

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Українська медична стоматологічна академія**

«ЗАТВЕРДЖЕНО»  
на засіданні кафедри  
внутрішніх хвороб та  
медицини невідкладних  
станів з шкірними та  
венеричними хворобами  
протокол №1 от 28.08.2019  
Зав. курсом, к.мед. н., доц.  
\_\_\_\_\_ Попова І.Б.

**Методичні рекомендації для самостійної підготовки студентів**  
**під час підготовки до практичного заняття**

Навчальна дисципліна	Дерматологія, венерологія
Модуль №1	Дерматовенерологія
Тема заняття №11	Характеристика інфекційних хвороб, що переважно передаються статевим шляхом. Збудник, патогенез та загальний перебіг сифілітичної інфекції.
Курс	IV
Факультет	Медичний

## **Змістовний модуль №1**

### **Тема: Характеристика інфекційних хвороб, що переважно передаються статевим шляхом**

**1.Актуальність теми.** За останнє десятиріччя серед осіб багатьох країн спостерігається збільшення інфекцій статевих органів, які стійко посідають перше місце в структурі акушерсько-гінекологічних та урогенітальних захворювань. Серед інфекційних захворювань найбільш поширеними є дисбіози (бактеріальний вагіноз, урогенітальний кандидоз), хламідіоз, трихомоніаз. Такі соціальні процеси, як урбанізація суспільства, погіршення екології, а також наслідки безконтрольного застосування ліків (в першу чергу антибіотиків), мають негативний вплив на організм людини. Захворюваність сифілісом залишається напруженою, особливо останнім часом. Незважаючи на диспансерні заходи, що проводяться, число хворих даним захворюванням не зменшується. Причинами такого положення є низькі соціально-економічні умови життя людей, невчасне виявлення хворих, почастишала екстрагенітальна локалізація висипань, помилки діагностики, що допускаються лікарями різних спеціальностей: стоматологами, гінекологами, оториноларингологами, тому засвоєння навичок розпізнавання проявів сифілісу( типових та атипових) є вельмоважливим в навчанні.

### **2.Конкретні цілі:**

1. Зібрати та проаналізувати скарги, анамнез життя і захворювання пацієнта з ЗППСШ та первинним сифілісом
2. Вибрати й проаналізувати зі скарг хворого, даних анамнезу життя й захворювання, об'єктивного дослідження пацієнта симптоми й синдроми, що відбивають наявність ЗППСШ та первинного сифілісу.
3. На підставі скарг, анамнезу, додаткового обстеження та об'єктивних даних захворювання встановити попередній діагноз ЗППСШ та первинний сифіліс.
4. Скласти схему діагностичного пошуку при ЗППСШ та первинному сифілісі трактувати ці дані.
5. Визначити необхідний обсяг і послідовність методів обстеження, інтерпретувати результати:
  - загальноклінічних лабораторних й інструментальних методів дослідження;
  - одночасне використання різних методів діагностики;
  - неодноразове використання досліджуваного матеріалу;
  - забір матеріалу з різних вогнищ (уретра, сечовий міхур, вульва, вагіна);
  - правильна техніка забору і транспортування матеріалу.

Для лабораторної діагностики ЗППСШ та первинним сифілісом застосовуються такі методи:

- мікроскопія нативного препарату;
  - мікроскопія забарвленого препарату;
  - люмінесцентна мікроскопія;
  - культуральні;
  - імунологічні;
  - експрес-метод (латекс-аглютинація).
6. Поставити заключний діагноз і визначити тактику ведення хворого з ЗППСШ та первинним сифілісом
  7. Вибрати основні заходи індивідуальної й суспільної профілактики при ЗППСШ та первинному сифілісі

### **3.Базові знання, вміння, навички для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)**

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. КАФЕДРА БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ 2. КАФЕДРА БІОНЕРГАНІЧНОЇ, ФІЗИКО – КОЛОЇДНОЇ, БІООРГАНІЧНОЇ ХІМІЇ 3. КАФЕДРА ФАРМАКОЛОГІЇ З АЛЕРГОЛОГІЄЮ 4. КАФ.ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Знати властивості збудників;</li> <li>• Виписка препаратів для специфічного та неспецифічного лікування хворих на сифіліс ;</li> <li>• Постановка та оцінка проб на переносимість медикаментів ;</li> <li>• Заповнення та ведення медичної документації;</li> <li>• Виділяти патогномонічні симптоми та типові клінічні ознаки (та інші ),та на їх основі встановлювати діагноз</li> </ul> Організація та проведення профілактичних заходів.

