

Термін	Визначення
Загальна характеристика ЗПСШ	На сьогодні налічується понад 20 інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Вони характеризуються високою контагіозністю і швидким поширенням в певних групах населення. У 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, тріхомоніаз, кандидозний вульвовагініт, мікоплазмоз, генітальний герпес, бактеріальний вагіноз.
Захворювання, які можуть мати як статевий, так і нестатевий шлях передачі	Існують такі захворювання, які можуть мати як статевий, так і нестатевий шлях 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 придушення нормальної мікрофлори піхви призводить до виникнення бактеріального вагінозу (БВ), урогенітального кандидозу (УГК), неспецифічних вагінітів.
Класифікація ВОЗ	За класифікацією ВООЗ (1985), інфекційні урогенітальні захворювання діляться на "трансмісивні" і "нетрансмісивні", тобто ті, які передаються статевим шляхом і не передаються.

Сексуально-трансмисивні захворювання	(СТЗ) мають 2 клінічні форми: свіжу, яка спостерігається протягом 2-х місяців (в свою чергу, ділиться на гостру, підгостру і торпидную) і 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 сифіліса	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 малоустойчива трепонема до висихання і високої температури (при + 55 ° С вона гине через 15-20 хв.); оптимальна температура для існування бліди трепонеми 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 небагатоприятних умовах існування БТ може трансформуватися в пристосувальні форми (цисти і L-форми).
Шляхи зараження	▪ хвора людина; ▪ інфіковані предмети догляду, предмети особистої гігієни; ▪ заморожений трупний матеріал.
Загальний перебіг сифілісу	Загальний перебіг сифілісу має циклічний хвилеподібний перебіг, який характеризується певною послідовністю зовнішніх проявів, зміною періодів

	активного і прихованого перебігу, а також поступовим ускладненням клінічного і патологоанатомічного процесу, що є свідченням тривалої і напруженої боротьби між макроорганізмом і збудником хвороби, відображенням змін реактивності організму у відповідь на проникнення і розвиток інфекції. У перебігу сифілісу виділяють окремі періоди, а саме: 1) інкубаційний, 2) первинний, 3) вторинний, 4) третинний сифіліс
Класифікація сифілісу:	1. Інкубаційний період сифілісу-від моменту зараження до розвитку твердого шанкра. 2. Первинний період сифілісу починається з моменту виникнення твердого шанкра і регіонарного склероденіту до розвитку вторинних сифілідів. При первинному сифілісі виділяють також первинний серонегативний, первинний серопозитивний і первинний прихований сифіліс. 3. Вторинний період сифілісу, який поділяють на вторинний свіжий, вторинний рецидивний і вторинний прихований. 4. Третинний період сифілісу, який поділяють на активний, або гумозний, і прихований сифіліс. 5. Прихований сифіліс є збірне поняття, в яке входить 6. невідомий прихований сифіліс або сифіліс без явних клінічних проявів. 7. Природжений сифіліс, який поділяють на ранній вроджений сифіліс з моменту народження до 2 років, пізній вроджений сифіліс і прихований вроджений сифіліс. 8. Сифіліс нервової системи (нейросифіліс), який поділяють на: а) ранній мезенхімних нейросифіліс; б) пізній мезенхімних нейросифіліс; в) паренхіматозний 9. нейросифіліс (спинна сухотка, прогресивний параліч, табопараліч). 10. Вісцеральний сифіліс (із зазначенням ураженого органу) .

