

МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ «МОНАДА»

Методичні рекомендації

**до практичного заняття
з дисципліни «Медсестринство в дерматології та
венерології»
для спеціальності 223 Медсестринство**

тема:

**« Медсестринський процес при гонореї, сечостатевому
хламідіозі, сечостатевому трихомоніазі, ВІЛ-
інфекції/СНІД»**



Львів 2016

Методичні рекомендації складено

Костів З.П., викладачем вищої кваліфікаційної категорії

Розглянуто і схвалено

на засіданні циклової комісії

Протокол № від 2016 р.

Голова циклової комісії.....І.В.Задорожна

Рецензент:

к.мед.н., доц. кафедри дерматології та венерології
ЛНДУ ім.Данила Галицького С.В.Вольбин

ВСТУП

Медсестринство в останні роки нарешті зайняло достойну нішу у системі охорони здоров'я. Медичним сестрам надається надзвичайно важлива роль у роботі з пацієнтами та санітарно - освітній роботі серед населення. Медичні сестри, незалежно від місця їх праці, безпосередньо зустрічаються з дерматологічною і венеричною патологією у своїй роботі та входять у групу ризику щодо можливого розвитку багатьох шкірних захворювань та хвороб, що передаються статевим шляхом.

В методичних рекомендаціях містяться загальні дані про етіопатогенез, клінічні прояви, методи діагностики, принципи лікування та профілактики ХПСШ, а також усі необхідні для підготовки та проведення практичних занять матеріали, малюнки та фотографії, що сприяє більш глибокому засвоєнню матеріалу.

Основну увагу зацентровано на практичній діяльності медичної сестри відповідно до етапів медсестринського процесу.



Практичне заняття №

Тема заняття: Медсестринський процес при гонорей, сечостатевому хламідіозі, сечостатевому трихомоніазі, ВІЛ-інфекції/СНІД.

Мета заняття: навчитися реалізовувати усі етапи медсестринського процесу при уrogenітальних інфекціях та ВІЛ-інфекції/СНІД.

Матеріальне забезпечення: орієнтовна карта обстеження венеричного пацієнта, фотоматеріали, алгоритми маніпуляцій, гінекологічні дзеркала, щіточка "цервікс - браш", ложка Фолькмана, предметні скельця, шприци та ін'єкційні голки для взяття венозної крові, пробірки, вата, спирт, бинт, взірці медикаментозних засобів загальної та місцевої дії, бланки аналізів.

Конкретні цілі:

Знати:

- характеристику збудників уrogenітальних інфекцій;
- характеристику збудника ВІЛ-інфекції;
- джерела та шляхи зараження уrogenітальних інфекцій;
- джерела та шляхи зараження ВІЛ-інфекцією;
- класифікацію та оцінювати клінічні прояви різних форм і стадій уrogenітальних інфекцій;
- класифікацію та оцінювати клінічні прояви різних форм і стадій ВІЛ-інфекції;
- дерматологічні аспекти ВІЛ-інфекції;
- основні підходи до загального і місцевого лікування уrogenітальних інфекцій;
- методи провокації уrogenітальних інфекцій;
- основні підходи до лікування ВІЛ-інфекції;

Вміти:

- здійснювати усі етапи медсестринського процесу уrogenітальних інфекціях;
- здійснювати усі етапи медсестринського процесу при ВІЛ-інфекції;
- сприяти соціальній адаптації ВІЛ-інфікованих пацієнтів.
- здійснювати санітарно-освітню роботу та профілактику уrogenітальних інфекцій.
- виховати у собі чуйне і поважне ставлення до пацієнтів з хворобами, що передаються статевим шляхом;

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Гонококова інфекція

Гонококова інфекція (гонорея) - контагіозна інфекційна хвороба, яка уражує переважно слизову оболонку сечостатевого каналу.

Етіологія, епідеміологія

Збудник - гонокок, грамнегативний диплокок, kwasолеподібної форми, відкритий Нейссером, нестійкий у зовнішньому середовищі, але досить стійкий в організмі людини. При хронічному перебігу перетворюється у L-форму.

Джерело зараження - хвора на гонорею людина.

Шляхи зараження:

- статевий (основний), в т.ч. при анальних та оральних контактах;
- побутовий (дуже рідко, переважно при зараженні дівчаток через рушники, постіль);
- при пологах від хворої матері.

Імунітет (вроджений та набутий) відсутній.

Контагіозність: 22 - 90 %.

Клініка

Інкубаційний період: в середньому складає 3-7 днів (1 - 15 днів).

Класифікація:

1) За перебігом:

- свіжий (до 2 місяців): гостра, підгостра, латентна;
- хронічний (перебіг довше 2 місяців);
- латентний (без суб'єктивних проявів).

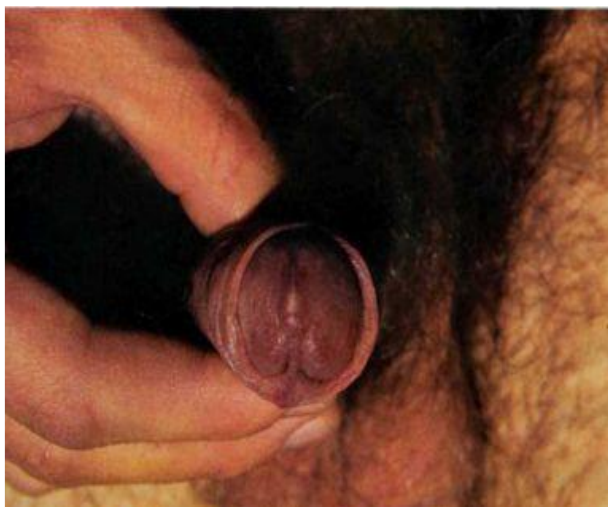
2) За локалізацією і тяжкістю перебігу:

- гонорея нижнього відділу сечостатевого каналу без ускладнень;
- гонорея нижнього відділу сечостатевого каналу з абсцесом периуретральних залоз;
- гонококовий тазовий перитоніт;
- гонококова інфекція очей;
- гонорея аноректальної ділянки;
- інші гонококові інфекції (фарингіт, сепсис, гонорея кістково-м'язової системи, гонорея у дітей, гонорея у вагітних).