### **4.Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття**

**4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:**

ТЕРМІН	ВИЗНАЧЕННЯ
<b>Загальна характеристика ЗПСШ</b>	На сьогодні нараховується понад 20 інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ). Вони характеризуються високою контагіозністю і швидким розповсюдженням

	у певних групах населення. В практичній венерології прийнято виділяти традиційні “класичні” венеричні захворювання: сифіліс, гонорея, шанкроїд (м’який шанкр), лімфогранулематоз венеричний, гранульома венерична. За класифікацією ВООЗ в другу групу включені захворювання, які передаються, головним чином, статевим шляхом, з переважним ураженням статевих органів: хламідіоз, трихомоніаз, кандидозні вульвовагініти, мікоплазмоз, генітальний герпес, бактеріальний вагіноз.
<b>Захворювання, які можуть мати як статевий, так і нестатевий шляхи передачі</b>	Існують такі захворювання, які можуть мати як статевий, так і нестатевий шляхи передачі (папіломовірусні інфекції статевих органів, гепатит В, цитомегалія тощо). Відомо, що нормальна мікрофлора статевих шляхів за певних умов набуває патогенних властивостей, а її представники стають збудниками ряду захворювань бактеріальної етіології. Сучасний рівень мікробіології дозволив розширити уявлення про стан мікробіоценозу статевих шляхів жінки і довести, що пригнічення нормальної мікрофлори піхви призводить до виникнення бактеріального вагінозу (БВ), урогенітального кандидозу (УГК), неспецифічних вагінітів.
<b>Класифікація ВОЗ</b>	За класифікацією ВООЗ (1985), інфекційні урогенітальні захворювання поділяються на “трансмисивні” і “нетрансмисивні”, тобто ті, що передаються статевим шляхом і не передаються.
<b>Сексуально-трансмисивні захворювання</b>	(СТЗ) мають 2 клінічні форми: свіжу, яка спостерігається протягом 2-х місяців (в свою чергу, поділяється на гостру, підгостру і торпідну), та хронічну. СТЗ також поділяють на специфічні і неспецифічні. До специфічних належать сифіліс, гонорея, трихомоніаз і туберкульоз.
<b>Сифіліс</b>	це хронічне венеричне захворювання з циклічним хвилеподібним перебігом, при якому уражаються шкіра, слизові оболонки, а також внутрішні органи і тканини і яке може передаватися потомству.

<b>Етіологія</b>	Збудником сифілісу є бліда трепонема (БТ), яку відкрили F. Schaudinn і E. Hoffmann в 1905 році. Бліда трепонема: тканинний паразит, поза організмом вона швидко гине; також швидко гине від дії дезінфікуючих розчинів; особливо нестійка трепонема до висихання і високої температури (при + 55 ° С вона гине через 15-20 хв.); оптимальна температура для існування бліди трепонем 37 ° С. Разом з тим, в заморожених трупах БТ може зберігати свої властивості до 3-х діб. Як факультативний анаероб бліда трепонема знаходить оптимальні умови для свого перебування і розвитку в лімфатичну систему організму, зокрема в лімфатичних вузлах. При несприятливих умовах існування БТ може трансформуватися в пристосувальні форми (цисти і L-форми).
<b>Джерела зараження</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ хвора людина;</li> <li>▪ інфіковані предмети догляду, предмети особистої гігієни;</li> <li>▪ заморожений трупний матеріал.</li> </ul>
<b>Шляхи зараження сифілісом статеві і нестатеві</b>	<p>розрізняють:</p> <p>1) контактний:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ статеві (При генітальних, анальних і оральних контактах)</li> <li>▪ побутовий (Через поцілунки, укуси, під час годування хворою жінкою маленьких дітей, а також можливе зараження немовлят через материнське молоко хворої сифілісом жінки. Цілком можливо зараження сифілісом через сперму хворих, а заразливість слини, поту і сечі не доведена ні клінічно, ні експериментально. можливе зараження через різні предмети, якими користувався хворий (ложки, склянки, зубні щітки, рушники, а також можливе зараження через духові інструменти), особливо при локалізації уражень на слизу стій оболонці рота;</li> <li>▪ професійний (під час операцій, секцій, гінекологічного та стоматологічного обстеження хворих). Можливе зараження через медичні предмети (наконечники клізм, маткові дзеркала, стоматологічні</li> </ul>

	<p>інструменти і т.п.);</p> <p>2) трансфузійний шлях - найбільш рідкісний, так як кров є несприятливим середовищем для існування БТ, зараження є найбільш вірогідним при вторинному свіжому сифілісі, коли відбувається масова гематогенна дисемінація БТ. У такому випадку розвивається так званий обезголовлений сифіліс, оскільки через 2-2,5 міс він проявляється відразу ознаками вторинного сифілісу без симптомів первинного періоду;</p> <p>3) трансплацентарна.</p>
<b>Клініка</b>	<p>1.Інкубаційний період сифілісу-від моменту зараження до розвитку твердого шанкра.</p> <p>2.Первинний період сифілісу починається з моменту виникнення твердого шанкра і регіонарного склероденіта до розвитку вторинних сифілідів. При первинному сифілісі виділяють також первинний серонегативний, первинний серопозитивний і первинний прихований сифіліс.</p> <p>3.Вторинний період сифілісу, який поділяють на вторинний свіжий, вторинний рецидивний і вторинний прихований.</p> <p>4.Третинний період сифілісу, який поділяють на активний, або гумозний, і прихований сифіліс.</p> <p>5.Прихований сифіліс є збірне поняття, в яке входить невідомий прихований сифіліс або сифіліс без явних клінічних проявів.</p> <p>6.Природжений сифіліс, який поділяють на ранній вроджений сифіліс з моменту народження до 2 років, пізній вроджений сифіліс і прихований вроджений сифіліс.</p> <p>7.Сифіліс нервової системи (нейросифіліс), який поділяють на: а) ранній мезенхимний нейросифіліс; б) пізній мезенхимний нейросифіліс; в) паренхіматозний нейросифіліс (спинна сухотка, прогресивний параліч, табопараліч).</p> <p>8.Вісцеральний сифіліс (із зазначенням ураженого органу).</p>
<b>Клінічні ознаки класичного</b>	<p>• первинний морфологічний елемент у</p>

