

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Специфічні запальні захворювання жіночих статевих органів (трихомоніаз, гонорея, сифіліс) (код курсу 14.2)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Венеричні хвороби (від лат. Veneris - Венера, у стародавніх римлян богиня любові) - захворювання, об'єднані за принципом передачі через сексуальний контакт. Більш правильним терміном є: захворювання (або інфекції, хвороби), що передаються статевим шляхом (ЗПСШ, ІПСШ, ХПСШ). Деякі фахівці поділяють ЗПСШ на «старі» і «нові».

До старих відносять венеричні хвороби, відомі з давніх часів, а до нових - виявляються за допомогою сучасних методів обстеження уrogenітальні інфекції. До «старих» ІПСШ відносять гонорею, сифіліс, м'який шанкр, венеричний лімфогранулематоз. Останні три практично не зустрічаються, тому «класичними» венеричними захворюваннями вважаються тільки гонорея і сифіліс.

До «нових» ІПСШ відносять ВІЛ-інфекцію, вірусні гепатити В, С і D, хламідіоз, мікоплазмоз, уреapлазмоз, трихомоніаз, гарднерельоз, генітальний герпес, загострені кондиломи, цитомегаловірус і вагінальний дисбактеріоз, а також хвороби шкіри, що передаються статевим шляхом (короста, лобкові воші, контагіозний моллюск).

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Трихомоніаз: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика.
2. Гонорея: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика.
3. Сифіліс: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика

В результаті проведення заняття интерн повинен уміти:

1. Зібрати анамнез у хворої.
2. Провести заганальний та вагінальний огляд.
3. Призначити лабораторні та інструментальні методи обстеження.

III. Базові знання

1. Поняття «венеричні захворювання».
2. Основні шляхи передачі венеричних захворювань.
3. Методи лікування та профілактика венеричних захворювань.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження жінок та виконанні лікарських маніпуляцій.

При обстеженні хворої дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
II. Наступні дисципліни Педіатрія	Будову та розміри доношеного плода. Клініку інфікування плода венеричними захворювання.	Уміти визначити зрілість новонародженого

Сімейна медицина	Венеричні захворювання.	Провести фізикальне обстеження жінки.
III. Внутрішньопредметна інтеграція Венеричні захворювання	Клініка та діагностика венеричних захворювань	Лікування та профілактика

V. Зміст теми семінарського заняття

Трихомоніаз

Трихомоніаз це захворювання, яке передається статевим шляхом. Збудником захворювання є піхвова трихомонада.

Трихомоніаз це одне з найпоширеніших венеричних хвороб. У жінок інфікується піхву, а у чоловіків уражається сечівник і передміхурова залоза.

Інфікування **трихомоніазом** в більшості випадків відбувається при сексуальному контакті у піхву. Інфікування при оральному і анальному статевому контакті малоімовірно.

Трихомонада може існувати у вологому середовищі кілька годин. Виходячи з цього при **трихомоніазі** допускається побутове інфікування, до прикладу, це може відбутися через вологі рушники або мочалки загального користування. Необхідно відзначити, що **трихомоніаз** це чи не єдине венеричне захворювання, при якому ймовірність побутового інфікування вкрай мала. Переважна кількість випадків виявлення **трихомоніазу**, які пов'язують з нестатевим шляхом інфікування, на ділі виявляється пізно діагностованої хронічної інфекцією.

Інкубаційний період при **трихомоніазі** становить від однієї до чотирьох тижнів.

Симптоми трихомоніазу

До симптомів **трихомоніазу** у жінок відносять:

"Відділення з піхви (як правило жовті, зрідка з поганим запахом);

"Свербіж та почервоніння зовнішніх статевих органів;

"Больові відчуття при сечовипусканні;

У **чоловіків трихомоніаз** в переважній кількості випадків розвивається безсимптомно.

Зрідка при **трихомоніазі** у чоловіків з'являються наступні симптоми:

"Відділення з сечівника;

"Больові відчуття і печіння при сечовипусканні;

"При інфікуванні передміхурової залози з'являються симптоми простатиту.

Як у чоловіків так і у жінок відзначаються больові відчуття при статевих контактах.

