

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 №13	Загальна характеристика, особливості перебігу вторинного періоду сифілісу. Прояви вторинного сифілісу на шкірі: розеоли, папули, пустули. Сифілітична алопеція. Пігментні сифіліди.
Курс	IV
Факультет	Медичний

Тема: Збудник, патогенез та загальний перебіг сифілітичної інфекції. Первинний період сифілісу.

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 вельмо важливим в навчанні.

Мета заняття: - вміти запідозрити ЗППСШ та первинний сифіліс й намітити тактику ведення хворого.

2.Конкретні цілі:

1. Зібрати та проаналізувати скарги, анамнез життя і захворювання пацієнта 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:
 - a. загальноклінічних лабораторних й інструментальних методів дослідження;
 - b. одночасне використання різних методів діагностики;
 - c. неодноразове використання досліджуваного матеріалу;
 - d. забір матеріалу з різних вогнищ (уретра, сечовий міхур, вульва, вагіна);
 - e. 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 МІКРОБІОЛОГІЇ 2. КАФЕДРА ФАРМАКОЛОГІЇ 3. КАФ. ІМУНОЛОГІЇ 4. КАФЕДРА СОЦІАЛ ГІГІЄНИ 5. ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ	<ul style="list-style-type: none"> • Знати властивості збудників; • Виписку препаратів для специфічного та неспецифічного лікування хворих на сифіліс; • Постановка та оцінка проб на переносимість медикаментів ; • Заповнення та ведення медичної документації; • Виділяти патогномонічні симптоми та типові клінічні ознаки (та інші), та на їх основі встановлювати діагноз • 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
Загальна характеристика ЗПСШ	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, кандидоз, вульвовагініти, мікоплазмоз, генітальний герпес, бактеріальний вагіноз.
Захворювання, які можуть мати як статевий, так і нестатевий шляхи передачі	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), уrogenітального кандидозу (УГК), неспецифічних вагінітів.
Класифікація ВОЗ	За класифікацією ВООЗ (1985), інфекційні уrogenітальні захворювання поділяються на “трансмисивні” і “нетрансмисивні”, тобто ті, що передаються статевим шляхом і не передаються.
Сексуально-трансмисивні захворювання	(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.
Сифіліс	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.
Етіологія та епідеміологія сифілісу	Збудником сифілісу є бліда трепонема (БТ), яку відкрили F. Schaudinn і E. Hoffmann в 1905 році. Бліда трепонема: <i>тканинний паразит</i> , поза організмом вона швидко гине; також швидко гине від дії дезінфікуючих розчинів; особливо <i>малостійка</i> трепонема до висихання й високої температури (при +55°C вона гине через 15-20 хв.); оптимальна температура для існування бліди трепонеми 37°C. Разом з тим, у заморожених трупах БТ може зберігати свої властивості до 3-х діб. Як <i>факультативний анаероб</i> бліда трепонема знаходить оптимальні умови для свого перебування й розвитку в лімфатичній системі організму, зокрема у лімфатичних вузлах. За несприятливих умов існування БТ може трансформуватися у <i>пристосувальні форми (цисти та L-форми)</i> .
Джерела зараження	<ul style="list-style-type: none"> ▪ хвора людина; ▪ інфіковані предмети догляду, предмети особистої гігієни; ▪ заморожений трупний матеріал.
Шляхи зараження сифілісом статеві та позастатеві	<p>Розрізняють:</p> <p>1) контактний:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ статевий (при генітальних, анальних та оральних контактах); ▪ побутовий (позастатевий) (через поцілунки, укуси, під час годування хворою жінкою маленьких дітей, а також можливе зараження немовлят через материнське молоко хворої на сифіліс жінки. <i>Цілковитим</i> <i>можливе зараження сифілісом через сперму хворих</i>, а <i>заразливості слини, поту й сечі</i> не доведена ні клінічно, ні експериментально. Можливе зараження через різноманітні предмети, якими користувався хворий (ложки, склянки, зубні щітки, рушники, а також можливе зараження через <i>духові інструменти</i>), особливо за умови локалізації уражень на слизовій оболонці рота; ▪ професійний (під час операцій, секцій, гінекологічного і стоматологічного обстеження хворих). Можливе зараження через медичні предмети (наконечники клізм, маточні дзеркала, стоматологічні інструменти тощо); <p>2) трансфузійний шлях – найбільш рідкісний,</p>