<b>(ерозивний або виразкового) твердого шанкра:</b>	<p>вигляді ерозії або виразки</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• колір висипки мідно-червоний ( «м'ясо» - червоний)</li> <li>• форма висипу правильна округла;</li> <li>• розміри монетовидні;</li> <li>• поверхню ерозивного шанкру гладенька, а виразкового покрита гнійним нальотом;</li> <li>• щільність країв і дна висипу при пальпації;</li> <li>• шкіра навколо елементів без змін;</li> <li>• наявність супутнього регіонарного склероденіта</li> </ul>
<b>Діагностика первинного періоду сифілісу</b>	<p>Діагноз первинного серонегативного сифілісу повинен бути обов'язково підтверджений виявленням в секреті з твердого шанкра блідих трепонем або в пунктаті регіонарних лімфатичних вузлів. З цією метою іноді доводиться проводити багаторазові дослідження. Для підтвердження діагнозу первинної сифіломи використовують також класичні серологічні реакції крові, стають позитивними через С-4 тижні після утворення первинної сифіломи: це є свідченням переходу серонегативного первинного сифілісу в серопозитивний. Для підтвердження діагнозу важливо використовувати метод конфронтації, тобто обстеження особи, від якого, на думку хворого, могло статися зараження.</p>
<b>Лікування</b>	<p>Лікування сифілісу повинно бути комплексним і індивідуальним. Основу лікування сифілісу складають антибіотики. У ряді випадків призначають лікування, що доповнює антибіотики (імунотерапія, загальнозміцнюючі препарати, фізіотерапія і т. Д.).</p>
<b>Гонорея</b>	<p>Інфекційне захворювання з яскраво вираженими симптомами, що викликається гонококами. Гонококове запалення супроводжується дегенеративними і інфільтративними процесами слизової оболонки органів уrogenітальної системи,</p>

	прямої кишки, ротоглотки. У прогресуванні фазі запалення в підслизовому шарі утворюється інфільтрат з лімфоїдних елементів, який може замінюватися рубцевою тканиною.
<b>Етіологія</b>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , грамнегативний диплокок, що представляє собою бобовидної форми, нерухомий, що не утворює спор, гноєтворні мікроорганізми, відкритий Нейссером в 1879 р.
<b>Клініка</b>	Локалізована гонококова інфекція <ul style="list-style-type: none"> <li>• Гонококовий уретрит, цервіцит, вульвовагініт, який проявляється гнійними або слизисто-гнійними виділеннями з статевих шляхів, з сверблячкою / палінням в області зовнішніх статевих органів, диспареунією (хворобливістю під час статевих актів), дизурією (свербіж, печіння, болючість при сечовипусканні), дискомфортом або болем в області нижньої частини живота.</li> </ul>
<b>Діагностика</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бактеріоскопічний. .</li> <li>2. Бактеріологічний. Серологічний метод діагностики. Даний аналіз носить назву реакції Борде-Жангу, його проводять в разі хронічної гонореї, коли бактеріологічний аналіз є негативним. Серологічний метод виявлення гонореї є допоміжним.</li> <li>3. Імунофлюоресцентний аналіз (ПІФ). Імуноферментний аналіз. Дозволяє визначити наявність у виділеннях стійких L-форм гонокока або навпаки, нежиттєздатних штамів.</li> <li>4. Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР).</li> </ol>
<b>Лікування</b>	Цефтріаксон по 250 мг одноразово внутрішньом'язово. Цефіксим по 400 мг одноразово. Альтернативний препарат Спектиноміцин по 2 г одноразово внутрішньом'язово.
<b>Хламідіоз</b>	Інфекційне захворювання, що передається



	статевим шляхом, збудником якого є <i>Chlamydia trachomatis</i> (серотипи DK).
<b>Джерела і шляхи зараження</b>	<p>Зараження хламідіозом зазвичай відбувається статевим шляхом, проте передача відбувається не у всіх випадках: якщо гонореєю від хворого партнера заразиться під час статевого контакту 3 з 4 чоловік, то хламідіозом - 1 з 4. Жінки більш сприйнятливі до хламідіозу.</p> <p>Діти можуть інфікуватися при проходженні через родові шляхи матері хворої хламідіозом. Контактно-побутовий шлях передачі з забруднених рук на очі, статеві органи. Встановлено збереження інфекційності хламідій на побутових предметах, у вологих умовах, до 2 діб при температурі 19-20 градусів</p>
<b>Етіологія</b>	<i>Chlamydia trachomatis</i> - являють собою нерухомі, коковидної, грамнегативні внутрішньоклітинні мікроорганізми. Хламідійна інфекція вражає головним чином сечостатеву систему.
<b>Клініка</b>	На початкових етапах захворювання хламідіоз може протікати безсимптомно. Відсутність клінічних симптомів захворювання лише вказує на тимчасове рівновагу між паразитом і господарем в умовах обмежують, але не перешкоджають розмноженню патогенної внутрішньоклітинного мікроорганізму. Хламідійна інфекція з клінічно безсимптомним перебігом є не менш небезпечною, ніж її маніфестні форми, вимагає проведення лікувальних і профілактичних заходів, які впливають на збудник і підвищують захисні сили організму.
<b>Діагностика</b>	Діагностика хламідіозу складна, оскільки <a href="#"><i>Chlamydia trachomatis</i></a> - внутрішньоклітинний паразит. У зв'язку з цим для діагностики хламідіозу беруть не <a href="#">мазок</a> (Слиз і виділення), а <a href="#">зішкріб</a> (Клітини хворого органу), але застосування неінвазивних тестів іноді більш прийнятно для пацієнтів. Матеріалом для аналізу на хламідії також може стати кров, сеча і сперма у чоловіків.