Раніше небезпека **трихомоніазу** належним чином не оцінювали. У теперішній же час підтверджено, що трихомоніаз підвищує ризик передчасних пологів і раннього вилиття навколоплідних вод. У чоловіків **трихомоніаз** може спровокувати розвиток простатиту.

Для **діагностики трихомоніазу** призначають загальний мазок. У жінок обстежують виділення з піхви, а у чоловіків досліджують відділення з сечівника і секрет передміхурової залози. А для більш точного діагностування **трихомоніазу** призначають такі способи обстеження як: ППФ, ПЛР, Бакпосів.

Лікування трихомоніазу

Лікування трихомоніазу повинне проводитися тільки за призначенням і виключно під його контролем. **Лікування трихомоніазу** може займатися-венеролог, гінеколог або уролог.

Саме лікування може тривати від декількох днів до одного місяця. Головним необхідною умовою правильного лікування є одночасне лікування обох подружжя, навіть у тих випадках, коли **трихомоніаз** в одного з них не виявлено. У процесі лікування і

подальшого контролю статеве життя категорично забороняється. Зазвичай, призначають протivotрихомонадні препарати загальної дії: метронідазол, тинідазол. При

неможливості прийому протivotрихомонадних препаратів загальної дії або протипоказання до їх застосування, а зрідка і при гострому розвитку **трихомоніазу** для прискорення ліквідації запального процесу призначають місцеве лікування такими ліками як: нітазол, трихомонапід, октілін.

Місцеве лікування, до якого належить призначення піхвових таблеток і свічок, за даними останніх досліджень, неефективно.

Лікування трихомоніазу має проводитися комплексно і індивідуально.

У деяких випадках, як додаткові протivotрихомонадних препаратів призначають імунотерапію, загальнозміцнюючі засоби, масаж передміхурової залози, фізіотерапія, інстиляції уретри.

Після повного лікування необхідно обов'язково перевірити і свого статевого партнера. Так як якщо один з партнерів вилікувався, а інший ні то перший легко може повторно заразитися.

Вкрай важливо повідомити своїх статевих партнерів про своє захворювання, навіть якщо у них немає ніяких симптомів, і наполягти на обстеженні та лікуванні. Так як безсимптомне розвиток трихомоніазу не зменшує ризику формування ускладнень.

Гонорея

Гонорея - це [інфекційне](#) захворювання. І збудником якого є гонокок. Цей мікроорганізм становить небезпеку тільки для людини. Тому хворіють [гонореєю](#) тільки [люди](#) і заразитися гонореєю можна лише від хворої людини.

Збудник гонореї малостійкий до зовнішніх впливів і тому поза людським організмом швидко гине. На нього згубно діють нагрівання понад 56 градусів, прямі сонячні промені. Температуру нижче оптимальної (температура людського тіла) гонокок також переносить погано і швидко гине вже при 18 градусах.

Для підтримки життєдіяльності він потребує у вологому середовищі, сухість діє на нього згубно. У виділеннях хворої людини на предметах навколишнього середовища, частіше на білизну, гонокок зберігає життєздатність і патогенні властивості до моменту висихання (в термін від 30 хвилин до 3-4 годин).

Будь-які дезінфікуючі засоби діють на гонокок згубно.

Нестійкістю гонокока у зовнішньому середовищі пояснюється те, що в переважній більшості випадків передача [інфекції](#) здійснюється за допомогою прямого контакту з хворою людиною, так званим джерелом зараження, тоді як опосередкована передача, через предмети, є набагато менш вірогідною.

А той факт, що гонокок здатний вражати у людини тільки слизові, причому вистелені циліндричним епітелієм, а [саме](#) слизову сечівника, шийки матки у жінок, рідше - слизову нижнього відділу прямої кишки і слизову оболонку ока, робить зрозумілим, чому основним шляхом зараження гонореєю є статевий шлях.

[Саме](#) при сексуальному контакті гонокок з одних сприятливих для нього умов (наприклад, зі слизової сечостатевого каналу), минаючи несприятливу зовнішню середу, потрапляє в інші сприятливі умови (наприклад, на слизову шийки матки) і, не витрачаючи сили на боротьбу за виживання, з ходу спричинює хворобу.