1. Гонорейний уретрит

1.1. Гострий гонорейний уретрит характеризується болями та різью при сечовипусканні, свербіжем та печією в уретрі та в ділянці зовнішніх статевих органів, гіперемією та набряком зовнішніх статевих органів (губок та зовнішнього отвору уретри у

чоловіків, великих статевих губ та піхви у жінок), серозно-гнійними чи гнійними виділеннями жовтувато-зеленого чи жовто-зеленого кольору у великому об'ємі. При прогресуванні процесу з'являється полакіурія, термінальний біль та термінальна гематурія (крапелька крові в кінці сечовипускання). У деяких пацієнтів спостерігається температурна реакція, нездужання.



1.2. Хронічний гонорейний уретрит. При хронічному гонорейному уретриті клінічні прояви виражені слабше, ніж при гострому перебігу, але з'являються порушення статевих органів: зниження лібідо, болючі еякуляції, послаблення ерекції, деколи у спермі виявляють кров.

Можливими ускладненнями гонорейного уретриту є абсцес, баланопостит, парафімоз, фімоз, лімфангіт, епідидиміт, орхіт, простатит у чоловіків; бартолініт, вагініт, сальпінгіт, ендометрит у жінок.

2. Гонорея аноректальної ділянки перебігає частіше приховано. У ділянці ануса можуть виникати еритема, набряк, тріщини з білим нальотом, слизово-гнійними виділеннями; характерні рецидиви.

3. Гонорея іншої локалізації за симптомами не відрізняється від негонорейних уражень. Встановлюється на основі лабораторних досліджень та позитивного ефекту від протигонорейної терапії.

У жінок, крім уретриту, практично завжди виникає цервіцит чи ендцервіцит, які проявляються слизово-гнійними виділеннями з каналу шийки матки, болями внизу живота, набряком та гіперемією зовнішнього каналу шийки при огляді, та вульвовагініт внаслідок подразнення виділеннями. Крім того, можливий розвиток гонококового бартолініту, ендометриту, сальпінгіту, прояви яких клінічно не відрізняються від таких уражень не гонорейного генезу.



У чоловіків як ускладнення гонококового уретриту нерідко виникає гонококовий простатит.

Інші гонококові інфекції:

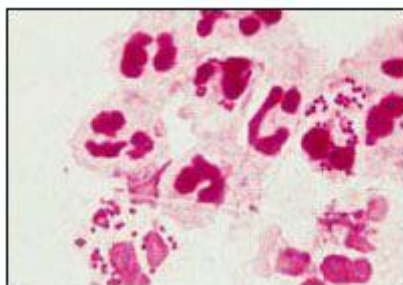


Лабораторна діагностика

1. Бактеріоскопічна діагностика біоматеріалу (виділення з уретри, шийки матки, піхви, соку простати; при необхідності - виділення з кон'юнктиви, промивні води з ректума): виявляє наявність грамнегативних гонококів.

Примітка ! Цей метод є не дуже інформативним при хронічному перебігу гонореї.

2. Бактеріологічна діагностика — посів біоматеріалу на поживні середовища з наступною ідентифікацією чистої культури. Виявляє гонорею і при її хронічному перебігу.



Ці два методи є необхідними для встановлення діагнозу, наступні два є додатковими та неспецифічними.

3. Двостаканна проба сечі проводиться для точного визначення локалізації запального процесу в уретрі.

4. Уретроскопія — точна топічна діагностика.

Останнім часом для діагностики гонококової інфекції застосовуються експрес-методи з використанням скринінгових тестів (типу "Гоноген"), серологічна діагностика з метою виявлення антитіл до гонококів, та ДНК-діагностика.

Принципи лікування

Правила лікування гонококової інфекції:

- всебічно обстежити пацієнта для виявлення можливих супутніх інфекцій;
- врахувати вік, стать пацієнта, форму та тяжкість перебігу, наявність ускладнень;
- одночасно лікувати всіх статевих партнерів;
- перед першим прийомом протигонорейного препарату ввести антигістамінний препарат;
- роз'яснити пацієнтові про необхідність дотримання ним усіх лікарських рекомендацій: повне виключення статевих стосунків та алкоголю на період лікування, уникання гострої, соленої їжі та приправ.

Лікування гонореї є комплексним (специфічним + неспецифічним).

Специфічна терапія гонореї - антибіотикотерапія:

- антибіотики пеніцилінового ряду (екстенцилін, ретарпен);
- цефалоспорины (цефалексин, цефазолін);
- фторхінолони (норфлоксацин, офлоксацин (заноцин), ципрофлоксацин).



Неспецифічна терапія:

- імунотерапія (пірогенал, тимоген, левамизол, циклоферон, вітаміни, екстракт алое тощо);
- ентеросорбенти (ентеросгель);
- протигрибкові препарати для попередження кандидозу (ністатин, флуконазол, еконазол);
- препарати, які нормалізують кишкову мікрофлору для попередження дисбактеріозу (лактовіт, хілак, лінекс, йогурт).

Методи провокації гонореї:

- хімічна (інстиляція в уретру 0, 25 % нітрату срібла у чоловіків та змащування розчином Люголя уретри та шийки матки у жінок);
- механічна (бужування уретри у чоловіків);
- біологічна (внутрішньом'язове введення гоновакцини з пірогеналом за схемою);
- аліментарна (прийом гострої та соленої їжі, пива);
- термічна (прогрівання зовнішніх статевих органів індук- тотермічним током);
- фізіологічна (місячні).

Урогенітальний трихомоніаз

Урогенітальний трихомоніаз - інфекційне захворювання сечостатевої системи, яке викликане простішим одноклітинним паразитом *Trichomonas vaginalis*.

Етіологія, епідеміологія

Збудник - вагінальна трихомонада - нестійкий до дії зовнішніх чинників анаероб, який існує у двох формах: джгутиковій та безджгутиковій, та має здатність до фагоцитозу. Частіше асоціюється з іншими збудниками: мікоплазмою, уреаплазмою, хламідією, гонококом тощо.



Джерело зараження — хвора на трихомоніаз людина. Основними носіями є жінки репродуктивного віку.

Шляхи зараження:

- статевий (основний), в т. ч. оральні та анальні контакти;
- через предмети побуту (дуже рідко, переважно дівчата);
- при проходженні плода через пологові шляхи хворої на трихомоніаз матері.