	<p>Для виявлення хламідій використовуються такі лабораторні методики:</p> <p><a href="#">Полімеразна ланцюгова реакція</a>(ПЛР)</p> <p><a href="#">імуноферментний аналіз</a>(ІФА)</p> <p><a href="#">посів</a> на хламідії (Культуральний метод)</p> <p><a href="#">мікроскопічний аналіз</a>(Загальний мазок)</p> <p><a href="#">реакція імунофлюоресценції</a>(РІФ)</p>
<b>Лікування</b>	<p>Азитроміцин (Сумамед) по 500 мг 1 раз на день в 7 днів. Або Джозаміцин (Вільпрафен) 500 мг по 1 табл \ 2р. В день на протязі. 10 днів + Доксициклін (Юнідокс Солютаб) по 1 таб. 2 р. В день на протязі. 10 днів + Дифлюкан 150 мг (флуконазол) по 1 капс на 1, 3, 5, 7, 9 день. Жінкам вагінально Нео-Пенотран або Неотрізол по 1 св. 1 р в день на протязі. 7 днів. Після Циклоферон або Неовир по 1 амп. Через день 5 амп. ВАгісан або Вагілак по 1 св. 10 днів + Лінекс по 2 капс. 3 р. В день 3 тижні.</p>
<b>Трихомоніаз</b>	<p><a href="#">інфекційне захворювання</a> органів <a href="#">сечостатевої системи</a> людини. збудник <a href="#">-вагінальна трихомонада</a>.</p> <p>Трихомоніаз займає перше місце за поширеністю серед захворювань <a href="#">сечостатевої системи</a>. Крім того, трихомоніаз тримає першість і серед <a href="#">захворювань, що передаються статевим шляхом</a>. За даними <a href="#">Всесвітньої організації охорони здоров'я(+1999м)</a>, 10% населення земної кулі хворіють трихомоніазом. Трихомоніаз щорічно реєструють у близько 170 млн осіб.</p>
<b>Джерела і шляхи зараження</b>	<p>Найчастіше шлях передачі через незахищений статевий акт</p>
<b>Етіологія</b>	<p>піхвова трихомонада (<a href="#">лат.</a> Trichomonas vaginalis) - одноклітинний мікроорганізм роду <a href="#">трихомонад</a>. Має в довжину 13-18 мкм (до 30-40 мкм). Завдяки рухам джгутиків і хвилеподібній мембрані трихомонади можуть</p>

	активно переміщатися, утворювати псевдоподії і проникати в міжклітинні простори.
<b>Клініка</b>	<p>Симптоми захворювання у жінок</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• виділення з піхви (звичайно жовті, іноді з неприємним запахом);</li> <li>• свербіж, печіння і гіперемія зовнішніх статевих органів;</li> <li>• біль при сечовипусканні;</li> <li>• біль при статевих контактах.</li> <li>• слизова оболонка піхви різко гіперемована, легко кровоточить, покрита гнійними виділеннями</li> </ul> <p>Симптоми захворювання у чоловіків</p> <p>У чоловіків захворювання в більшості випадків протікає безсимптомно. Іноді при трихомоніазі у чоловіків виникають такі симптоми:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• виділення з сечовипускального каналу;</li> <li>• біль при сечовипусканні;</li> <li>• при ураженні передміхурової залози – симптоми простатиту;</li> <li>• в рідкісних випадках можливе виділення крові з сечівника</li> </ul>
<b>Діагностика</b>	<p>Мікроскопія при запущених стадіях</p> <p>ПЛР використовується досить часто, так як не вимагає після додаткових аналізів.</p> <p>Культуральні посів при початкових стадіях</p>
<b>Лікування</b>	Основним препаратом лікування є Метронідазол по 250-500 мг 3 рази на день протягом 1 тижня. Місцеве лікування неефективне
<b>Кандидоз</b>	один з різновидів <a href="#">грибкової інфекції</a> , Викликається мікроскопічними грибами роду <a href="#">Candida</a> (в першу чергу - <a href="#">Candida albicans</a> )
<b>Джерела і шляхи зараження</b>	Більшість людей стикаються з грибами Candida в перший рік життя, а за деякими даними внутрішньоутробно. Можливість інфікування плода підтверджується