На слизову прямої кишки збудник гонореї в основному потрапляє при ректальних статевих контактах, а у жінок ще й при затікання виділень з статевих шляхів при ураженні шийки і сечовипускального каналу. Що ж стосується гонорейного ураження очей, то в більшості випадків воно є результатом аутоінфіціювання, тобто самозараження. Маючи поразка статевих органів і часом навіть не підозрюючи [про це](#), хворий через власні руки, не помивши їх після відвідування туалету, може перенести інфекцію на слизову оболонку ока, потерши або почухавши його. Так що коли хворому встановлюється діагноз | гонореї очей, лікарі практично не сумніваються в наявності у нього і гонорейного ураження статевих органів, що практично у всіх випадках підтверджується лабораторно.

Отже, основним шляхом розповсюдження гонореї, безсумнівно, є шлях статевих контактів. Однак у виняткових випадках хвороба може передаватися і побутовим

шляхом.

У дівчаток ж на період статевого дозрівання, в силу недостатньої вироблення гормону естрогену (недостатньою естрогенізацією), слизова піхви дуже тонка, має лужне середовище і не має ще цілком сформованою захисної флори, що робить її легко проникною для гонокока в разі його потрапляння на слизову піхви, хоча вона і вистелена не дуже придатним для гонокока багатошаровим епітелієм.

Справа в тому, що при гонорейі, як і при [сифілісі](#), теж страждають діти. Правда, ця інфекція не передається внутрішньоутробно, але, викликаючи запалення шийки матки і навколоплідних оболонок, інфекція сприяє розвитку викидня, може бути причиною передчасних пологів і післяпологових ускладнень. А по-друге, під час пологів, проходячи через родові шляхи, дитина неминуче інфікується від хворої матері. У відносно здорової дитини гонокок при цьому вражає тільки слизові, вистелені циліндричним епітелієм: в першу чергу за даних обставин - слизову оболонку очей і слизову присінку піхви у дівчаток. А ось в ослаблених дітей можливе ураження глотки, пуповини і навіть шкіри. Наслідки гонорейі новонароджених без вчасно прийнятих адекватних заходів можуть бути вельми трагічні, і саме ймовірне з них: - необоротна сліпота на все [життя](#). . . Під неускладненою гонококковою інфекцією розуміють первинну інфекцію слизової оболонки нижніх відділів сечостатевих шляхів (уретрит - в чоловіків і жінок, цервицит, цистит, вульвовагинит - в жінок).

Лікування

- Цефіксим - 400 мг перорально одноразово
- Цефтриаксон - 250 мг внутримышечно одноразово
- Офлоксацин - 400 мг перорально одноразово
- Ципрофлоксацин - 500 мг перорально одноразово

Альтернативні методи лікування

- Азитромицин - 1 р перорально одноразово
- Ломефлоксацин - 600 мг перорально одноразово
- Норфлоксацин - 800 мг перорально одноразово
- Пефлоксацин - 600 мг перорально одноразово
- Спектиномицин - 2,0 р (чоловіки), 4,0 р (жінки) внутримышечно одноразово. Препарат показаний при непереносимості хинолонов і цефалоспоринов.
- Цефодизим - 0,250-500 мг внутримышечно одноразово
- Цефуроксим - 1,5 р внутримышечно одноразово
- Цефуроксим аксетил - 1,0 р перорально одноразово

Всі ці препарати (крім спектиномицину) також високо ефективні при аноректальної гонорейі. При гонорейном поразку гортані найефективнішими препаратами (зцілення у 90% пацієнтів) є цефтриаксон, ципрофлоксацин у дозах, доксициклін по 100 мг 2 рази у день була в протягом 7 днів, поєднання офлоксацину (400 мг перорально) і азитроміцину (1 р перорально) одноразово.

Фторхинолоны протипоказані дітям і підліткам до 14 років, вагітним і матерям-годувальницям жінкам.

Є низка інших антибіотиків, ефективних щодо гонококкової інфекції, однак у завдання даного керівництва не входить перерахування всіх відомих активних лікарських засобів.

При одночасному виявленні *Z. trachomatis* призначається азитромицин 1 р одноразово перорально чи доксициклін по 0,1 р 2 десь у добу перорально протягом 7 днів.

