БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

(БПОУ ОО «МК»)

ПМ.02 Лечебная деятельность

МДК.02.03 Оказание акушерско-гинекологической помощи

Раздел 10. Лечение пациентов акушерско-гинекологического профиля

Тема: Лечение воспалительных заболеваний женских половых органов

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

Преподаватель ЦК ЛД

Комарова Г.Я

2021

**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .02** **Лечебная деятельность**

**МДК 02.03** **Оказание акушерско-гинекологической помощи**

**Раздел №10 Лечение пациентов акушерско-гинекологического профиля**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме №10.4 «Лечение воспалительных заболеваний женских половых органов»**

**Слайд 2**

**План:**

1. Вульвит
2. Бартолинит
3. Кольпит
4. Эндоцервицит
5. Внутренние половые органы
6. Вагинальный кандидоз
7. Трихомониаз
8. Гонорея
9. Урогенитальный хламидиоз
10. Генитальный герпес
11. Генитальный туберкулез

**Слайд 3**

**Вульвит**

    Лечение заключается в устранении причины.

Назначают:

- промывание влагалища настоем трав (ромашка, календула, шалфей, зверобой), растворами антисептиков (диоксидин, мирамистин, хлоргексидин, перманганата калия и др.);

- сидячие ванночки с отварами трав и растворами антисептиков;

- комплексные антибактериальные препараты, эффективные в отношении многих бактерий, грибов, трихомонад: полижинакс, тержинан, нео-пенотран для введения во влагалище ежедневно в течении 10-14 дней.

- после стихания воспалительного процесса местно можно применять мази с витаминами А, Е, солкосерил, актовегин, облепиховое масло и масло шиповника;

- при выраженном зуде назначают антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил), местно – анастезирующие мази.

**Слайд 4**

**Бартолинит**

    Лечение сводится к назначению антибиотиков с учетом чувствительности возбудителя, симптоматических средств.

Местно назначают аппликации противовоспалительных мазей (левомеколь), прикладывают пузырь со льдом для уменьшения остроты воспаления. В острой фазе воспалительного процесса применяют физиотерапию – УВЧ на область пораженной железы.

    При образовании абсцесса показано хирургическое лечение – вскрытие абсцесса с формированием искусственного протока путем подшивания краев слизистой оболочки железы к краям кожного разреза. После операции швы обрабатывают антисептическими растворами в течении нескольких дней.

**Слайд 5**

**Кольпит**

    Лечение кольпитов должно быть комплексным, направленным, с одной стороны, на борьбу с инфекцией, а с другой – на устранение сопутствующих заболеваний.

Назначаются антибактериальные препараты, воздействующие на возбудителя. Используют как местную, так и общую терапию. Назначают промывания или спринцевания влагалища растворами диоксидина, хлоргексидина, хлорфиллипта 2-3 раза в день. Длительное промывание (не более 3-4 дней) не рекомендуется, поскольку мешает восстановлению естественной кислой среды влагалища. Также назначаются гинекологические ванночки с антисептическими и противовоспалительными растворами.

    Антибиотики и антибактериальные средства применяют в виде свечей, вагинальных таблеток, мазей, гелей. При анаэробной и смешанной инфекции эффективны бетадин, клион, флагил, орнидазол. Местное лечение часто комбинируют с общей антибиотикотерапией.

    После проведения антибактериальной терапии необходимо назначение эубиотиков (бифидумбактерин, лактобактерин,), восстанавливающих естественную микрофлору и кислотность влагалища.

**Слайд 6**

**Эндоцервицит**

    Лечение в острой фазе заключается в назначении антибиотиков с учетом чувствительности возбудителя. Местное лечение противопоказано из-за риска восходящей инфекции, их проводят после затухания процесса в виде спринцеваний, ванночек, введений тампонов.

**Слайд 7**

**Внутренние половые органы**

    Лечение проводится в стационаре.

Характер и интенсивность комплексной терапии зависит от стадии и выраженности воспалительного процесса, вида возбудителей и др.

     Важно создание психологического и физического покоя, соблюдение диеты с преобладанием легкоусвояемых белков и витаминов. На гипогастральную область помещают пузырь со льдом.

*Комплексная терапия острого воспалительного процесса состоит:*

1.Антибактериальная терапия.