Клініка

Інкубаційний період в середньому складає 5-10 днів (3 – 30 днів).

Класифікація

Розрізняють свіжий та хронічний перебіг і носійство.

Основними осередками трихомоніазу є: уретра, у жінок - шийка матки та піхва.

1. Свіжий трихомоніаз.

Клінічна картина свіжої форми інфекції у **жінок** представлена вульвовагінітом внаслідок лейкореї (виділення із піхви білувато-зеленої тягучої рідини пінистого характеру у значній кількості), інтенсивним свербіжем та печією зовнішніх статевих органів. У більшості пацієнок виявляють "симптом полуниці": незначно виражені геморагії на слизовій оболонці піхви та шийки матки.

У **чоловіків** при гострому перебігу відмічають виділення із уретри білувато-жовтого кольору у невеликій кількості, різі чи болі при сечовипусканні, полакіурію. Можливими ускладненнями є простатит, везикуліт, баланопостит, пієліт. Слід зазначити, що гострий перебіг трихомоніазу у чоловіків практично не зустрічається.

2. Хронічний трихомоніаз. При хронічному перебігу трихомоніазу у жінок переважає слабо виражена симптоматика: свербіж та болі під час статевого акту, виділення у незначній кількості.

У чоловіків хронічний трихомоніаз проявляється незначними суб'єктивними та об'єктивними симптомами.

Лабораторна діагностика

1. Бактеріоскопічний метод з виявленням збудників трихомоніазу.
2. Бактеріологічний метод шляхом вирощування на бульйонній культурі з подальшою ідентифікацією вирощених колоній.
3. Визначення антигенів трихомонад методом прямого імуноферментного та імунофлюоресцентного аналізу мазків з використанням мічених сумішей.
4. Генодіагностика (100 %) - ДНК - ідентифікація у сквамозному епітелії методом проведення полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з використанням сертифікованих наборів реагентів.
5. Експрес-діагностика з використанням скринінгових тестів.

Принципи лікування

Підходи до лікування є такими ж самими, як при лікуванні гонореї.

Специфічна терапія трихомоніазу: антитрихомонадні препарати протягом 10 днів: метронідазол (трихопол), тинідазол, атрикан.

Жінкам обов'язково слід застосовувати місцеву терапію — вагінальні свічки з протитрихомонадною дією: фазижин, кліон -Д, поліжинакс, вокадин, тержинан.

Неспецифічна терапія: ідентична до такої при лікуванні гонореї, але найкращі результати дають додаткове призначення урваксолу чи солкотриховаку перед прийомом специфічної терапії.



Хламідійна інфекція

Хламідіоз - найпоширеніше венеричне інфекційне захворювання з переважним ураженням на початку хвороби сечостатевої системи, яке викликане *Chlamidia trachomatis*.

Етіологія, епідеміологія

Збудник - *C. trachomatis* - унікальний грамвід'ємний мікроорганізм, який займає проміжний стан між бактеріями та вірусами, має тропізм до циліндричного епітелію, розмножується внутрішньоклітинно, є досить стійким до дії зовнішнього середовища, тому досить довго зберігаються у забрудненому матеріалі. Хламідії схильні до персистенції.



Джерело зараження — хворі на хламідіоз люди. Деякі автори вказують на можливість зараження від котів та папуг.

Шляхи зараження:

- статевий (основний), в т. ч. оральні та анальні контакти;
- побутовий (рідко, переважно — дівчата);
- інтраплацентарний;
- при проходженні плода через пологові шляхи хворої матері;
- трансфузійний.

Імунітет відсутній.

Клініка

Інкубаційний період в середньому складає 10-14 днів.

Класифікація:

- хламідійна інфекція нижнього відділу сечостатевого каналу;
- хламідійна інфекція тазових та інших сечостатевих органів;
- хламідіоз аноректальної ділянки;
- хламідійна лімфогранульома;
- хламідіоз іншої локалізації (фарингіт, перигепатит, периспленіт тощо).

1. Хламідійна інфекція нижнього відділу сечостатевого каналу

1.1. Гострий хламідійний уретрит. Суб'єктивні відчуття при гострому хламідійному уретриті виражені неяскраво, а в деяких випадках взагалі відсутні. Із скарг частіше зустрічаються свербіж та неприємні відчуття в ділянці уретри, серозні виділення склоподібної консистенції у незначній кількості, незначні різі при сечовипусканні.



Частіше хламідіоз виявляється при виникненні простатиту у чоловіків та неплідності чи самовільному перериванні вагітності у жінок.

У чоловіків через 1-4 тижнів після виникнення хламідійного уретриту може розвинути **синдром Рейтера**, який характеризується класичною тріадою - уретрит, артрит, кон'юнктивіт з класичними їх проявами, та іншими додатковими ознаками: баланопостит, кератодермія підшов, псоріазоподібна висипка.

1.2. Хронічний хламідійний уретрит. При хронізації хламідійного процесу з'являються скарги зі сторони статевої сфери: неприємні відчуття чи біль при статевому акті, зниження ерекції.

2. Хламідійна інфекція тазових органів проявляється у вигляді ендометриту, сальпінгіту, аднекситу, пельвіоперитоніту, маткових кровотеч, неплідності.

3. Хламідійна інфекція аноректальної ділянки у вигляді аніту та проктиту не відрізняється клінічно від неспецифічних процесів та діагностується лише лабораторно.

4. Хламідійний фарингіт також не має специфічної симптоматики та діагностується лише лабораторно.

5. Хламідійна інфекція іншої локалізації. До неї належать: хламідійні перигепатит, периспленіт, цистит, пієлонефрит, пневмонія, отит.

6. Персистуюча урогенітальна хламідійна інфекція виникає в результаті прийому пацієнтом субтерапевтичних доз антибіотиків, браку організму пацієнта в есенціальних кислотах, відсутності чи недостатності терапії препаратами інтерферонового ряду.

Лабораторна діагностика

1. Цитологічна діагностика мазків-зішкрябів (чутливість 10 %) виявляє внутрішньоклітинні вclusions.