З багаторазових схем терапії залишаються методики, представлені у діючих "Методичних рекомендаціях із лікування та профілактики гонореї", М., 1993 р.

Доцільним є організація регіональних центрів контролю над зміною чутливості виділених штамів гонококков до основним групам антибіотиків (пеницилинам, тетрациклінам, цефалоспоринам, хинолонам і спектиномицину).

При виявленні у регіонах бета-лактамазопродуруючих штамів *N. gonorrhoeae* доцільно призначати препарати, які містять бета-лактамною кільця чи які активність бета-лактамази (потенцированые клавуланатом - аугментин, амоксиклав).

Лікування гонококкової інфекції нижніх відділів сечостатевої системи з ускладненнями, верхніх відділів органів малого таза

Лікування хворих слід здійснювати в стаціонарних умовах. Тактика терапії залежить від характеру клінічного течії гонореї. Так, при абсцедировани парауретральних і великих вестибулярних залоз поруч із противомикробними препаратами, ефективними щодо *N. gonorrhoeae*, необхідно можливість користуватися відповідними патогенетичні, фізіотерапевтичні і хірургічні методи лікування.

Етиологическое лікування ускладненою гонококкової інфекції сечостатевої системи та органів малого таза

- Цефтриаксон - 1,0 р внутримышечно чи внутрішньовенно кожні 24 години

Альтернативні схем лікування

- Канамицин - 1 000 000 ЕД внутримышечно кожні 12 годин
- Спектиномицин - 2,0 р внутримышечно кожні 12 годин
- Цефотаксим - 1,0 р внутрішньовенно кожні 8 годин
- Ципрофлоксацин - 500 мг внутрішньовенно кожні 12 годин

Терапія даними препаратами повинна тривати щонайменше 24-48 годин після зникнення клінічних симптомів, після чого за необхідності лікування то, можливо продовжене протягом 7 днів нижеприведенными препаратами.

- Доксициклін - 0,1 р перорально кожні 12 годин
- Ломефлоксацин - 400 мг перорально кожні 12 годин
- Метациклін (рондомицин) - 0,3 р перорально кожні 6 годин
- Офлоксацин - 400 мг перорально кожні 12 годин
- Пефлоксацин - 400 мг перорально кожні 12 годин
- Ципрофлоксацин - 500 мг перорально кожні 12 годин

Поруч із, за наявності показань й не виключається проведення патогенетической, симптоматической, иммуномодулюющей терапії.

Сифіліс- венеричне захворювання, що викликається блідою трепонемою, має рецидивуючий перебіг з [характерною](#) періодизацією клінічних симптомів, здатне вражати всі органи і системи, що передається переважно статевим шляхом.

Етіологія. Збудник - бліда трепонема. Джерело зараження хворий на сифіліс [людина](#), що особливо має активні прояви свіжого [сифілісу](#) на шкірі і слизових оболонках.

Найбільш заразні висипання з ерозованих (вологою, мокнучої) [поверхнею](#), у виділеннях яких міститься велика кількість збудника. Основний шлях зараження - прямий (зазвичай статевої) контакт з хворим. Можливий також так званий побутовий [сифіліс](#) (зараження через предмети домашнього вжитку і т. п.). При природженому [сифілісі](#) зараження відбувається внутрішньоутробно - через судини плаценти.

Патогенез. Бліді трепонеми поширюються в організмі по лімфатичній системі, активно розмножуються і періодично струмом крові заносяться в різні органи [ітканини](#), що викликає ті чи інші прояви захворювання. З плином часу кількість блідих трепонем в організмі хворого зменшується, проте реакція тканин на збудника стає більш бурхливим (сенсibilізація), що зумовлює зміну клінічних симптомів на протязі хвороби.

Клінічна картина. У нелікованих хворих виділяють 4 періоди набутого сифілісу: інкубаційний, первинний, вторинний і третинний.

Інкубаційний період (від зараження до появи першого клінічного симптому - твердого шанкру) триває в середньому 20-40 днів. Можливо як вкорочення його (15-7 днів), так і подовження (3-5 міс).