Препарат выбирают с учетом спектра и механизма действия, а также этиологии заболевания. В связи с полимикробной этиологией воспаления следует применять препараты, эффективные в отношении большинства возбудителей. Это могут быть антибиотики пенициллинового ряда (амоксициллин, пиперациллин, ампициллин), цефаспорины 3-его поколоения (цефтриаксон, цефаперазон), аминогликозиды (гентамицин, нетилмецин), линкозамины (линкомици), макролиды (спирамицин, эритромицин), тетрациклины (доксициклин). Возможны комбинации антибиотиков.

 Целесообразно комбинировать антибиотики с производными нитромидазола (метранидазол).

**Слайд 8**

    При выраженном воспалительном процессе антибиотики начинают вводить парентерально  до 2-х суток, а затем назначают внутрь

2. Антимикотические препараты (нистатин, леворин, дифлюкан, низорал) с целью профилактики грибковой инфекции.

3. Инфузионная терапия назначается при интоксикации (изотонический раствор хлорида натрия, глюкоза, р-р Рингера, гемодез, реополиглюкин, глюкозо-новокаиновая смесь, плазма, р-р альбумина).

**Слайд 9**

4.Антигистаминные средства для ослабления сенсибилизации.

5.Нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, вольтарен, пироксикам)

6.Иммуномодуляторы, для коррекции нарушенного иммунитета (гамма-глобулин, левамизол, тималин, тимоген, интерферон)

7.Витаминотерапия (С, Е, группы В), адаптогены.

8.Очень эффектива реинфузия крови, облученной ультрофиолетовыми лучами.

9.Физиотерапия – токи УВЧ на область гипогастрия, электрофорез йодистого калия, меди, цинка; фонофорез гидрокартизона; переменные магнитные поля.

**Слайд 10**

 При лечении эндометрита целесообразно проведение гистероскопии с промыванием полости матки антисептическими растворами.

     Эффективность лечения оценивается через 6-12 часов . Отсутствие эффекта у больных с пельвиоперитонитом служит показанием к хирургическому лечению.

    Чревосечение показано при разрыве гнойного тубоовариального образования, внутрибрюшных абсцессах.

    Пациентке рекомендуется воздержаться от незащищенных половых контактов, пока она или оба партнера не пройдут полный курс лечения.

**Слайд 11**

*Лечение хронических воспалительных заболеваний* включает в себя устранение болевого синдрома, нормализацию менструальной и репродуктивной функций. Основная роль в лечении хр. Воспалительных заболеваний вне обострений принадлежит физиотерапии. Лекарственная терапия направлена на повышение иммунитета, устранение остаточных явлений воспалительного процесса, болевых ощущений. Применяют нестероидные противовоспалительные препараты, витамины, антиоксиданты, иммуностимуляторы.

**Слайд 12**

**Вагинальный кандидоз**

    Лечение должно быть комплексным, не только с воздействием на возбудителя, но и с устранением предрасполагающих факторов.

Рекомендуется отказ от оральных контрацептивов, антибиотиков, глюкокортикостероидов, проводят медикаментозную коррекцию сахарного диабета.

В период лечения и диспансерного наблюдения (3 месяца) рекомендуется использовать презервативы.

     Для лечения острых форм на первом этапе применяют местно один из препаратов в виде крема, свечей, вагинальных таблеток: эконазол, клотримазол, натимицин, тержинан и др. в течении 6-9 дней.

**Слайд 13**

    При лечении хронического кандидоза наряду с местным лечением применяют препараты системного действия – флуконазол, интраконазол.

    На втором этапе лечения проводят коррекцию нарушенной флоры влагалища.

    Критерием излеченности считается отсутствие клинических проявлением и отрицательный результат микробиологического исследования.

    Профилактика заключается в устранении условий для его возникновения.

**Слайд 14**

**Трихомониаз**

    Лечение должно проводиться обоим половым партнерам, даже если трихомонада обнаружена у одного из них. В период лечения и диспансерного наблюдения половую жизнь запрещают либо рекомендуют использование презервативов.

    При остром и подостром трихомониазе назначают один из специфических противотрихомонадных препаратов – орнидазол, тинидазол, метронидазол.