2. Імунофлюоресцентний аналіз зішкрябів (чутливість 60 - 70 %): х лами дії мають смарагдово-зелене свічення.
3. Серологічна діагностика ґрунтується на виявленні специфічних антитіл та визначенні їх титрів у крові пацієнтів (чутливість 70 - 80 %).
4. Експрес-діагностика скринінг-тестів (наприклад, тест "Хламіген") є якісним методом, чутливість 60 - 70 %.
5. Генодіагностика з ДНК-ідентифікацією з проведенням полімеразної ланцюгової реакції (чутливість 98 — 100 %) є найкращою для виявлення усіх форм хламідійної інфекції. При неможливості провести генодіагностику слід провести не менше двох методів діагностики хламідіозу, оскільки вона є дуже складною.

Принципи лікування

Принципи лікування — як при лікуванні гонореї та трихомоніазу.

Специфічна терапія: антибіотикотерапія + протівірусна терапія.

Антибіотикотерапія: доксициклін, тетрациклін, амоксициклін - при свіжому неускладненому процесі протягом 10 - 14 днів; азитроміцин (сумамед), рокситроміцин (рулід), далоцин С, спірамі цин (роваміцин), офлоксацин, ципрофлоксацин, норфлоксацин.

Протівірусні + імуномодельючі препарати: циклоферон, лаферон.

Імуностимуляція є обов'язковою ланкою при лікуванні хламідіозу, особливо його хронічних форм: тимоген, тималін, декарис, вітаміни.

Непоганий ефект у комплексній терапії хламідіозу дає використання хімотрипсину, ентеросорбентів. Обов'язковим є нормалізація кишкової (лактовіт, хілак, йогурт) та вагінальної флори (вагінальні свічки "Лактоваг", "Вагілак").



ВІЛ-інфекція / СНІД

ВІЛ-інфекція / СНІД - синдром набутого імунодефіциту.

Етіологія, епідеміологія

Збудник - вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), який належить до нейрон- та лімфотропних РНК-вмісних ретровірусів, дуже нестійкий у зовнішньому середовищі.

Шляхи передачі:

- статевий (основний), в т. ч. при оральних та анальних контактах;
- трансплацентарний;
- гемотрансфузійний;
- професійний (у медпрацівників) через забруднені кров'ю хворого інструменти, голки тощо.

Групи ризику та сприяючі чинники при зараженні ВІЛ- інфекцією:

- ❖ наркомани;
- ❖ повії;
- ❖ гомосексуалісти;
- ❖ пацієнти, яким часто переливають кров донорів;
- ❖ непорядковане статеве життя з нехтуванням використання презервативів;
- ❖ діти, народжені від ВІЛ-інфікованих матерів.

Клініка

Стадії ВІЛ - інфекції:

1. Інкубаційна (від 4 тижнів до 1,5 року).

2. Стадія первинних проявів.

2.1. Гостра інфекція (гострий період) — розвивається приблизно через 2-4 тижні після зараження, триває 3-14 днів. У цей період пацієнта може турбувати загальна слабкість, гарячка, ангіна, підвищена пітливість, особливо вночі, діарея, збільшення лімфовузлів, гепато- та спленомегалія, артралгії, міалгії.

На шкірі у цей період можуть з'явитися численні блідо-рожеві плями округлої або овальної форми, діаметром 3-5 мм, які не супроводжуються суб'єктивними відчуттями, не схильні до злиття та не лущаться. Ці плями існують кілька днів та безслідно зникають.

2.2. Латентна, прихована стадія (безсимптомна інфекція): триває від кількох місяців до 5-10 років, діагностується лише лабораторно. Наприкінці безсимптомної інфекції виникає персистуюча генералізована лімфаденопатія (ПГЛ).

2.3. СНІД - асоційований симптомокомплекс (пре-СНІД).

3. Стадія вторинних проявів або хвороб - власне СНІД формується на фоні генералізованої лімфаденопатії через 1,5 - 3 роки від її початку внаслідок приєднання різноманітних загальних порушень та уражень органів і систем. Клінічні прояви: головні болі, загальна слабкість, підвищене потовиділення, гарячка, кашель, схуднення, артралгії, діарея. Ця стадія супроводжується опортуністичними інфекціями.

4. Термінальна стадія визначається тяжкістю клінічної симптоматики, має незворотний характер і закінчується летально.

Усі хвороби шкіри та слизових оболонок, що супроводжують СНІД, поділяють на 3 групи:

1. Пухлини: саркома Капоші, лімфоми шкіри, епітеліоми.
2. Інфекційні хвороби: бактерійні, вірусні, грибкові.
3. Дерматити (особливо себорейний), васкуліти, ксеродерма, телеангіектазії.

У процесі еволюції ВІЛ-інфекції ураження шкіри та слизових оболонок можуть регресувати, з'являтися знову; з часом вони стають більш поширеними і тяжкими, набуваючи невластивих для них характеристик.

Слід зазначити, що немає шкірних хвороб, окрім волосатої лейкоплакії, характерних лише для СНІДу, однак вони набувають на тлі ВІЛ-інфекції певних особливостей.

1. Волосата лейкоплакія — доброякісна гіперплазія слизової оболонки рота, спричинена вірусом Епштейна - Барр. Первинні елементи: білувато-сірі подовгасті бородавчасті бляшки з шорсткою поверхнею, розміри яких змінюються майже щодня та не супроводжуються суб'єктивними відчуттями.



2. Саркома Капоші - найхарактерніший шкірний прояв СНІДу . Проявляється соковитими вишневого кольору вузликами з петехіями та телеангіектазіями на поверхні. Розрізняють дермальний та вісцеральний тип саркоми Капоші. При дермальному типі саркоми Капоші типовою локалізацією висипань є гомілки та стопи, а згодом — голова, шия та верхня частина тулуба. Вісцеральний тип частіше проявляється висипом на слизових оболонках рота та зовнішніх статевих органах, який згодом розповсюджується. Особливостями саркоми Капоші, асоційованої зі СНІДом, є:

- швидка дисемінація;
- агресивний перебіг;
- молодий вік пацієнтів;
- яскраве забарвлення та болючість висипань.



3. Вірусні хвороби:

3.1. *Простий герпес*. Особливості на тлі СНІДу: часте ураження декількох ділянок, велика кількість висипань аж до дисемінації, часті рецидиви, переважання виразкових та гангренозних форм, значна болючість висипань, поширення на слизові оболонки.