Первинний період (від появи твердого шанкру до виникнення першого генералізованого висипання) триває 6-8 тижнів. Типові три симптоми: твердий шанкр, регіонарний лімфаденіт і регіонарний лімфангіт. Твердий шанкр є ерозію або виразку, що виникає на місці впровадження блідих трепонем. При статевому зараженні твердий шанкр розташовується на статевих органах (у чоловіків частіше на голівці статевого члена або крайній плоті, у жінок - на статевих губах, шийці матки). Для твердого шанкру [характерні](#) такі ознаки: невеликі розміри (до дрібної монети), правильні округлі або овальні обриси, пологі (блюдцеобразніе) краю, гладке синюшно-червоне дно. Неускладнений твердий шанкр безболісний, не супроводжується явищами гострого [запалення](#).

Вторинний період (від першого генералізованого висипання до появи третинних сифілідів - горбків або гумм) триває 3-4 роки, характеризується хвилеподібним перебігом, великою кількістю і різноманітністю клінічних симптомів. Можуть уражатися всі органи й системи, однак основні прояви представлені висипом на шкірі та слизових оболонках ([сифіліди](#) вторинного періоду). Поява сифілідів обумовлено проникненням в шкіру і слизові оболонки блідих трепонем. Перше генералізоване висипання, що йде на зміну загоюються твердому шанкру, буває найбільш рясним (вторинний свіжий сифіліс), йому супроводжує виражений поліаденіт. Висип тримається кілька тижнів (рідше 2-3 міс), потім зникає на невизначений час. Повторні епізоди висипань (вторинний рецидивний сифіліс) чергуються з періодами повної відсутності проявів (вторинний латентний сифіліс)..

У вторинному періоді розрізняють 5 груп сифілідів:

1) сифілітична розеола: блідо-рожеві округлі нешелушачіся плями різної величини, розташовані зазвичай на тулубі;

2) сифілітичні папули: синюшно-червоні гладкі округлі вузлики різного розміру, часто змінюють свою поверхню залежно від локалізації - ерозивні на слизових, змозолілість на долонях і підошвах, вегетуючі в складках заднього проходу і статевих органів - так звані широкі [кондиломи](#);

3) сифілітичні пустули: різної величини і глибини гнійнички на специфічному щільному підставі, що перетворюються у [виразки](#) або гнійні кірки;

4) сифілітична плішивість: швидко розвивається дифузне або мелковогнищеве порідіння волосся на голові без запальних змін шкіри;

5) сифілітична лейкодерма: плямиста або мереживна гіпопигментація шкіри шиї. Часто уражається слизова оболонка зіву, де виникають сифілітичні ангіни (еритематозна, папульозна і пустулезно-виразкова), що відрізняються від банальних ангін різкими кордонами, відсутністю островоспалительних явищ, лихоманки і болю. При висипаннях на голосових зв'язках відзначається захриплість голосу.

Третинний період сифілісу починається частіше всього на 3-4-му році хвороби і при відсутності лікування триває до кінця [життя](#) хворого. Його прояви відрізняються найбільшою вагою, призводять до незгладимого спотворенню зовнішності, інвалідизації і часто до смерті. У зв'язку з успіхами в діагностиці і терапії третинний сифіліс в даний час зустрічається рідко.

Основні особливості третинного сифілісу: хвилеподібний перебіг з нечастими рецидивами і багаторічними латентними станами, множинність відмежованих потужних, схильних до розпаду гранульом з тривалими термінами їх [існування](#) (місяці, роки), переважна локалізація поразок на місцях травм, мале число блідих трепонем в тканини і у зв'язку з цим незначна контагіозність третинних сифілідів, високий рівень інфекційної алергії при низькій напруженості [імунітету](#), нерідко негативні класичні серологічні реакції на сифіліс.

У третинному періоді може спостерігатися ураження будь-якого органу, але найчастіше відбувається ураження шкіри, слизових оболонок і кісток.

При природженому сифілісі зараження відбувається внутрішньоутробно від хворої матері. Бліді трепонеми проникають в організм плода з ураженої плаценти через пупкову вену або лімфатичні щілини пуповини.

Ураження плода [сифілісом](#) частіше відбувається в перші три роки хвороби матері, воно може порушувати перебіг вагітності та приводити до пізніх викиднів, мертвонароджень і передчасних пологів.