Інкубаційний період	це проміжок часу від моменту зараження до появи перших ознак хвороби. Тривалість його становить в середньому 3 - 4 тижні. Цей період може бути скорочений до 8 - 15 днів або, навпаки, подовженим до 2-3 міс. Подовження інкубаційного періоду найчастіше пов'язують з широким застосуванням антибіотиків трепонемоцидної дії, які використовують при різних захворюваннях (ангіна, фурункул і т.д.)
Шанкр —	це безболісна, куляста, блюдцеподібна, з рівними краями, без помітних запальних явищ виразка або ерозія, внизу якої визначається або інфільтрат хрящової твердості, або відчутне ущільнення зразок тонкої плівки. Дно шанкра кольору сирого м'яса або кольору старого сала, блискуче за рахунок серозної секреції.
Клінічні ознаки класичного (ерозивного або виразкового) твердого шанкра:	• первинний морфологічний елемент у вигляді ерозії або виразки • колір висипки мідно-червоний («м'ясо» - червоний) • форма висипу правильна округла; • розміри монетовидні; • поверхню ерозивного шанкру гладенька, а виразкового покрита гнійним нальотом; • щільність країв і дна висипу при пальпації; • шкіра навколо елементів без змін; • наявність супутнього регіонарного склероденіту.
Атипічні форми шанкерів. Індуративний набряк	Локалізується найчастіше на соромітьких губах у жінок, на передній шкірці - у чоловіків. Внаслідок ураження лімфатичних судин уражену ділянку значно збільшується, стає ущільненою, має своєрідне блідо-рожеве або синювато-червоне забарвлення, при пальпації скарги відсутні. Без лікування може утримуватися тривалий час (кілька місяців).

Вторинний період сифілісу	Вторинний період сифілісу (syphilis II secundaria) - стадія захворювання, обумовлена гематогенним поширенням блідої трепонеми з місця їх первинного вогнища по всьому організму, для якої характерно поліморфні висипання (папули, плями, пустули) на шкірі і слизових оболонках і їх певна стадійність. Вторинний свіжий сифіліс (syphilis II recens) - період сифілісу, що характеризується численними поліморфними висипаннями на шкірі і слизових оболонках, поліаденітом, наявністю залишкових проявів твердого шанкра і різко позитивними серореакції. 2. Вторинний прихований сифіліс (syphilis II latens) - вторинний період захворювання, що протікає клінічно латентно і виявляється тільки позитивними серологічними реакціями. Через 2-3 місяці висипання поступово зникають навіть без лікування, зберігаються тільки позитивні серологічні реакції. Цей сифіліс може тривати кілька місяців, але частіше через 3-4 місяці переходить у вторинний рецидивний сифіліс. Зміна активних проявів хвороби прихованим перебігом обумовлена зміною імунобіологічних реакцій організму. 3. Вторинний рецидивний сифіліс (syphilis II recediva) - період вторинного сифілісу, що характеризується нечисленними поліморфними згрупованими висипаннями, а нерідко і ураженням нервової системи і окремих соматичних органів. Рецидив вторинного сифілісу, який розвивається внаслідок масової дисемінації блідих трепонем, існує кілька тижнів, зникає самовільно внаслідок наростання титру антитіл, активації фагоцитозу і неспецифічних захисних імунних реакцій.
---	--

	Рецидиви повторюються до 3-5 років, змінюючись етапами прихованого перебігу.
Особливості вторинного періоду сифілісу	1. Вторинні сифіліди мають доброякісний перебіг - не руйнують тканини, не залишають рубців, не супроводжуються суб'єктивними скаргами. У забарвленні елементів переважають рожево-лівідно, буро-еритематозні, мідні застійні відтінки. 2. Висипання різко відділені від здорової шкіри, розсіяні, не схильні до периферійного росту і злиття, розташовуються фокусно. 3. Вторинні сифіліди шкіри і слизових оболонок гострозаразліві. 4. Висипання при вторинному сифілісі поліморфні - одночасно знаходять: розеоли, папули, пустули. 5. Під впливом специфічної терапії вторинні сифіліди швидко зникають. 6. Серологічні реакції (КСР, РСК, РНГА) різко позитвні приблизно в 100% випадках (з високим титром реагинов - 1: 160, 1: 320) при вторинному свіжому сифілісі і в 96-98% (з більш низьким титром реагинов) в хворих, при вторинному рецидивному сифілісі. 7. РИФ різко позитивна (до 100%), ІБТ у половини хворих вторинним свіжим сифілісом (дає 60-80% іммобілізації), і приблизно в 80-100% хворих вторинним рецидивний сифіліс (90-100% іммобілізації). До 50% випадків вторинного рецидивного сифілісу супроводжується патологічними змінами спинномозкової рідини при відсутності клінічної картини менінгіту (так званий прихований сифілітичний менінгіт). 8. При проведенні активної Протисифілітичні терапії у хворих вторинним свіжим і менше, у хворих рецидивуючим сифілісом, виникає реакція загострення Лукашевича-Яриша-Геркстеймера (посилення яскравості гіперемії і набряку