3.2. *Оперізувальний герпес*, може бути ранньою та єдиною ознакою СНІДу протягом тривалого часу. Особливості: схильність до утворення дифузних осередків, дисемінації, рецидивів, бульозних форм, сильний та резистентний до лікування больовий синдром.

3.3. *Контагіозний моллюк*: характеризується при СНІДі частою локалізацією на обличчі та аногенітальній ділянці, швидкою дисемінацією, великими розмірами елементів, частими рецидивами.

3.4. *Вітряна віспа* має на тлі ВІЛ-інфекції затяжний перебіг, значну кількість висипань.

3.5. *Звичайні бородавки* схильні до значної дисемінації, резистентності до лікування.

3.6. *Гострокінцеві кондиломи* у ВІЛ-інфікованих схильні до швидкого збільшення їх кількості та розмірів, рецидивів.

3.7. *Цитомегаловірусна інфекція* на тлі ВІЛ- інфекції рідко уражає шкіру та слизові оболонки та є поганою прогностичною ознакою.

4. Мікози:

4.1. *Кандидоз* — найчастіший та найімовірніший грибковий прояв ВІЛ-інфекції, що виникає на її ранніх стадіях. Особливостями кандидозу при СНІДі є: молодий вік пацієнтів, чоловіча стать, переважне втягнення у процес слизових оболонок рота, геніталій, періанальної ділянки, схильність до дисемінації, багатогогнищевість, утворення ерозій та виразок, рецидивування.

4.2. *Рубромікоз* у ВІЛ-інфікованих може проявлятися незвичайними клінічними варіантами, частим ураженням нігтів. Лабораторно виявляють багато міцелію.

4.3. *Різнокольоровий лишай* представлений у цих випадках плямами значних розмірів з незначною інфільтрацією; можлива трансформація у нумулярні бляшки.

5. Піодермії:

5.1. *Фолікуліти* набувають схожості з юнацькими вуграми, схильні до дисемінації, часто супроводжуються свербіжем з екскоріаціями та екзематизацією.

5.2. *Імпетиго* часто уражує ділянку бороди та шиї з утворенням яскраво-жовтих кірочок ("квітуче" імпетиго).

5.3. *Стрептококова ектима* має незначні розміри, соковиті рожево-червоні краї та дно; схильна до розповсюдження.

5.4. *Бак — ангиоматоз* — зустрічається майже виключно у ВІЛ-інфікованих, спричиняється бартонелами, джерелом зараження є кошенята. Утворюються болючі папули та вузли, які нагадують гемангіоми.

Для СНІДу дуже характерними є нориці, виразково-де-структивні процеси.

6. Дерматити:

Себорейний дерматит характеризується великими ділянками ураження, нетиповою локалізацією (плечі, сідниці, стегна), наявністю пустул, частим поєднанням з деменцією, резистентністю до терапії. Вважається, що себорейний дерматит на обличчі у вигляді метелика може бути першим симптомом СНІДу.

Крім того, у пацієнтів зі СНІДом можуть виникати телеангіектазії, густо розміщені на грудях та плечах; васкуліти, симптом жовтих нігтів, поява множинних невусів у молодих осіб, нетипові форми псоріазу та рожевого лишая тощо.

Таким чином, дерматози на тлі ВІЛ-інфекції відрізняються впертим перебігом, зростаючою тяжкістю, резистентністю до терапії, поєднанням з лімфаденопатією.

Лабораторна діагностика

Діагностика ВІЛ-інфекції базується на дослідженнях сироватки крові пацієнта методом ІФА та дослідженні імунного статусу організму (виявляють значне зниження показників імунітету).

Принципи лікування

Існують три напрями загального лікування СНІДу:

1. Етіологічне: протиретровірусні препарати (абакавір, невірапін, іфавіренц), противірусні імуномодельючі препарати групи інтерферону (циклоферон, лаферон).
2. Патогенетичне: імуномодулятори (тималін, тимоген, тактивін, імунофан).
3. Симптоматичне: направлене на усунення опортуністичних інфекцій і неопластичних процесів.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Варіант А – при наявності тематичних пацієнтів: закріплення студентів за тематичними пацієнтами.

Завдання №1: Курація тематичних пацієнтів (виконання I та II етапів медсестринського

Варіант В – при відсутності тематичних пацієнтів: забезпечення студентів ситуаційними задачами (витягами з медичної карти стаціонарного пацієнта).

Виконання завдання для варіантів А і В

Завдання 1. Здійснити I та II етапи медсестринського процесу при уrogenітальних інфекціях

Завдання 2. Здійснити III та IV етапи медсестринського процесу при уrogenітальних інфекціях.

Завдання 3. Здійснити V етап медсестринського процесу при уrogenітальних інфекціях.

Завдання 4. Здійснити I та II етапи медсестринського процесу при ВІЛ-інфекції.

Завдання 5. Здійснити III та IV етапи медсестринського процесу при ВІЛ-інфекції.

Завдання 6. Здійснити V етап медсестринського процесу при ВІЛ-інфекції.

ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Завдання 1. Здійснити I та II етапи медсестринського процесу при уrogenітальних інфекціях

- 1.1. Провести опитування пацієнта .
- 1.2. Провести медсестринське об'єктивне обстеження пацієнта.
- 1.3. Описати наявні виділення.
- 1.4. Встановити медсестринські діагнози.

Завдання 2. Здійснити III та IV етапи медсестринського процесу при уrogenітальних інфекціях.

- 2.1. Скласти план медсестринських втручань.
- 2.2. Відпрацювати алгоритм підготовки пацієнта та взяття біоматеріалу з метою виявлення уrogenітальних збудників.
- 2.3. Відпрацювати алгоритм взяття біоматеріалу для виявлення хламідій.
- 2.4. Відпрацювати алгоритм посіву виділень для подальшого бактеріологічного дослідження.
- 2.5. Відпрацювати алгоритм промивання уретри та піхви при уrogenітальних інфекціях у чоловіків та жінок.

Завдання 3. Здійснити V етап медсестринського процесу при урогенітальних інфекціях.

При оцінюванні результатів медсестринських втручань слід звернути увагу на такі моменти:

- клінічне одужання / покращення стану пацієнта;
- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

Завдання 4. Здійснити I та II етапи медсестринського процесу при ВІЛ-інфекції.

