

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, кандидозні 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), урогенітального 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>приспосувальні форми (цисти та L-форми)</i> .
Джерела зараження	▪ хвора людина; ▪ інфіковані предмети догляду, предмети особистої гігієни; ▪ заморожений трупний матеріал.
Шляхи зараження сифілісом статеві та позастатеві	Розрізняють: 1) контактний: ▪ 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. Цілком можливе зараження сифілісом через сперму хворих, а заразливість слини, поту й сечі не доведена ні клінічно, ні експериментально. Можливе зараження через різноманітні предмети, якими користувався хворий (ложки, склянки, зубні щітки, рушники, а також можливе зараження через духові інструменти), 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); 2) трансфузійний шлях – найбільш рідкісний, 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; 3) трансплацентарний.
Умови зараження сифілісом	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. б) наявність входних 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. 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.
Імунітет	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.
Реінфекція	- це повторне захворювання на сифіліс людини, яка раніше хворіла на нього і повністювилікувалася.
Загальний перебіг сифілісу	Сифіліс має циклічний хвилеподібний перебіг, який характеризується певною послідовністю зовнішніх проявів, зміною періодів активного й прихованого перебігу, а також поступовим ускладненням клінічного й паталогоанатомічного 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) третинний.

Класифікація сифілісу	• 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	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 трепонемоцидної дії, які використовують з приводу різних супутніх захворювань (ангіна, грип, фурункул тощо).
Первинний період	сифіліс розпочинається із появи первинної сифіломи, або твердого шанкеру, і продовжується 6-8 тиж. Через 7-8 днів після утворення твердого шанкеру починають збільшуватися регіонарні лімфатичні вузли (регіонарний склераденіт, або специфічний бубон), в яких відбувається інтенсивне розмноження 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:	• 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 нашаруванням; • 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 синювате-червоне забарвлення, при пальпації скарги 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, буває подібно припухлим, синювате-червоного кольору. Шанкер-панарицій часто набуває вигляду глибокої, з нерівними краями та дном виразки, покритої брудно-сірим нальотом. Хворі відчують 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.