	ефлоресценцій, поява нових елементів, підвищення температури тіла до 39-40 ° С з лихоманкою , загальним нездужанням, в результаті розпаду блідих трепонем і появи великої кількості антигенних субстанцій, ендотоксину). Вторинні сифіліди можна розділити на 6 груп: макульозно або плямистий, папульозна, везікулезне (міхурово), пустульозний, сифилитическую алопеції і пігментний сифілід. Плямистий (розеольозний) сифілід - найбільш типова висипка на початковому етапі розвитку вторинного свіжого сифілісу, яка переважно розміщується на бічних поверхнях грудях, животі, спині, передній поверхні верхніх кінцівок, а іноді і на стегнах. Висипання з'являються поступово - по кілька розеол в день, і дозрівають повноти «розквіту» за 7-10 днів, тримається 3-4 тижні. Добре візуалізується при введенні хворому 1% розчину нікотинової кислоти-3.0-5,0 мл. (Позитивна реакція «спалаху»), при опроміненні шкіри променями фільтра Вуда, при прохолодній температурі повітря. Висип вторинному свіжому сифілісі рясна, фокусна, без гострого запалення, а не зливається, не підвищується над рівнем шкіри, не лущиться, не викликає свербіння, хаотично розміщена на симетричних ділянках тулуба, кінцівок, вкрай рідко на обличчі, кистях, стопах. При диаскопии зникає. Плями блідо-рожевого кольору (при відцвітанні жовто-бурі), округлі, овальні, розміром до однієї копійки (d.: 2-10-15 мм.). При повторюється сифілісі розеола більша, в невеликій кількості, асиметрична, схильна до угруповання в формі гірлянд, півкілець. Забарвлення менш інтенсивне з ціанотичним відтінком. Пізня розеола (<i>Roseola tarda</i>) виникає у віддаленому
--	--

	періоді вторинного сифілісу і характеризується дуже великими розмірами, асиметричними кільцями з широкою стрічкою гіперемії по периферії. Атипова розеола зустрічається рідко розеола з легким пластинчастим лущенням (<i>Roseola psoriasiformis pigmentosa pseudoatrophica</i> по І.З.Талаловім) розеола, що підвищується (<i>roseola elevata</i>), обумовлена периваскулярні набряком, нагадує міхур, але не свербить; у хворих з фолікулярним гіперкератозом можлива зерниста розеола (<i>roseola granulata</i>) зливна розеола (<i>roseola confluens</i>). При диференціальній діагностики потрібно виключити плямисті висипання при деяких інфекційних захворюваннях, рожевому лишай, токсикодермію, висівковий лишай, рожевому лишай Жибера Папульозний сифілід може бути і при вторинному свіжому сифілісі, однак поява папул більш характерна для вторинного рецидивного сифілісу. При вторинному свіжому сифілісі число папул досить значне, вони безладно розташовуються по всій поверхні шкіри паралельно з розеолезними (поліморфізм) а в разі вторинного рецидивного кількість папул менше, вони групуються з утворенням кілець, дуг, гірлянд а також розміщуються, крім тулуба і кінцівок, нерідко на обличчі, волоссистій частині голови, долонях і підшвах. Папула утворюється за рахунок, скупчення клітинного інфільтрату в верхніх шарах дерми. Дермальна папула щільно-еластичної консистенції. поверхню її блискуча, глянцепоподібна. Колір блідо-рожевий, мідний, ціанотично-червоний, подібний сирій шинки. За розміром найчастіше зустрічаються папули: 1. Розміром з сочевицю - крупно-папульозна
--	---