- 4.1. Провести опитування пацієнта при підозрі на ВІЛ- інфекцію.
- 4.2. Провести медсестринське об'єктивне обстеження пацієнта,
- 4.3. Описати наявні елементи висипки.
- 4.4. Встановити медсестринські діагнози.

Завдання 5. Здійснити III та IV етапи медсестринського процесу при ВІЛ-інфекції.

- 5.1. Скласти план медсестринських втручань.
- 5.2. Відпрацювати алгоритм взяття венозної крові для виявлення ВІЛ-інфекції методом ІФА.

Завдання 6. Здійснити V етап медсестринського процесу при ВІЛ-інфекції.

При оцінюванні результатів медсестринських втручань слід звернути увагу на такі моменти

- покращення стану пацієнта;
- зникнення елементів висипки;
- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

1.1. Опитування пацієнта з урогенітальною інфекцією, звертаючи увагу на:

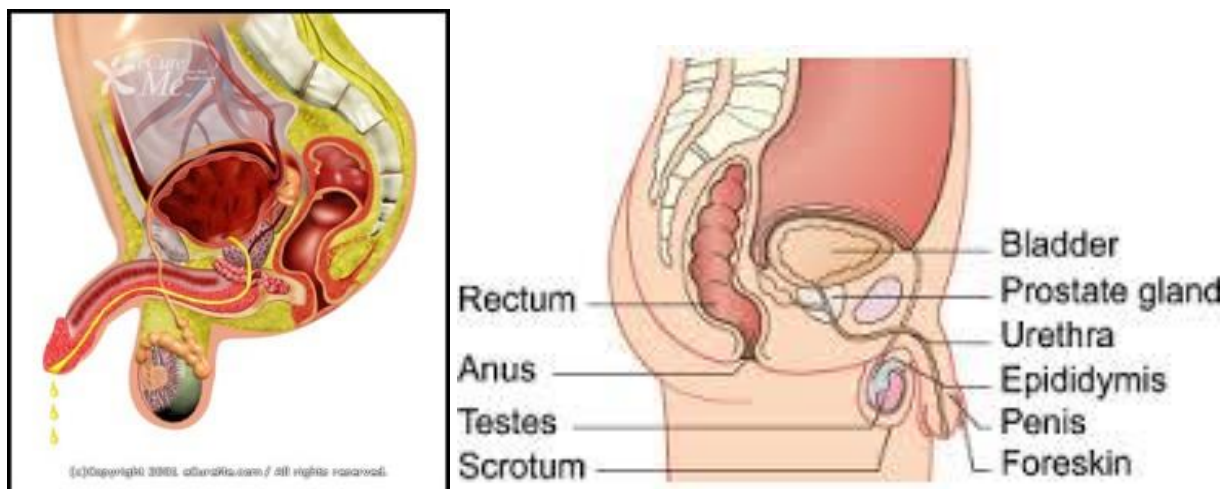
- а) скарги:
 - наявність тепер чи в минулому висипки на зовнішніх статевих органах;
 - наявність виділень з уретри, піхви (у жінок);
 - болі, різі, поколювання при сечовипусканні, дефекації;
 - порушення загального стану, наявність гарячки;
- б) історію хвороби:
 - тривалість хвороби;
 - статеві контакти за два місяці до початку хвороби, під час хвороби;
 - тісні побутові контакти (особливо з дітьми до 3 років);
 - попереднє лікування, самолікування, ефект від нього;
- в) історію життя:
 - характер статевого життя (до- та позашлюбні контакти, неприродні статеві контакти);
 - алергологічний анамнез.

1.2. Медсестринське об'єктивне обстеження пацієнта, акцентуючи увагу на:

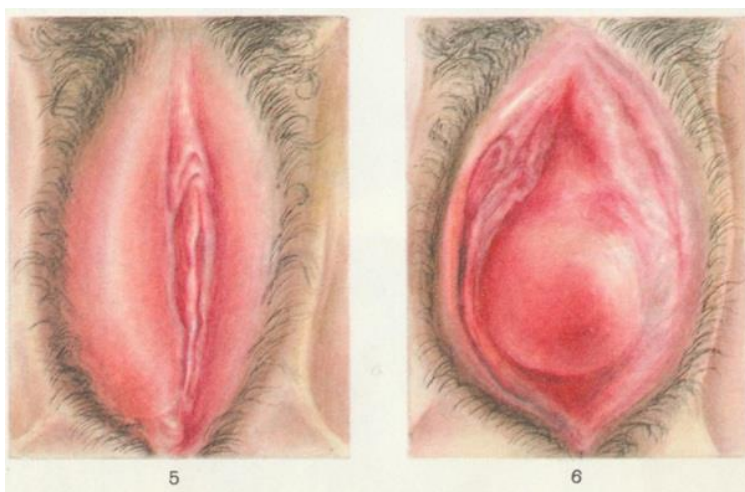
- стан шкіри зовнішніх статевих органів, ділянки ануса, ротової порожнини;
- стан губок уретри: еритема, набряклість, вивернутість тощо;
- виділення з уретри: кількість (значна, незначна), характер, колір, запах, час появи (тільки зранку чи протягом доби);
- стан пара уретральних ходів (є чи немає, чи є запалення вивідних проток, чи виділяється гній при натисканні тощо);

- дані пальпації:

а) у чоловіків: яєчок (збільшені, болючі, щільні, пастозні, стан шкіри над ними); простати (збільшена, болюча); сім'яного канатика та везикул;



б) у жінок: піхви (виділення, запах, ознаки запалення тощо) цервікального каналу (запалення, ерозій, геморагії, виділення); бартолінових залоз (запалення, пухлини); - стан пахових лімфовузлів.



Алгоритм підготовки пацієнта до взяття біоматеріалу для виявлення урогенітальних збудників

1. Перед взяттям біоматеріалу пацієнти не повинні випускати сечу протягом 4 — 6 годин, не підмиватися.
2. Безпосередньо перед взяттям біоматеріалу видаляють виділення, що вільно стікають, ватним тампоном, змоченим у фізіологічному розчині.
3. У разі взяття біоматеріалу у жінок ввести в піхву гінекологічне дзеркало. Біоматеріал беруть у чоловіків з уретри, простати, анальної ділянки; у жінок — з уретри, піхви, шийки матки, анальної ділянки. У деяких випадках як біоматеріал використовують осад сечі.