	<p>виявленням грибів в навколоплідної рідини, плаценті, оболонках пуповини.</p> <p>Також зараження передається через незахищений статевий контакт. Найчастіше кандидоз виникає при зниженні імунітету людини, в слідстві чого Кандида починає активно розмножуватися, що призводить до ряду симптомів</p>
<b>Етіологія</b>	<p>Дріжджоподібні гриби виду <i>Candida albicans</i> - одноклітинні мікроорганізми овальної або круглої форми. Утворюють псевдоміцелій (нитки з подовжених клітин), бластоспори (клітини нирки, які сидять на перетяжках псевдоміцелію) і деякі хламідоспори - суперечки з подвійною оболонкою.</p>
<b>Клініка</b>	<p>Симптоми кандидозу у жінок</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Печіння і свербіж в області зовнішніх статевих органів.</li> <li>• Білі сирнистий виділення з піхви.</li> <li>• Біль при статевому акті.</li> <li>• Біль при сечовипусканні.</li> <li>• Різкий, неприємний запах.</li> </ul> <p>Симптоми кандидозу (молочниці) у чоловіків</p> <p>печіння і <u>свербіж</u> в області головки статевого члена і крайньої плоті.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Почервоніння голівки статевого члена і крайньої плоті.</li> <li>• Білий наліт на голівці статевого члена і крайньої плоті.</li> <li>• <u>біль</u> при статевому акті.</li> <li>• Біль при сечовипусканні.</li> <li>• Виділення білого кольору при сечовипусканні, схожі на сперму</li> </ul>
<b>Діагностика</b>	<p>культуральне дослідження</p> <p>Використання хромогенного селективного середовища «CANDICHROM II» для первинного посіву дозволяє проводити пряму ідентифікацію основного збудника <i>Candida albicans</i> і виділяти інші види дріжджових</p>

	<p>грибів</p> <p>Для визначення чутливості до поширених протигрибкових препаратів (флуконазол, ітраконазол, амфотеріцин В, <a href="#">вориконазол</a>, Флуцитозін (5-флюороцітозін)) доцільно використовувати тест-систему «FUNGIFAST AFG»</p>
<b>Лікування</b>	<p>Дифлюкан 150 мг по 1 капс через день 5 разів.</p> <p>Канестен св. по 1 супп 1 раз в день 6 днів.</p> <p>Місцево крем Гінофорт (як чоловікам так і жінкам)</p> <p>Відмова на час лікування від алкоголю, солодкого, мучного.</p> <p>Після прийом Лінекс по 2 капс. 3 р. У день 14 днів.</p> <p>Жінкам свічки Гінофлор.</p>
<b>Уреоплазмоз</b>	одна з найбільш часто зустрічаються інфекцій, що передаються статевим шляхом.
<b>Джерела і шляхи зараження</b>	<p>Передається від матері до дитини</p> <p>Через незахищений статевий контакт</p>
<b>Етіологія</b>	Шість визнаних видів <i>Ureaplasma</i> мають зміст GC 27-30%, а розмір генома становить від 0,76 до 1,17 мбазу, а холестерин необхідний для росту. [1] Визначальною характеристикою роду є те, що вони виконують гідроліз сечовини. Деякі штами, спочатку класифіковані як <i>U. urealyticum</i> , слід розглядати як новий вид, <i>U. parvum</i> . [2]
<b>Клініка</b>	<p>Найчастіше уреоплазма протікає безсимптомно, що не виявляючи себе. Людина може з нею жити і навіть не підозрювати, що вона є.</p> <p>У гострій фазі можливі наступні прояви:</p> <p>Уретрит (запалення сечовипускального каналу) у чоловіків</p> <p>- Запальні захворювання матки і придатків</p> <p>- Сечокам'яна хвороба (утворення каменів в нирках)</p> <p>- Мимовільні аборти і передчасні пологи</p> <p>Тому лікар повинен обов'язково пам'ятати, що дані симптоми можуть говорити про уреоплазма.</p>
<b>Діагностика</b>	Для виявлення <i>Ureaplasma parvum</i> і <i>Ureaplasma urealyticum</i> використовують посів і ПЦР.

	ІФА і ППФ широко застосовуються в нашій країні, але характеризуються невисокою точністю (близько 50-70%). Виявлення антитіл до <i>Ureaplasma parvum</i> і <i>Ureaplasma urealyticum</i> має обмежене значення в діагностиці уреоплазмоза.
<b>Лікування</b>	Сумамед табл 500 мг. Лише один раз дві таблетки, далі Юнідокс по 1 табл. 2 р. У день 10 днів.
<b>Мікоплазмоз</b>	
<b>Джерела і шляхи зараження</b>	Найчастіше передається через незахищений статевий акт
<b>Етіологія</b>	З 16 видів мікоплазм, захворювання викликають тільки дві: <i>Mycoplasma hominis</i> і <i>Mycoplasma genitalium</i> . Їх можна назвати умовно-патогенними.
<b>Клініка</b>	Можуть бути у дорослої людини, але ніяк себе не проявляти. Також викликає такі захворювання: - Уретрит (запалення сечовипускального каналу) у чоловіків. З мікоплазм основну роль у розвитку уретриту грає <i>Mycoplasma genitalium</i> . - Бактеріальний вагіноз (гарднерельоз). З мікоплазм основну роль у розвитку цього захворювання відіграє <i>Mycoplasma hominis</i> . - <u>Запальні захворювання матки і придатків</u> . З мікоплазм основну роль <i>Mycoplasma hominis</i> . - Пієлонефрит. З мікоплазм основну роль грає <i>Mycoplasma hominis</i> .
<b>Діагностика</b>	Для виявлення мікоплазм використовують посів і ПЦР. ІФА і ППФ широко застосовуються в нашій країні, але характеризуються невисокою точністю (близько 50-70%). Виявлення антитіл до мікоплазми має обмежене значення в діагностиці мікоплазмозу.
<b>Лікування</b>	Лікування повністю аналогічно лікуванню уреоплазмоз
<b>Гепатит В</b>	- антропонозное вірусне захворювання, що