Диференціальна діагностика	або Лентікулярний сифілід. 2. Рідше - розміром з 10-25-копійчану монету - нумулярна, або монетовидний сифілід (різновиди: кокардний папульозний сифілід; бризантний, корімбаформний - сифілід, що нагадує «вибух бомби»). 3. Дрібно-папульозний (міліарний, ліхеноїдний) з розміром папул з просяне зернятко, який свідчить про тяжкий перебіг у ослаблених хворих при алкоголізмі, туберкульозі. Висип часто супроводжується свербінням. 4. бляшкоподібний сифіліди спостерігаються при злитті монетовидні або лентікулярних папул в складках шкіри з утворенням величезних бляшок з фестончатими краями, які нерідко ерозуються. У місцях тертя (в складках, на статевих органах) з'являються гіпертрофічні папули - широкі кондиломи - найбільше заразна висип при другому періоду сифілісу. По периферії папул можливі лущення у вигляді «біетовського ковмірця» і симптом «облатки». При натисканні на центр свіжої папули відзначається різкий біль (симптом Ядассона). Папули з'являються повштовхами, на вигляд різного «віку» - еволюційний поліморфізм. З «віком» папули групуються, формують фігури, кільця, півкільця. В себорейних зонах можливих себорейних папули, улюблена локалізація себорейних папул - на межі шкіри обличчя і волосистої частини голови («корона Венери»). Папульозні сифіліди існують до 1-2 місяців, поступово розсмоктуються, залишають пігментацію. Проводять з вульгарним псоріаз, червоний плоский лишай, контагіозний моллюск,
--	--

	папуло-некротичним туберкульозом шкіри. Диференціальну діагностику мокли сифілідів проводять з: загостреними конділоми, вегетуючим акантолітичеських логістичним, гемороїдальні вузли, інше. Папульозний сифілід долонь і підшов - поліморфний і важкий для діагностики, Оскільки часто нагадує мозоль, рогову екзему, бородавки. Диференціюють дрібно-папульозний (міліарного) сифілід з: дисемінований туберкульоз, фолікулярним гіперкератозом, червоним волоссяним позбавляємо Девержі. Пустульозний сифілід - найбільш важке проявлення вторинного сифілісу, який зустрічається рідко і розглядається як прояв несприятливого перебігу сифілісу у осіб виснажених хворобами, алкоголіків, наркоманів, ВІЛ інфекцією. Супроводжується загальними розладами: підвищенням температури тіла, слабкістю, болем кісток, суглобів, м'язів. Різновидами пустульозних сифілітиків є: сифілітичеськое імпетиго (поверхневе і глибоке сифілітичеськое імпетиго, фрамбезіформній сифілід, серпігінуючий (розыдаючий) сифілід, керіоноподібній сифілід) вугровий і віспеніподібній сифіліди; сифілітична ектіма: поверхнева і глибока; сифілітична рупія. Диференціальну діагностику пустульозних сифілітиків відповідно проводять з: вульгарним імпетиго або сикозом; вульгарними вуграми; папуло-некротичним туберкульозом шкіри; вітряну віспу, інше везикулезная (міхурово) сифілід зустрічається рідко, як ознака тяжкого перебігу сифілітичної інфекції. При цьому на тлі мідно-червоних великих папул з'являються дрібні, серозні, згруповані пухирці, які швидко зсихається в
--	--

	тоненькі скоринки, після яких залишаються пігментні плями і дрібні рубчики. Пігментний сифилід (сифілітична лейкодерма) виникає на незміненій шкірі через 5-7 місяців після зараження, тобто при вторинному рецидивному сифілісі. Лейкодерма розташовується переважно на бічній і задній поверхнях ший («намисто Венери»), рідше - на шкірі плечового пояса, животі. Розрізняють лейкодерму плямисту (чітка різниця в забарвленні гіпер- і гіпопігментовані ділянок, широкі зони гіперпігментації), мереживне (вузькі шари гіперпігментації між плямами гіпопігментація), мармурову (незначна різниця в кольорі гіпо- та гіперпігментірованих зон). Плями не турбують. Найбільш характерними ознаками сифилитической Лейкодерма є: наявність депігментованих плям, відсутність запальних явищ, свербіння, лущення, еволюція плями з через 1-2 роки. Диференціальний діагноз сифілітичного Лейкодерма проводять з: вітіліго, вторинної Лейкодерма після висівкового лишая, вторинної Лейкодерма після псоріза, парапсоріазом, екземи, атопічного дерматиту. Сифілітична алопеція спостерігається у частини хворих вторинним рецидивним сифілісом на першому році хвороби. Волосся випадає (переважно у чоловіків) в результаті порушення харчування їх коріння, обумовленого васкулітом і навколосудинних інфільтратом. Розрізняють такі клінічні форми: мелкоочаговая, дифузна, змішана сифілітична алопеції. Уражаються ділянки потилиці, скронь, пахвові, бороди, вії, брів. Обласна може існувати без специфічного лікування протягом 2-3 місяців, потім ріст волосся
--	--