	<p>оскільки кров є несприятливим середовищем для існування БТ, зараження є найбільш ймовірним при вторинному свіжому сифілісі, коли відбувається масова гематогенна дисемінація БТ. У такому разі розвивається так званий <i>обезголовлений сифіліс</i>, оскільки через 2—2,5 місяців проявляється відразу ознаками вторинного сифілісу у без симптомів первинного періоду;</p> <p>3) трансплацентарний.</p>
Умови зараження сифілісом	<p>а) наявність збудника, який у великій кількості є на поверхні шанкерів при первинному періоді та на поверхні ерозованих папул в складках та на слизових оболонках, особливо в ділянці широких кондилом – при вторинному сифілісі.</p> <p>б) наявність вхідних воріт - порушення цілісності рогового шару шкіри або покривного епітелію слизової оболонки (мікротріщин, ссадин, порізів), хоча допускають можливість проникнення збудника сифілісу й через неушкоджену слизову оболонку.</p> <p>знижена реактивність макроорганізму. За даними, опублікованими ВООЗ (Всесвітньої організації охорони здоров'я), у 30% пацієнтів можливе самовиліковування навіть при проникненні БТ в шкіру чи слизові за рахунок мобілізації захисних сил організму.</p>
Імунітет	<p>Справжнього (стерильного) імунітету у разі сифілісу у людини не існує. Розвивається лише нестерильний (інфекційний) імунітет, зумовлений алергічною перебудовою в організмі внаслідок перебування в ньому збудника захворювання. Із процесом одужання зникає й інфекційний імунітет, людина знову стає вразливою до нового зараження.</p>
Реінфекція	<p>- це повторне захворювання на сифіліс людини, яка раніше хворіла на нього і повністювилікувалася.</p>
Загальний перебіг сифілісу	<p>Сифіліс має циклічний хвилеподібний перебіг, який характеризується певною послідовністю зовнішніх проявів, зміною періодів активного й прихованого перебігу, а також поступовим ускладненням клінічного й патологоанатомічного процесу, що є свідченням тривалої й напруженої боротьби між макроорганізмом і збудником хвороби, віддзеркаленням змін реактивності організму у відповідь на проникнення й розвиток інфекції. В перебігу сифілісу виділяють окремі періоди, а саме: 1) інкубаційний, 2) первинний, 3) вторинний, 4)</p>

	третинний.
Класифікація сифілісу	<ul style="list-style-type: none"> • Інкубаційний період сифілісу—від моменту зараження до розвитку твердого шанкеру. • Первинний період сифілісу починається з моменту виникнення твердого шанкеру і регіонарного склераденіту до розвитку вторинних сифілідів. При первинному сифілісі виділяють також <i>первинний серонегативний, первинний серопозитивний і первинний прихований сифіліс</i>. • Вторинний період сифілісу, який поділяють на <i>вторинний свіжий, вторинний рецидивний і вторинний прихований</i>. • Третинний період сифілісу, який поділяють на <i>активний, або гумозний, і прихований сифіліс</i>. • Прихований сифіліс являє собою збірне поняття, до якого входить невідомий прихований сифіліс або сифіліс без явних клінічних проявів. • Природжений сифіліс, який поділяють на <i>ранній природжений сифіліс</i> з моменту народження до 2 років, <i>пізній природжений сифіліс і прихований природжений сифіліс</i>. • Сифіліс нервової системи (нейросифіліс), який поділяють на: а) ранній мезенхімний нейросифіліс; б) пізній мезенхімний нейросифіліс; в) паренхіматозний нейросифіліс (спинна сухотка, прогресивний параліч, табопараліч). • Вісцеральний сифіліс (із зазначенням ураженого органа).
Інкубаційний період	<p>це проміжок часу від моменту зараження до появи перших ознак хвороби. Тривалість його складає у середньому 3 - 4 тиж. Цей період може бути скороченим до 8 - 15 днів або, навпаки, подовженим до 2—3 міс. Подовження інкубаційного періоду найчастіше пов'язують з широким застосуванням антибіотиків та трепонемоцидної дії, які використовують з приводу різних супутніх захворювань (ангіна, грип, фурункул тощо).</p>
Первинний період	<p>сифіліс розпочинається із появи первинної сифіломи, або твердого шанкеру, і продовжується 6-8 тиж. Через 7-8 днів після утворення твердого шанкеру починають збільшуватися регіональні лімфатичні вузли (регіонарний склераденіт, або специфічний бубон), в яких відбувається інтенсивне розмноження</p>

