.

3. Заключительный этап

3.1. Закрепление знаний по теме

«Инфекции, передающиеся половым путем».

Ситуационные задачи

Задача № 1

Пациентка 24 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5 °С, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция без особенностей. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности предохраняется календарным методом, беременностей не было. Заболела остро, на 7-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, пульс 96 в 1 минуту, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: уретра инфильтрирована, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной эрозией, из шеечного канала обильные слизисто-гнойные выделения. Матка не увеличена, болезненная при пальпации, придатки с обеих сторон утолщены, болезненны, своды глубокие.

ПРИ БАКТЕРИОСКОПИИ мазков из уретры и канала шейки матки обнаружены диплококки, располагающиеся вне- и внутриклеточно.

Вопрос 1. Поставьте предполагаемый диагноз.

Варианты ответа:

А. Свежая острая гонорея нижнего отдела мочеполовых органов.

Б. Свежая острая восходящая гонорея.

В. Подострая восходящая гонорея.

Г. Хроническая гонорея нижнего отдела мочеполовых органов.

Д. Торпидная гонорея.

Вопрос 2. Укажите тактику врача женской консультации.

- А. Назначить амбулаторно курс антибактериальной терапии.
- Б. Направить пациентку в кожно-венерологический диспансер для углубленного обследования и лечения.
- В. Госпитализировать пациентку в гинекологический стационар для обследования и лечения.
- Г. Рекомендовать плановую госпитализацию в гинекологический стационар после получения результатов лабораторного обследования (общий анализ крови, мочи, постановка реакции Вассермана, исследование крови на наличие антител к ВИЧ), консультации венеролога, уролога.
- Д. Госпитализация в кожно-венерологическую клинику.

Вопрос 3. Выберите критерии излеченности гонореи?

Варианты ответа:

- А. Отсутствие жалоб.
- Б. Отсутствие в мазках гонококков после окончания курса антибактериальной терапии.
- В. Отсутствие анатомических изменений внутренних половых органов.
- Г. Отсутствие гонококков в мазках, взятых в дни менструации в течение 3-менструальных циклов после окончания курса лечения и проведения комплексной провокации.
- Д. Все перечисленное выше верно.

Образец ответа к задаче №1

- 1. б
- 2. б
- 3. д

Задача № 2

Пациентка Л. 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные пенные выделения из половых путей, зуд и жжение во влагалище, частые позывы на мочеиспускание. Заболела 1 неделю назад.

ИЗ АНАМНЕЗА: половая жизнь с 17 лет, вне брака. Соматически здорова.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: слизистая оболочка вульвы, влагалища и шейки матки гиперемированы, отечны, с точечными кровоизлияниями. Выделения из половых путей обильные, пенные, серо-желтого цвета. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются.

Вопрос 1. Поставьте предположительный диагноз

Варианты ответа:

- А. Острый трихомониаз.
- Б. Кандидозный вульвовагинит.
- В. Хламидийный цервицит.
- Г. Атрофический кольпит.
- Д. Бактериальный вагиноз.

Вопрос 2. Выберите методы диагностики возбудителя

Варианты ответа:

- А. Бактериоскопическое исследование.
- Б. Люминесцентная микроскопия.
- В. Полимеразная цепная реакция.
- Г. Все перечисленное выше.
- Д. Ничего из перечисленного выше.

Вопрос 3. Укажите какие лекарственные препараты целесообразно назначить пациентке:

Варианты ответа:

- А. Метронидазол.
- Б. Орнидазол.
- В. Тинидазол.
- Г. Все перечисленное выше.
- Д. Все, кроме Б.

Образец ответа к задаче №2

- 1. а
- 2. г
- 3. г

Задача № 3

Пациентка Ю. 27 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности в течение 3 лет в браке.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе эндоцервицит. Получала местное лечение.

ИССЛЕДОВАНИЕ В ЗЕРКАЛАХ: влагалище свободное, слизистые бледно-розовые, шейка матки цилиндрической формы не эрозирована, наружный зев точечной формы, выделения слизистые.

БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка в anteversio-flexio, не увеличена, безболезненная; придатки не определяются, своды глубокие. Обследована на ИППП: выявлена ДНК Ch. trachomatis.

Вопрос 1. Поставьте предположительный диагноз

Варианты ответа:

- А. Хламидийная инфекция половых органов.
- Б. Микоплазменная инфекция.
- В. Гонорея.
- Г. Трихомониаз.
- Д. Трахома.

Вопрос 2. Назовите дополнительное обследование, которое целесообразно провести

Варианты ответа:

- А. Измерение базальной температуры.
- Б. Обследование супруга.
- В. Общий анализ крови.
- Г. Рентгенография легких.
- Д. Общий анализ мочи.

Вопрос 3. Назовите фактор бесплодия чаще всего встречается у пациенток с данной инфекцией

Варианты ответа:

- А. Эндокринное бесплодие.
- Б. Трубно-перитонеальное бесплодие.
- В. Мужское бесплодие.
- Г. Сочетание факторов бесплодия.
- Д. Иммунологическое бесплодие.

Образец ответа к задаче №3

1. а
2. б
3. б

Критерии оценки ситуационных задач

4 балла – правильные ответы на вопрос, дано полное обоснование ответа по каждому действию

3 балла – правильные ответы на поставленные вопросы, дано обоснование отдельных положений или действий

2 балла – частичный ответ на вопрос, неполное обоснование единичных положений и действий

1 балл – частичный ответ на вопрос без обоснования

0 баллов – неправильный ответ, нет ответа

3.2 Подведение итогов занятия

Преподаватель анализирует работу группы в целом, отмечает лучшие ответы учащихся в процессе учебного занятия, обращает внимание на ошибки, предлагает меры для их устранения.

Схема выставления отметки

№ п/п	Максимальное кол-во баллов ФИО учащегося	Граф. дик.	Дидакт. беседа	Практич. работа	Задачи	Сумма	Общая отметка
		6	8	10	4	28	10
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

Общие критерии оценки занятия

28 СОТ – 10 баллов

27 – 26 СОТ – 9 баллов

25 – 24 СОТ – 8 баллов

23 – 22 СОТ – 7 баллов

21 – 19 СОТ – 6 баллов

18 – 16 СОТ – 5 баллов

15 – 14 СОТ – 4 балла

13 – 11 СОТ – 3 балла

10 – 6 СОТ – 2 балла

5 – 1 СОТ – 1 балл

0 СОТ – 0 баллов

Преподаватель отвечает на вопросы учащихся.

В заключительном слове преподаватель подчёркивает важность изучаемой темы, значение полученных знаний, роль фельдшера-акушера в своевременной диагностике, выявления данной группы заболеваний, а также проведение информационно-просветительской работы по профилактике инфекций, передаваемых половым путем.

3.3. Домашнее задание

Вл.И.Дуда «Гинекология» с.249-260, навыки: подготовка пациента к ультразвуковому исследованию органов малого таза, измерение базальной температуры, подготовка медицинского инструментария, перевязочного материала, пациента к кольпоскопии.

3.4. Рефлексия

Метод «Светофор»



Я плохо понял материал и чувствую себя неуверенно и некомфортно на занятии

Я понимаю материал, но нужно еще поработать над ним, чтобы быть более уверенным на занятии

Я хорошо понял материал и чувствую себя комфортно и уверенно на занятии!