Розрізняють ранній (до 4 років) і пізній (після 4 років) вроджений сифіліс. Ранній вроджений сифіліс додатково підрозділяють на сифіліс плода, вроджений сифіліс грудного (до 1 року) і раннього дитячого віку (від 1 року до 4 років). Кожен з періодів і підперіодів має свої клінічні особливості.

[Сифіліс](#) плоду, що розвивається зазвичай з 5-го місяця вагітності, характеризується переважним ураженням внутрішніх органів та кісткової системи у вигляді їх

дифузний запальної дрібноклітинною інфільтрації з подальшим розростанням сполучної тканини, що може серйозно порушувати [функції](#) відповідних органів і призводити до загибелі плоду. Найчастіше вражаються печінка, селезінка і трубчасті кістки.

Природжений сифіліс грудного віку поряд із загальними дистрофічними і гарячковими симптомами, вісцеральними і кістковими ураженнями ([гепатит](#), [нефрит](#), [пневмонія](#), [остеохондрита](#) та ін) дає дуже багату і різноманітну висип на шкірі і слизових оболонках, багато в чому подібну з сифілідами вторинного періоду (різні різновиди сифілітичних розеол, папул і пустул). Окремі сифіліди у грудних дітей мають свої особливості. Папули навіть на шкірі часто мають ерозивно, мокнучу поверхню. Папули в кола рота зливаються в суцільні ексудативні бляшки, поцятковані глибокими радіальними тріщинами (дифузні інфільтрації Гохзингера), залишають згодом характерні променисті рубці на шкірі губ, шиї і підборіддя (радіальні рубці Робінсона - Фурньє). Ерозивні папули на слизовій оболонці носа призводять до утворення кірок, що перешкоджають носовому диханню, у зв'язку з чим дитина не може смоктати груди ("сифілітичний нежить"). Великі пустульозні висипання на долонях, підшвах і інших ділянках кінцівок характеризують сифілітическую пухирчатку.

У метафізарних ділянках трубчастих кісток часто виникають остеохондрита, що нерідко закінчуються патологічними [переломами](#) (псевдопараліч Парро).

Природжений сифіліс раннього дитячого віку характеризується переважним ураженням шкіри, слизових оболонок і кісток. Висипання менш ясні, локалізовані, подібні з такими при вторинному рецидивному сифілісі (часто зустрічаються широкі кондиломи, сифілітична алопеція).

Пізній природжений сифіліс частіше проявляється у віці 5-17 років. Його основні симптоми схожі з проявами третинного сифілісу. На шкірі і слизових оболонках виникають бугоркового і гумозні зміни. Однак на відміну від третинного сифілісу при пізньому вродженому сифілісі є сукупність стійких ознак, які є результатом нападів сифілісу в грудному віці або з'являються пізніше в результаті впливу сифілітичної інфекції на розвивається кісткову систему і деякі інші органи. Розрізняють безумовні і ймовірні ознаки пізнього вродженого сифілісу.

До безумовних (патогномонічним) ознаками пізнього вродженого сифілісу відноситься тільки "тріада Гетчинсона": гетчинсонови [зуби](#) (бочкоподібні верхні середні різці з виїмкою по вільному краю), паренхіматозний кератит і [лабіринтова](#) глухота. Вони нерідко зустрічаються одночасно.

Ймовірні ознаки хоча і характерні для пізнього вродженого сифілісу, але можуть зустрічатися і при інших хворобах, тому вони мають значення лише в сукупності діагностичних симптомів. Основні серед них: "шаблеподібні гомілки", "готичне небо", потовщення грудинного кінця ключиці (симптом Авситидийського), радіальні рубці Робінсона & mdash; Фурньє, різні зубні дистрофії (діастема, макро-або мікродентія, гіпоплазія іклів та ін.)

Діагноз сифілісу ґрунтується на клінічних проявах, результати конфронтації ([обстеження](#) передбачуваного джерела), обов'язковому лабораторному дослідженні (виявлення блідих трепонем, позитивні серологічні реакції). Субстратом для досліджень на бліді трепонеми служать відокремлюване твердого шанкру, ерозивних і мокли папул і вміст пустулезних сифілідів. Реакція Вассермана (РВ) позитивна у всіх хворих в другій половині первинного періоду і протягом усього вторинного. При третинному періоді вона негативна приблизно у третини хворих. Більш точні і специфічні реакція імунофлюоресценції (РІФ), яка позитивна у всіх трьох періодах, і реакція іммобілізації блідих трепонем (РИБТ), позитивна у вторинному і третинному періодах. Повторні позитивні серологічні реакції при відсутності клінічних проявів дозволяють поставити діагноз латентного сифілісу. При підозрі на третинний чи вроджений сифіліс хворі підлягають ретельному обстеженню.