	блідих трепонем. Ураховуючи реакцію Васермана, первинний період сифілісу поділяють на первинний серонегативний (перші 3 тиж) та первинний серопозитивний (наступні 3—4 тиж).
Шанкер	це безболісна, куляста, блюдцеподібна, з рівними краями, без помітних запальних явищ виразка або ерозія, насподі якої визначається або інфільтрат хрящової твердості, або відчутне ущільнення на зразок тонкої плівки. Дно шанкеру кольору сирого м'яса або кольору старого сала, блискуче за рахунок серозної секреції.
Клінічні ознаки класичного (ерозивного чи виразкового) твердого шанкеру:	<ul style="list-style-type: none"> • первинний морфологічний елемент у вигляді ерозії чи виразки; • колір висипки мідно-червоний («м'ясо»- червоний); • форма висипки правильна округла; • розміри монетовидні; • поверхня ерозивного шанкеру гладка і блискуча, а виразкового покрита гнійним на шаруванням; • щільність країв та дна висипки при пальпації; • шкіра навколо елементів без змін; • наявність супутнього регіонарного склероденіту.
Атипові форми шанкерів. Індуративний набряк	Локалізується найчастіше на соромітних губах у жінок, на передній шкірочці – у чоловіків. Внаслідок ураження лімфатичних судин уражена ділянка значно збільшується, стає ущільненою, має своєрідне блідо-рожеве або синювато-червоне забарвлення, при пальпації скаргові відсутні. Без лікування може утримуватися тривалий час (декілька місяців).
Шанкер-панарицій	клінічно нагадує звичайний панарицій, локалізується він на нігтьовій фаланзі, як правило, вказівного пальця. Палець стає набряклим, булавоподібно припухлим, синювато-червоного кольору. Шанкер-панарицій часто набуває вигляду глибокої, з нерівними краями та дном виразки, покритої брудно-сірим нальотом. Хворі відчувають різкий «стріляючий» біль. У них збільшені ліктьові та пахвові лімфатичні вузли, які під час пальпації також часто болючі.
Шанкер амигдаліт	- характеризується збільшенням і ущільненням мигдалика, як правило, з одного боку, без утворення ерозії або виразки. Ковтання у такому разі ускладнене. Розвивається регіонарний лімфаденіт підщеплених та