	відновлюється. При специфічній терапії через 10-15 днів випадання припиняється і через 6-8 тижнів облисіння зникає. Диференціальний діагноз проводять з: симптоматичної алопецією, трихофитией, мікроспорія волосистої частини голови, фавусом, інше. Ураження слизових оболонок при вторинному сифілісі. Слизові оболонки часто вражаються при вторинному сифілісі і можуть поєднуватися з ураженням шкіри або бути єдиним симптомом хвороби. Уражаються слизові оболонки порожнини рота, губ, язика, глотки і гортані, носа, зовнішніх статевих органів, анальної області, особливо місця, які механічно дратуються. Висип у вигляді плям або папул, мацерована, ерозованих, високозаразливий, регресує повільно. 1. Сифілітична інфекція рано вражає і внутрішні органи, але при звичайному клінічному обстеженні ці зміни, як правило, не вдається виявити, так як відсутні специфічні властиві тільки сифілісу клінічні симптоми. Ранні форми вісцеральногосифілісу стосуються внутрішніх органів з найбільшим функціональним навантаженням (серця (сифілітичний міокардит, сифілітичний аорти, облітіруючій ендартеріїт коронарних артерій і інфаркт міокарда) легких (гостра бронхопневмонія, сухий сифілітичний бронхіт, сухий сифілітичний плеврит) печінки (ранній дифузний гепатит (без жовтяниці або з жовтяницею) і ураження селезінки) шлунка (гастропатія (нудота, блювота, втрата апетиту, булемія, зміна кислотності шлунка), гострий гастрит, сифілітична виразка шлунка); Нир до (безсимптомна дисфункція нирок (білок в сечі), сифілітичний гломерулонефрит, сифілітичний ліпоїдний нефроз)). Нерідко
--	--

		виявлять ураження нервової системи (функціональні розлади: поганий сон, головний біль, гіпо гіперестезія, дратівливість; прихований (латентний) менінгіт підгострий базальний менінгіт) кісток (запальні специфічні зміни з доброякісним перебігом (симптоматична і асимптомні) за типом: періоститів або остеопериостит в області довгих трубчастих кісток і кісток черепа; артралгії (нічні болі)) очей (ретиніт) слуху (отит).
Діагностика сифілісу	вторинного	Діагноз вторинного періоду сифілісу встановлюється на основі позитивних лабораторних реакцій з урахуванням змін шкіри, слизових оболонок, даних анамнезу, конфронтації і комплексного всебічного обстеження внутрішніх органів, нервової системи хворих. Лабораторна діагностика вторинного сифілісу. 1. Бактеріоскопічні дослідження на бліду трепонем з різних уражень шкіри і слизових оболонок при вторинному сифілісі. 2. Серологічні дослідження крові: ліпідні (реагинов реакції): МРП з кардіоліпіновим антигеном, реакція Вассермана, осадкові реакції (Кана, Закса-Вітебського) групові трепонемні реакції (РСК, РІФ, РІП) видоспецифічні протейінові трепонемні реакції: (ІБТ, РІФ-ABS і її варіанти: IgM-FTA-ABS, 19S-IgM-FTA-ABS і інші), імуноферментний аналіз (ІФА), реакція непрямой гемаглютинації блідих трепонем (РНГА). 3. Метод імуноблотингу (Western blot) для виявлення (IgG, IgM). 4. полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР). 5. лікворологічеські діагностика передбачає визначення: загального білка; формених елементів; глобулінових реакцій: Нонні-Апельта, Панді; реакція Ланге; реакції: Вассермана, РІФ, РІБТ - із спинномозковою рідиною. 6.

Лікування вторинного періоду сифілісу	Гістологічні дослідження (забарвлення препаратів на Tr. Pallidum). Найефективніше лікування сифілісу водорозчинним пеніцилінами, так як при цьому в крові підтримується постійна необхідна концентрація антибіотика. Але таке лікування можна проводити тільки в умовах стаціонару, так як при цьому потрібне введення препарату кожні три. Години протягом як мінімум 24 днів.
--	---