Після закінчення лікування всі хворі підлягають тривалому спостереженню (від 1 року до 5 років), по завершенні якого вони проходять ретельне обстеження, а потім знімаються з обліку.

Профілактика сифілісу передбачає комплекс суспільних і індивідуальних заходів. Серед заходів суспільної профілактики основне значення мають госпіталізація всіх хворих з активними проявами хвороби, суворий [контроль](#) за хворими до зняття з обліку, активне виявлення джерел зараження, обстеження контактів, профілактичні огляди, [дослідження крові](#) вагітних і всіх стаціонарних хворих на реакцію Вассермана, [санітарно-просвітня робота](#), [організація](#) пунктів індивідуальної профілактики при вендиспансер. Заходи індивідуальної профілактики: статеве утримання до вступу в шлюб, неприпустимість безладної статевого життя і позашлюбних статевих зв'язків, при випадкових статевих зв'язках користування чоловічим презервативом і подальше обмивання статевих органів теплою водою з милом, відвідування пункту індивідуальної профілактики в перші години після підозрілого статевого контакту.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	Підготовчий етап 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Трихомоніаз: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.

	2. Гонорея: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика. 3. Сифіліс: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика		
1.	Заключний етап Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення гінекології, жіноча консультація

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії хвороб.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
2. *Адаскевич В.П.* Инфекции, передаваемые половым путем. – Нижний Новгород: Издательство НГМА, Москва: Медкнига, 2001. – 416с.
3. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
4. *Кисина В.И., Забиров К.И.* Урогентальные инфекции у женщин. – М.: МИА, 2005. – 280с.
5. *Козлова В.И., Пухнер А.Ф.* Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. – М.: Триада-Х, 2003.– 440с.

Питання

1. Трихомоніаз: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика.
2. Гонорея: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика.
3. Сифіліс: етіологія, патогенез, клініка, лікування та профілактика

Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Зібрати анамнез у хворої.
2. Провести заганальний та вагінальний огля.
3. Призначити лабораторні та інструментальні методи обстеження

Тестові завдання

1. Для хламідіозу помилковим є наступне твердження:
 1. Передається статевим шляхом.
 2. Лікується тетрацикліном або ерітроміцином.*
 3. Часто рецидивує.
 4. Характеризується рясними гнійними виділеннями з піхви.
 5. Часто є причиною безпліддя.
2. Чи показано при підозрі на гостру висхідну гонорею призначення методів провокації?
 1. Так.

2. Ні.*
3. Це залежить від фази менструального циклу.
4. Це залежить від віку жінки.
5. Це залежить від ділянки ураження

3.. Найбільш частою локалізацією гонореї нижнього відділу сечостатевих органів є:

1. Гонорейний бартолініт.
2. Гонорейний ендocerвіцит.
3. Гонорейний кольпіт.
4. Гонорейний вульвіт.
5. Гонорейний сальпінгіт.*

4. До методів лікування гострих ендocerвіцитів не відноситься:

1. Антибактеріальна терапія.
2. Місцеве протизапальне лікування.
3. Загальзмцнююче лікування.
4. Діатермокоагуляція.
5. Гідротубація.*

Ситуаційні задачі :

1. Хвора 25 років, скаржиться на значні гнійні виділення з піхви, біль при статевому акті, сверблячку в піхві. Менструальна функція без відхилень від норми. Були 1 пологи і один самовільний аборт. Хворіє біля тижня. При дослідженні: слизова піхви гіперемована, з набряком, гнійні жовті піністі виділення. Який найбільш вірогідний діагноз?

Трихомонадний кольпіт

**Методичну розробку семінарського заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська
28.02.2015**

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 8 від 03.02.2015 року

**Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені
„_____” _____ 201 ____р.**