	шийних вузлів. Процес відрізняється від ангіни однобічністю ураження, відсутністю болю, гіперемії слизової, загальних явищ. Конфігурація шанкеру часто зумовлена його локалізацією. Так, шанкери в кутах рота, на яснах, як і в ділянці анусу, набувають вигляду тріщин, але якщо розправити складки, то стають помітними їх кулясті обриси.
Діагностика первинного періоду сифілісу	Діагноз первинного серонегативного сифілісу повинен бути обов'язково підтверджено виявленням у секреті з твердого шанкеру блідих трепонем або у пункті регіонарних лімфатичних вузлів. З цією метою інколи доводиться проводити багаторазові дослідження. Для підтвердження діагнозу первинної сифіломи використовують також класичні серологічні реакції крові, що стають позитивними через 3-4 тиж після утворення первинної сифіломи: це є свідченням переходу серонегативного первинного сифілісу в серопозитивний. Для підтвердження діагнозу важливо також використовувати метод конфронтації, тобто обстеження особи, від якої, на думку хворого, могло відбутися зараження.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація захворювань, що передаються переважно статевим шляхом
2. Загальна класифікація та перебіг сифілісу.
3. Класифікація первинного сифілісу
4. Особливості клінічної картини первинного сифілісу.
5. Діагностика первинного сифілісу.
6. Диференціальна діагностика первинного сифілісу.
7. Тактика лікування й профілактики ЗППСІ та первинного сифілісу.

4.3. Практичні роботи, які виконуються на занятті:

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

Далі шляхом тестового контролю визначається початковий рівень підготовки студентів до практичного заняття.

Самостійна робота студентів під керівництвом викладача включає: курацію тематичних хворих (опитування, огляд, фізикальне обстеження хворих, знайомство з даними обстеження, постановка діагнозу, призначення лікувальних та профілактичних заходів, вирішення питань лікувально-трудової експертизи); вирішення ситуаційних задач.

Після закінчення самостійної роботи студентів проводиться її аналіз і корекція. Клінічний розбір тематичних хворих включає доповідь студентів про скарги хворих, анамнез, дані лабораторних і інструментальних досліджень, диференційний діагноз, остаточний діагноз та ускладнення. Студенти обговорюють лікування, питання тактики, профілактики, лікувально-трудової експертизи, реабілітації хворих з ЗППСШ та І сифілісу. В кінці заняття проводиться підсумковий тестовий контроль. Оцінюється робота студентів, обговорюються результати. Підводиться підсумок заняття.

Матеріали для самоконтролю

Завдання № 1

До дерматовенеролога звернулася жінка 40 років, кондитер, з виразкою на червоній каймі верхньої губи праворуч. Виразка кругляста на зоснові щільного інфільтрату червоно-насиченого кольору, привушні лимфовузли праворуч збільшені, щільноеластичної консистенції, безболісні. За 2 тижня до появи виразки займалася самолікуванням з приводу парадонтозу. Супутні діагнози: парадонтоз, цукровий діабет. Незаміжня, 1,5 місяця тому мала статеві стосунки з малознайомим чоловіком, до цього не мала статевих стосунків протягом 6 місяців.

Які дані анамнезу мають значення у даному випадку?

- A. Цукровий діабет.
- B. Парадонтоз.
- C. Статевий анамнез.
- D. Самолікування.
- E. Професія.

Завдання №2

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

Який діагностичний метод дозволить підтвердити це?

- A. Бактеріоскопічне дослідження матеріалу з поверхні виразки із забарвленням за Романовським-Гімзе.

- В. Посів на середу Сабуро.
- С. Люмінісцентне дослідження.
- Д. Гістологічне дослідження.
- Е. Бактеріоскопічне дослідження матеріалу з поверхні виразки і ерозій в темному полі зору.

Завдання №3

При профогляді у оториноларінголога у дівчини 18 років знайдено збільшення і щільність лівої мигдалини безболісне без гострозапальних явищ, при пальпації пружне, регіонарнийсклераденит.

Ваш попередній діагноз?

- А. Шанкр-амігдаліт.
- В. Дифтерія.
- С. Ангіна.
- Д. Афтозний стоматит.
- Е. Скарлатина.