    Критерием излеченности является исчезновение клинических проявлений и отсутствие трихомонад в выделениях из половых путей и моче.

    Профилактика сводится к своевременному выявлению и лечению больных и трихомонадоносителей, соблюдении личной гигиены, исключению случайных половых связей.

**Слайд 15**

**Гонорея**

   Лечению подлежат оба половых партнера.

Основное место принадлежит антибиотикотерапии с учетом роста штаммов и устойчивости к антибиотикам.

    Лечение свежей гонореи нижних отделов без осложнений заключается в однократном назначении одного из антибиотиков: **цефтриаксон, азитромицин и др.**

    Для лечения гонореи нижних отделов с осложнениями и гонореи верхних отделов используют те же антибиотики в течение 7 дней.

    На время лечения исключают алкоголь и половые контакты. В период диспансерного наблюдения рекомендуют использовать презервативы.

**Слайд 16**

После окончания лечения антибактериальными препаратами назначают эубиотики интравагинально (лактобактерин, бифидум бактерин, ацилакт).

    При торпидном или хроническом течении гонореи рекомендуется назначать иммунотерапию и физиотерапию.

Иммунотерапия подразделяется на специфическую (гонококковая вакцина) и и неспецифическую (пирогенал, продигиозан, аутогемотерапия). Иммунотерапия назначается либо после стихания острых явлений на фоне продолжающейся антибиотикотерапии, либо до начала лечения антибиотиками при подостром, торпидном или хроническом течении.

    Принципы терапии острых форм восходящей гонореи аналогичны таковым при лечении воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

*Критериями излеченности гонореи* (через 7-10 дней после окончания терапии) служат исчезновение симптомов заболевания и отсутствие гонококков в выделениях из уретры, цервикального канала и прямой кишки.

**Слайд 17**

Мазки берутся после комбинированной провокации, при которой мазки берутся через 24, 48 и 72 часа.

*Провокацию подразделяют на:*

-физиологическую (менструация);

-химическую (смазывание уретры 1-2%р-р нитрата серебра и цервикального канала 2-5% ром нитрата серебра);

-биологическую (в/м введение гоновакцины в дозе 500 мл микробных тел);

-физическую (индуктотермия);

-алиментарную (острая соленая пища, алкоголь).

Комбинированная провокация является сочетанием нескольких видов.

**Слайд 18**

    Второе контрольное исследование проводят в дни ближайшей менструации. Оно заключается в бактериоскопии отделяемого из уретры, цервикального канала и прямой кишки, взятого 3 раза с интервалом в 24 часа.

    При третьем контрольном обследовании (после окончания менструации) делают комбинированную провокацию, после чего проводят бактериоскопическое исследование по той же схеме. При отсутствии гонококков пациентку снимают с учета.

    Профилактика заключается в своевременном выявлении и адекватном лечении больных гонорей. С этой целью проводят профилактические осмотры, особенно работников детских учреждений, столовых. Обязательному обследованию подлежат беременные взятые на учет в женской консультации.

Личная профилактика сводится к соблюдению личной гигиены, исключению случайных половых связей, использованию презерватива. Профилактика гонореи у новорожденных проводится сразу после рождения.

**Слайд 19**

**Урогенитальный хламидиоз**

   Обследованию и лечению подлежат все половые партнеры. В период лечения или диспансерного наблюдения следует воздержатся от половых контактов или использовать презервативы.

   Терапия хламидиза должна быть комплексной. Трудности и неудачи лечения объясняются биологическими свойствами возбудителя (внутриклеточное паразитирование, способность к образованию Л-форм), сочетанием хламидиоза с другими генитальными инфекциями.

    При неосложненном хламидиозе рекомендуется один из антибиотиков: азитромицин,эритромицин, доксициклин идр. В течение 7-10 дней.

    В связи со снижением иммунитета целесообразно включать препараты интерферона (виферон, реаферон). Кроме того назначают антиоксиданты, витамины, физиотерапию, проводят коррекцию вагинального микробиоценоза влагалища эубиотиками.

    Критерием излеченности считается отсутствие клинических проявлений и отсутствие хламидий в исследованиях, проводимых через 7-10 дней, а затем через 3-4 недели.

    Профилактика заключается в выявлении и своевременном лечении больных, исключении случайных половых контактов.