Алгоритм взяття біоматеріалу для бактеріоскопічного виявлення уrogenітальних збудників.

1. Промити руки у проточній воді з милом, висушити рушником та вдягнути гумові рукавички.
2. Стерильною мікробіологічною петлею чи шпателем забрати біоматеріал і рівномірно нанести його тонким шаром на знежирене предметне скло.
3. Промаркувати під нанесеним біоматеріалом, звідки він взятий.
4. Написати направлення та відправити біоматеріал у лабораторію.

Алгоритм взяття біоматеріалу для виявлення хламідій.

1. Промити руки у проточній воді з милом, висушити рушником та вдягнути гумові рукавички.
2. Спеціальною щіточкою cervix — brush (voba - brush) або ложкою Фолькмана (при їх відсутності — стерильною мікробіологічною петлею) провести зішкрябування з необхідних ділянок.
3. Нанести біоматеріал тонким шаром на знежирене предметне скло.
4. Написати скерування та відправити біоматеріал у лабораторію.

Відпрацювати алгоритм посіву виділень для подальшого бактеріологічного дослідження.

1. Промити руки у проточній воді з милом, витерти рушником та вдягнути гумові рукавички.
2. Провести взяття біоматеріалу, аналогічні взяттю біоматеріалу для бактеріоскопічного дослідження.
3. Нанести біоматеріал штрихоподібними рухами тонким шаром на поверхню поживного середовища, не руйнуючи його.
4. Написати направлення та відправити біоматеріал у лабораторію.

Алгоритм промивання уретри у чоловіків і жінок

1. Промити руки у проточній воді з милом, витерти насухо, вдягнути гумові рукавички.
2. Кухоль Ексмарха закріпити на штативі на висоті 1 м від кушетки та заповнити 0,5 л теплої розчину калію перманганату (1:5000).
3. Наконечник щільно притиснути до зовнішнього отвору уретри.
4. Ввести призначений лікарем розчин невеликими порціями.
5. Наконечник відвести назад (рідина витікає).
6. Промивання повторювати до витікання з уретри прозорої рідини.
Крім того, при здійсненні IV етапу медсестринського процесу необхідно:
 - проводити спостереження за виділеннями пацієнта, температурною реакцією на лікування;
 - при виникненні ускладнень терапії — повідомити лікаря;
 - провести бесіду з пацієнтом щодо дотримання ним певних правил на період лікування;
 - навчити пацієнта дотримуватися особистої гігієни;
 - провести бесіду з пацієнтом та його оточенням для уникнення та усунення конфліктів.

Алгоритм взяття венозної крові для дослідження на ВІЛ методом ІФА

1. Промити руки у проточній воді з милом, висушити рушником, вдягнути гумові рукавички.

2. Надати пацієнту сидячого положення, накласти на руку джгут.
3. Вибрати на ліктьовій вені місце для ін'єкції та обробити його етиловим спиртом.
4. Великим пальцем лівої руки натягнути шкіру та притиснути ліктьову вену.
5. Проколоти ін'єкційною голкою (зрізом догори) шкіру над веною під кутом 30°.
6. Проколоти ліктьову вену під кутом 45° (до відчуття провалу).
7. Відтягнути до себе поршень та наповнити шприц кров'ю (! не менше 5 мл).
8. Зняти джгут.
9. Витягнути голку, притиснути місце проколу ватним тампоном, змоченим етиловим спиртом, та зігнути руку пацієнта у ліктьовому суглобі,
10. Кров випустити у стерильну пробірку з гумовим корком.
11. Пробірку з кров'ю помістити на 30 хв у термостат при температурі 37 °С.
12. Стерильною пастерівською піпеткою відділити згусток крові від стінки пробірки.
13. Помістити пробірку на 1 год у холодильник при температурі +2 - +4 °С.
14. Набрати сироватку крові у піпетку та перенести її стерильний флакон з- під пеніциліну.
15. Написати направлення та відправити біоматеріал у лабораторію.

Крім того, при здійсненні IV етапу медсестринського процесу необхідно:

- дотримуватися універсальних засобів безпеки згідно з інструкцією "Профілактика внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією";
- контролювати наявність аптечки та користування нею для надання невідкладної медичної допомоги працівникам та персоналу лікувально-профілактичних закладів;
- ввести форму 108 -0 "Журнал реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом";
- сумлінно виконувати правила дезінфекції;
- ретельно проводити стерилізацію інструментарію та приладів;
- проводити спостереження за температурою тіла пацієнта;
- виконувати лікарські призначення, а при виникненні ускладнень терапії - повідомити лікаря;
- проводити контроль за чистотою натільної та постільної білизни, яка підлягає дезінфекції згідно з вимогами нормативної документації;
- проводити бесіди з пацієнтом щодо дотримання ним певних правил на період лікування;
- навчити пацієнта дотримуватися особистої гігієни;
- проводити бесіди з пацієнтом та його оточенням для уникнення та усунення конфліктів, пов'язаних з даним захворюванням;
- сприяти соціальній адаптації ВІЛ-інфікованих.

Питання для самоконтролю:

1. Чи залежить успіх лікування урогенітальних інфекцій лише від кваліфікації медпрацівників? Обґрунтуйте свою відповідь.
2. З чим, на Вашу думку, пов'язані правила взяття біоматеріалу для діагностики урогенітальних інфекцій?
3. З якими моментами пов'язані сучасні особливості урогенітальних інфекцій?
4. Від чого, на Вашу думку, залежить хронізація урогенітальних інфекцій?
5. Чому після лікування урогенітального трихомоніазу рекомендовано додаткове обстеження на наявність у пацієнта інших урогенітальних захворювань?
6. За якими ознаками слід перевіряти дерматологічних пацієнтів на наявність ВІЛ-інфекції?
7. У чому полягають особливості дерматозів, які розвиваються на тлі СНІДу?
8. Чи є необхідним проводити догляд за ВІЛ-інфікованими у гумових рукавицях та масках? Обґрунтуйте свою відповідь.
- 9.3 чим пов'язані труднощі лікування опортуністичних інфекцій на тлі СНІДу?
10. З якою мікробіологічною відзнакою ВІЛу пов'язана його дія на імунітет людини?