Завдання №4

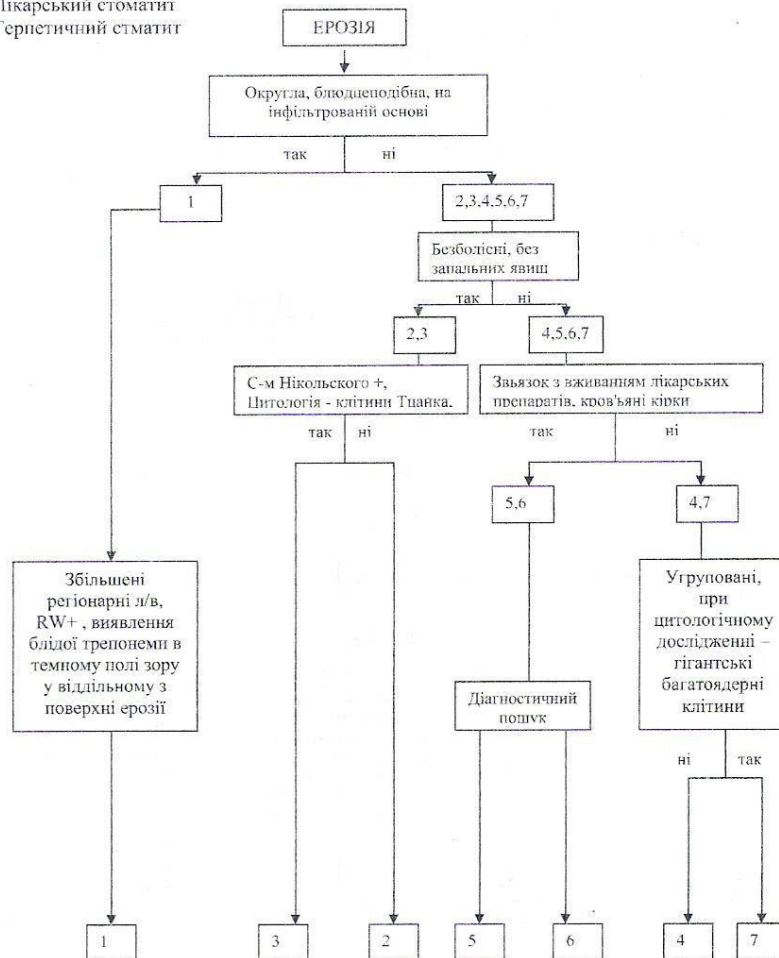
До стоматолога звернувся чоловік, у якого на дорзальній поверхні язика є виразка округлої блюдцеподібної форми з рівними краями, без помітних запальних явищ, на споді якої визначається інфільтрат хрящової твердості. Дно шанкру кольору старого салу. Підязиковілімфовузли збільшені з двох сторін, щільні, безболісні, не спаяні ні між собою, ні зі шкірою.

Якою повинна бути тактика лікаря у відношенні до хворого?

- А. Санація порожнини рота.
- В. Однократне серологічне дослідження крові, а при його позитивному результаті - консультація дерматовенеролога.
- С. Взяття матеріалу з поверхні мигдалини для виявлення блідої трепонеми, після отримання позитивного результату – консультація та лікування у дерматовенеролога.
- Д. Дослідження пунктатурегіонарного збільшеного лімфовузла, при отриманні позитивного результату – консультація та лікування у дерматовенеролога.
- Е. Консультація дерматовенеролога.

Діагностичний алгоритм до теми «Первинний сифіліс»

1. Первинний сифіліс
2. Афтозний стоматит
3. Акантолітична пухирчатка
4. Неакантолітична пухирчатка
5. Багатоформна ексудативна еритема
6. Лікарський стоматит
7. Герпетичний стоматит



Література

Основна:

- 1.Скрипкин Ю.К. Шкірні і венеричніхвороби: Навчальнийпосібник для студентівпедіатричнихфакультетівмедичнихінститутів - М.: Тріада, 2000, - 688с.
- 2.Адаскевич В.И. Захворювання, щопередуютьсястатевим шляхом. - Вітебськ: Вітебськиймедичнийінститут, 1997. - 310с.
- 3.Зудин Б.И. Шкірні і венеричніхвороби. - М.: Медицина, 1990 214с.

Додаткова:

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

Електронніресурси:

- 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)

Методичнірекоме́ндаціїпідготував
доц. мед.н., асистент

_____Емченко Я. А.