	викликається збудником з вираженими гепатотропними властивостями - вірус гепатиту В (в спеціальній літературі його можуть позначати «вірус ГВ», ВГВ або HBV) з сімейства гепаднавірусів.
<b>Джерела і шляхи зараження</b>	Механізм передачі інфекції - парентеральний. Зараження відбувається природним (статевий, вертикальний, побутової) і штучним (парентеральним) шляхами. Вірус присутній в крові і різних біологічних рідинах - слині, сечі, спермі, вагінальному секреті, менструальній крові і ін. Контагіозність (заразність) вірусу гепатиту В перевищує контагіозність ВІЛ в 100 разів.
<b>Етіологія</b>	<a href="#">ДНК-вірус</a> з сімейства <a href="#">гепаднавірусів</a> , Характерний для Південно-Східної Азії і Японії.
<b>Клініка</b>	Вся симптоматика вірусного гепатиту В обумовлена інтоксикацією внаслідок зниження детоксикаційної функції печінки і холестазом - порушенням відтоку жовчі. Причому передбачається, що в одній групі хворих превалює екзогенна інтоксикація - від токсинів надходять з їжею або утворюються при травленні в кишечнику, а в іншій групі хворих превалює ендогенна - від токсинів, що утворюються в результаті метаболізму у власних клітинах і при некрозі гепатоцитів.
<b>Діагностика</b>	Заснована на клінічних даних, <a href="#">остаточний діагноз</a> ставиться після лабораторних досліджень (показники функції печінки, ознаки <a href="#">цитолізу</a> , <a href="#">серологічні маркери</a> , виділення <a href="#">ДНК-вірусу</a> ).  Діагностичні маркери хронічної HBV-інфекції Діагностичні маркери: Репликативна фаза: HBsAg, HBeAg, HBV DNA, анти-HBc IgG Чи не (низько) реплікативна: HBsAg, анти-HBe, анти-HBc IgG Прекорові мутанти: HBsAg, анти-HBe, HBV DNA, анти-HBc IgG

<b>Лікування</b>	<p>Найчастіше організм справляється сам.</p> <p>Дуже важливо вчасно проводити вакцинацію від гепатиту Б.</p> <p>При лікуванні часто призначають інтерферони внутрішньом'язово по 1-3 млн. МО 1-2 рази на день. Протягом 10 днів.</p> <p>Також важлива підтримуюча терапія у вигляді гепатопротекторів:</p> <p>Гептрал по 1 табл 2 рази на день протягом 1-3 міс.</p> <p>Гепта-Мерц в пак. протягом 2-ох тижнів.</p> <p>Ессенціале по 2 капс. 3р \ день 3 міс.</p>
<b>Герпес</b>	<p>вірусне захворювання з характерним висипанням згрупованих пухирців на шкірі і слизових.</p>
<b>Джерела і шляхи зараження</b>	<p>Передається контактно-побутовим шляхом (вірус герпесу 1 типу), через незахищений статевий акт (вірус герпесу 2 типу)</p> <p>Вірус проникає в чутливі нервові закінчення і вбудовується в <a href="#">генетичний апарат</a> нервових клітин. Після цього видалити вірус з організму неможливо, він залишиться з людиною на все життя. Імунна система реагує на проникнення герпесу виробленням специфічних <a href="#">антитіл</a>, які блокують циркулюючі в крові вірусні частинки.</p>
<b>Етіологія</b>	<p>Вірус простого герпесу другого типу (ВПГ-2) або герпесвірус людини тип 2<sup>[3]</sup> (ГВЧ-2, <a href="#">англ.</a> Human alphaherpesvirus 2, раніше Human herpesvirus 2) – вид <a href="#">вірусів</a> сімейства <a href="#">герпесвірусів</a>, що викликає у людини <a href="#">генітальний герпес</a><sup>[4]</sup>. Цей вірус є нейротрофним і нейроінвазивним, тобто після зараження мігрує в нервову систему.</p>
<b>Клініка</b>	<p>Інфікування оральним і генітальним герпесом в основному проходить безсимптомно, але може супроводжуватися легкими симптомами або викликати утворення хворобливих бульбашок або виразок в інфікованій зоні. Більшість інфікованих не знають про наявність у них інфекції. Як правило, про раніше поставлений діагноз генітального герпесу повідомляють близько 10-20% осіб, інфікованих ВПГ-2. Люди, інфіковані ВПГ-2,</p>