Ситуаційні задачі:

1. Пацієнт Р., 19 р., скаржиться на виділення із сечовидільного каналу у значній кількості, які супроводжуються свербіжем, часте сечовипускання та печію під час сечовипускання. Об'єктивно виявлена яскрава гіперемія кінцевою відділу уретри та гнійні виділення у значній кількості. Якій урогенітальній інфекції відповідає дана клінічна картина? Які рекомендації слід дати пацієнту на період лікування?
2. Пацієнт Х., 24 р., був скерований у шкірвендиспансер на консультацію дільничним терапевтом. Дані анамнезу: стійкий кашель протягом 2 місяців, зменшення маси тіла на 10 %, діарея протягом місяця. Чи є ці анамнестичні дані приводом для обстеження пацієнта на ВІЛ-інфекцію?
3. Пацієнт Д., 30 р., був скерований у шкірвендиспансер стоматологом. При огляді ротової порожнини пацієнта було виявлено двобічну гіперплазію бокових поверхонь язика у вигляді сірих подовгастих бородавчастих бляшок із шорсткою поверхнею. Які лабораторні дослідження необхідно провести пацієнту? Якому дерматозу відповідає дана клінічна картина?
4. Пацієнт Л., 34 р., скаржиться на болючі висипання на лівій боковій частині тулуба, підвищення температури тіла, загальну слабкість, діарею. Зі слів пацієнта, за останні два місяці він переніс герпетичну інфекцію та втратив близько 1,5 кг маси тіла. При огляді пацієнта виявлені везикулярні згруповані висипання з каламутним вмістом, які локалізуються у лівих міжреберних проміжках на тлі рожевої шкіри. Яку патологію можна запідозрити у даного пацієнта? Яким чином можна підтвердити наявність у пацієнта цієї патології?

Тестові питання:

1. Вкажіть, які симптоми входять до синдрому Рейтера:
 - A. Уретрит, вульвовагініт, ендоцервіцит.
 - B. Уретрит, баланопостит, артрит.
 - C. Уретрит, баланопостит, кон'юнктивіт.
 - D. Уретрит, вульвовагініт, кон'юнктивіт.
 - E. Уретрит, артрит, кон'юнктивіт.
2. Пацієнту О., після проведеного об'єктивного та лабораторного обстежень, було призначено лікування: внутрішньом'язове одноразове введення екстенциліну. Яка ХПСПІ, на Вашу думку, була діагностована у даного пацієнта?
 - A. Кандидозний уретрит.
 - B. Гонорея гостра.
 - C. Гонорея хронічна.
 - D. Урогенітальний трихомоніаз.
 - E. Урогенітальний хламідіоз.
3. Які дерматологічні показання до обстеження пацієнтів з ВІЛ- інфекцією є відносними?
 - A. Афти, які довго не гояться.
 - B. Волосата лейкоплакія ротової порожнини.
 - C. Еозинофільний фолікуліт.
 - D. Ознаки внутрішньовенного введення наркотиків.
 - E. Усі відповіді правильні.
4. Вкажіть типову первинну локалізацію саркоми Капоші при дермальному типі:
 - A. Голова, шия.
 - B. Гомілки, ступні.
 - C. Зовнішні статеві органи, порожнина рота.
 - D. Зовнішні статеві органи, сідниці.
 - E. Нижня та бокова поверхня язика.
5. Який збудник спричиняє волосату лейкоплакію?
 - A. ВІЛ.
 - B. Вірус простого герпесу.
 - C. Вірус Епштейна - Барр.
 - D. Папіломавірус.
 - E. Моллюсковірус.
6. Вкажіть характерні суб'єктивні симптоми ділянки ураження при початковій стадії волосатої лейкоплакії-на тлі ВІЛ-інфекції:
 - A. Біль.
 - B. Печіння.
 - C. Утруднене ковтання.
 - D. Свербіж.
 - E. Суб'єктивні відчуття відсутні.

7. У ВІЛ-інфікованого пацієнта на шкірі проксимальних відділів кінцівок виявлено вузлики червоного кольору, діаметром 4-5 мм, екскоріації, кірки. Який дерматоз виник у даного пацієнта?

- A. Волосата лейкоплакія.
- B. Вегетуюча шанкериформна піодермія.
- C. Еозинофільний фолікуліт.
- D. Кандидоз.
- E. Саркома Капоші.

8. Вкажіть основний шлях передачі збудника при гонококовій інфекції:

- A. Гемотрансфузійний
- B. Трансмівний
- C. Побутовий
- D. Трансплацентарний
- E. Статевий

9. У пацієнта проведено забір матеріалу із уретри для виявлення гонокока. При фарбуванні за Грамом гонокок стає:

- A. Грам (+)
- B. Грам (-)
- C. Не забарвлюється
- D. Такий метод у практичній медицині не використовують
- E. Може забарвлюватися, як Грам (+) так і Грам (-)

10. Які заходи на сучасному етапі є пріоритетними у профілактиці ВІЛ-інфекції?:

- A. Вакцинація
- B. Використання одноразового медичного інструментарію
- C. Використання презервативів
- D. Індивідуальні методи захисту
- E. Санітарно-просвітня робота

11. Які заходи на сучасному етапі є пріоритетними у профілактиці ВІЛ-інфекції?:

- A. Вакцинація
- B. Використання одноразового медичного інструментарію
- C. Використання презервативів
- D. Індивідуальні методи захисту
- E. Санітарно-просвітня робота

Література

Основна:

1. Зайченко М.М., Зайченко Я.О. Шкірні та венеричні хвороби. - К: Здоров'я, 2005. - С. 81 - 98.
2. Кравченко Б.Г. Шкірні та венеричні хвороби. - К: Здоров'я, 1995. — С. 228 -239.
3. Шегедин М.Б., Зайченко М.М., Зайченко Я.О. Медсестринство в дерматології і венерології. —К.: Медицина, 2008. — С. 106 - 117.

Додаткова:

1. Савчак В., Галникіна С. Хвороби шкіри. Хвороби, що передаються статевим шляхом. - Тернопіль: УКРМЕДКНИГА, 2001. - С. 375-395,405-408.