**Слайд 20**

**Генитальный герпес**

    Цель лечения заключается в подавлении размножения вируса в период обострения заболевания и формирования стойкого иммунитета для профилактики рецидивов герпетической инфекции.

    Рекомендуют противовирусные препараты: ацикловир, валацикловир в течение 5-10 дней.

   Назначается иммунотерапия – неспецифическая (тимолин, тимоген) и специфическая (противогерпетический гамма-глобулин, герпетическая вакцина).

   Важным звеном в лечении является коррекция нарушений системы интерферона как главного барьера на пути внедрения инфекции. С этой целью назначают полудан, циклоферон, амиксин, виферон в ректальных свечах.

   Рекомендуется местное применение антисептиков для профилактики вторичной гнойной инфекции.

    С целью предупреждения рецидивов используют герпетическую вакцину, а так же противовирусные и иммунные препараты.

    Критериями эффективности лечения считают исчезновение клинических проявлений заболевания (рецидива).

**Слайд 21**

**Генитальный туберкулез**

    Туберкулез – инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией (бактерией Коха).

Генитальный туберкулез развивается, как правило, вторично в результате переноса инфекции из первичного очага поражения, чаще из легких.

    Из первичного очага микобактерии попадают в половые органы гематогенным путем. Прямое поражение при половых контактах возможно только теоретически, поскольку многослойный эпителий вульвы и влагалища устойчив к микобактериям.

    В структуре генитального туберкулеза первое место по частоте занимает поражение маточных труб, второе – эндометрий. Туберкулез маточных труб часто заканчивается их облитерацией, образованию пиосальпинкса. Часто воспаление сопровождается вовлечением в процесс брюшины с асцитом, петель кишечника с образованием спаек. Генитальный туберкулез часто сочетается с поражением мочевых путей.

**Слайд 22**

*Классификация:*

* Хронические формы с продуктивными измененими и нерезко выраженными клиническими симптомами;
* Подострую форму с экссудативно- пролиферативными изменениями и значительными поражениями;
* Казеозную форму с тяжелыми и острыми процессами;
* Законченный туберкулезный процесс с инкапсулированием обызвествленных очагов.

**Слайд 23**

*Клиника.*

     Первые симптомы могут уже появиться  в периоде полового созревания, но в основном генитальным туберкулезом болеют женщины 20-30 лет.

ГТ имеет в основном стертую клиническую картину с большим разнообразием симптомов. Бесплодие является, а иногда и единственным симптомом заболевания.                                                                                                Следующим симптомом является нарушение менструальной функции: аменорея, олигоменорея, нерегулярные менструации, альгоменорея.

Субфебрильная температура и тянущие, ноющие боли внизу живота из-за спаечного процесса в малом тазу.

Признаки туберкулезной интоксикации – слабость, периодическая лихорадка, ночная потливость, снижение аппетита, похудание.

**Слайд 24**

*Диагностика*генитального туберкулеза затруднена.

1. Анамнез.
2. Жалобы.
3. Туберкулиновые пробы (проба Коха).
4. Микробиологические методы. Исследуют выделения из половых путей, менструальную кровь, соскобы эндометрия или смывы из полости матки.
5. Лапароскопия.
6. Гистологическое исследование тканей, полученных при раздельном диагностическом выскабливании.
7. Гистеросальпингография.

**Слайд 25**

*Лечение.*

Проводят в специализированных учреждениях.

Терапия комплексная и включает в себя противотуберкулезную химиотерапию, средства повышения защитных сил организма (отдых, полноценное питание, витамины), физиотерапию, хирургическое лечение по показаниям.

В комплекс лечения включают антиоксиданты (токоферола ацетат, тиосульфат натрия), иммуномодуляторы (метилурацил, левамизол), специфический препарат туберкулин, витамины группы В, аскорбиновую кислоту.

**Слайд 26**

*Профилактика.*

Начинается уже в первые дни жизни с введения вакцины БЦЖ. Ревакцинацию проводят в 7, 12, 17 лет под контролем реакции Манту. Другой мерой профилактики является изоляция больных активным туберкулезом. Неспецифическая профилактика подразумевает проведение общеоздоровительных мероприятий, повышение резистентности организма, улучшение условий жизни и труда.