	<p>можуть відчувати легке поколювання або стріляючий біль в ногах, стегнах і сідницях перш, ніж з'являться генітальні виразки.</p> <p>Зараження ВПГ-2 зберігається все життя і не піддається лікуванню.</p>
<b>Лікування</b>	<p>Таблетки Пенцикловір, Фармцікловір, Ацикловіру всередину по 1-2 табл 5 раз в день.</p> <p>Місцево використовують крему на основі пенцикловіру та ацикловіру.</p>
<b>Вірус папіломи людини</b>	Вірусне захворювання, яке характеризується наростами в області геніталій на вигляд схожі на бородавки
<b>Джерела і шляхи зараження</b>	<p>Основним шляхом зараження аногенітальними бородавками (загостреними кондиломами) є статевий шлях зараження.</p> <p>Можливе зараження папіломавірусом новонароджених при пологах, що є причиною виникнення ларингеального папіломатозу у дітей і аногенітальних бородавок у немовлят.</p> <p>Можливе зараження побутовим шляхом, наприклад, через дотик. Вірус папіломи людини здатний існувати деякий час в громадських місцях (туалети, лазні, басейни, спортзали) і проникати в організм людини через садна і подряпини на шкірі</p> <p>Можливо самозараження (аутоінокуляція) при голінні, епіляції</p>
<b>Етіологія</b>	група вірусів із сімейства папіломавірусів, що включає 27 видів з 5 пологів (Alphapapillomavirus, Betapapillomavirus, Gammapapillomavirus, Mupapillomavirus і Nupapillomavirus) і більше 170 типів (штамів)
<b>Клініка</b>	<p>Характерно зниження імунітету. Протікає безсимптомно. У більшості випадків (до 90%) протягом 6-12 місяців відбувається самолікування, в інших випадках відзначається тривалий хронічний рецидивуючий перебіг з можливою <a href="#">малігнізацією</a> процесу (в залежності від типу вірусу)</p>
<b>Діагностика</b>	<p>клінічний огляд</p> <p>кольпоскопія</p> <p>Цитологічне дослідження шийних мазків</p>

	гістологічні дослідження Типування з допомогою ЦПР Digene-test
<b>Лікування</b>	Найчастіше імунітет людини справляється самостійно. Зовнішні прояви найчастіше знешкоджуються хірургічним шляхом, за допомогою скальпелю, припікання та ін. Способами
<b>Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ)</b>	повільно прогресуюче захворювання, що викликається <a href="#">вірусом імунодефіциту людини</a> (ВІЛ)
<b>Джерела і шляхи зараження</b>	Передається тільки через незахищені статеві контакти, а також від багаторазового використання одноразового медичного інструментарію
<b>Етіологія</b>	ВІЛ-інфекцію викликає вірус імунодефіциту людини, що відноситься до сімейства ретровірусів [22], роду лентівірусів. Генوم ВІЛ представлений рибонуклеїнової кислоти і в зараженій клітині піддається зворотної транскрипції. ВІЛ вражає клітини крові людини, що мають на своїй поверхні CD4-рецептори: Т-лімфоцити, макрофаги і дендритні клітини [
<b>Клініка</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Гостра ВІЛ-інфекція: асимптоматична, гострий ретровірусний синдром</li> <li>Клінічна стадія 1: асимптоматична, персистуюча генералізована лімфаденопатія (ПГЛ)</li> <li>Клінічна стадія 2: себорейний дерматит, Ангулярний хейліт, Рецидивні виразки порожнини рота (два або більше епізоду протягом 6 місяців), оперізуючий лишай (Поширений лишай), рецидивні інфекції дихальних шляхів -синусит, середній отит, фарингіт, бронхіт, трахеїт, (Два або більше епізоду протягом 6 місяців), грибові ураження нігтів, папульозні сверблячий дерматит</li> <li>Клінічна стадія 3: волохата лейкоплакія порожнини рота, незрозуміла хронічна діарея тривалістю більше 1 місяця, рецидивний кандидоз порожнини рота (два або більше епізоду протягом 6 місяців),</li> </ul>

	<p>важка бактеріальна інфекція (пневмонія, емпієма, гнійний міозит, Інфекції кісток або суглобів, менінгіт, бактеріємія), Гострий виразково-некротичний стоматит, гінгівіт або періодонтит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Клінічна стадія 4 *: легеневий туберкульоз, Позалегеновий туберкульоз (виключаючи лімфаденопатію), безпричинна втрата ваги (понад 10% протягом 6 місяців), ВІЛ-виснажливий синдром<sup>[96]</sup>, пневмоцистна пневмонія, Важка або підтверджена рентгенологічно пневмонія (два або більше епізоду протягом 6 місяців), цитомегаловірусний ретиніт (з або без коліту), вірус простого герпесу (англ. HSV) (хронічний або персистуючий більше 1 місяця), енцефалопатія, прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія, саркома Капоші і інші ВІЛ-обумовлені злоякісні новоутворення, токсоплазмоз, Дисемінована грибкова інфекція (кандидоз, гістоплазмоз, кокцидіоидомікоз), криптоспоридіоз, криптококовий менінгіт, інфекція, викликана не туберкульозними мікобактеріями, Дисемінована мікобактеріємія (англ. MOTT)</li> </ul>
<b>Діагностика</b>	Аналіз крові на антитіла. Експрес-тести
<b>Лікування</b>	Лікуванню не піддається. Найчастіше призначають підтримуючу терапію, яка включає в себе ряд імуномодуляторів, імуносупресорів і протівірусних засобів.

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація захворювань, що передаються переважно статевим шляхом
2. Загальна класифікація і перебіг сифілісу.

3. Класифікація первинного сифілісу
4. Особливості клінічної картини первинного сифілісу.
5. Діагностика і сифілісу.
6. Диференціальна діагностика та сифілісу.
7. Тактика лікування і профілактики ЗППСШ і І сифілісу.

#### **4.3. Практичні роботи, які виконуються на занятті:**

Практичне заняття починається з участі студентів в ранковому огляді хворих у відділеннях. Звертається увага студентів на важких пацієнтів.

Далі шляхом тестового контролю та прискореного опитування визначається початковий рівень підготовки студентів до практичного заняття. Самостійна робота студентів під керівництвом викладача включає: курацію тематичних хворих (опитування, огляд, обстеження хворих, знайомство з даними обстеження, постановка діагнозу, призначення лікувальних та профілактичних заходів, вирішення питань лікувально-трудова експертизи); вирішення ситуативних задач.

Після закінчення самостійної роботи студентів проводиться її аналіз і корекція. В кінці заняття робота студентів оцінюється, обговорюються результати. Підводиться підсумок заняття.

### **Матеріали для самоконтролю**

#### **Завдання № 1**

До дерматовенеролога звернулася жінка 40 років, кондитер, з виразкою на червоній облямівці верхньої губи справа. Виразка круглий, на Зосн щільного інфільтрату червоно-насиченого кольору, привушні лімфовузли справа збільшені, еластичної консистенції, безболісні. За 2 тижні до появи виразки займалася самолікуванням з приводу пародонтозу. Супутні діагнози: пародонтоз, цукровий діабет. Заміжня, 1,5 місяці тому мала статеві стосунки з малознайомим чоловіком, до цього не мала статевих зносин протягом 6 місяців.

Дані анамнезу мають значення в даному випадку?

- А.Цукровий діабетом.
- В. Пародонтоз.
- С. Статевий анамнез.
- Д. Самолікування.
- Е. Професія.

## **Завдання №2**

На прийом до стоматолога з приводу висипань на слизовій порожнини рота звернулася дівчина 19 років. Помітила висип 10 днів тому. При огляді: на слизовій зіва, губ і щік (по лінії змикання зубів) видно округлі освіти, поверхня яких покрита білястим нальотом, який легко знімається, оголюючи мідного кольору ерозивно поверхню. На слизовій нижньої губи є покриття виразками з чіткими кордонами і ободок інфільтрату фіолетово-червоного кольору, поверхня якого вкрита жовтувато-сірим нальотом. Регіональні та периферичні лімфовузли збільшені до розмірів квасолі, щільно-еластичної консистенції, рухливі. Шкірні покриви вільні від висипань.

Який діагностичний метод дозволить підтвердити це?

- A. Бактеріоскопічне дослідження матеріалу з поверхні виразки з забарвленням за Романовським-Гімзою.
- B. Посів на середовище Сабуро.
- C. люмінесцентних дослідження.
- D. Гістологічне дослідження.
- E. Бактеріоскопічне дослідження матеріалу з поверхні виразки і ерозії в темному полі зору.

## **Завдання №3**

При профогляду в оториноларинголога у дівчини 18 років знайдено збільшення і щільність лівої мигдалини безболісне без островоспалительних явищ, при пальпації пружною, регіонарний склераденіт.

Ваш діагноз?

- A. Шанкр-амигдалит.
- B. Дифтерія.
- C. Ангіна.
- D. стоматит.
- E. Скарлатина.

## **Завдання №4**

До стоматолога звернувся чоловік, у якого на дорзальній поверхні язика є виразка округлої блюдцеподібна форми з рівними краями, без помітних запальних явищ, на дні якої визначається інфільтрат хрящової твердості. Дно шанкра кольору старого сала. Під мову лімфовузли збільшені з двох сторін, щільні, безболісні, не спаяні ні між собою, ні з шкірою.

Якою має бути тактика лікаря відносно хворого?

- A. Санація порожнини рота.
- B. Одноразове серологічне дослідження крові, а при його позитивному результаті - консультація дерматовенеролога.

З Взяття матеріалу з поверхні мигдалини для виявлення блідої трепонеми, після отримання позитивного результату - консультація і лікування у дерматовенеролога.

Д. Дослідження пунктату регіонарного збільшені лімфовузли, при отриманні позитивного результату - консультація і лікування у дерматовенеролога.

Е. Консультація дерматовенеролога.

## **Література**

### **Основна:**

- 1.Скрипкин Ю.К. Шкірні і венеричні хвороби: Навчальний посібник для студентів педіатричних факультетів медичних інститутів - М.: Тріада, 2000, - 688с.
- 2.Адаскевич В.И. Захворювання, що передаються статевим шляхом. - Вітебськ: Вітебський медичний інститут, 1997. - 310с.
- 3.Зудин Б.И. Шкірні і венеричні хвороби. - М.: Медицина, 1990 214с.

### **Додаткова:**

- 1.Айзятулов Р.Ф. Сифіліс. - Донецьк: Донеччина, 1998. - 227С.
- 2.Венеричні хвороби // Керівництво для лікарів - під ред. О.К. Шапошникова. - М.: Медицина, 1992. - 554с.

### **Електронні ресурси:**

- 1.[http:// www.umsa.edu.ua](http://www.umsa.edu.ua)
- 2.[http:// www.compedium.com.ua](http://www.compedium.com.ua)
- 3.<http://ukrmed.org.ua>
- 4.[http:// www.derma - don.org.ua](http://www.derma-don.org.ua)
- 5.[http:// www.medicina.kharkov.ua](http://www.medicina.kharkov.ua)

Методичні рекомендації підготував  
доц. мед.н., асистент

\_\_\_\_\_Емченко Я. А.