

**МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ « МОНАДА »**

# **Методичні рекомендації**

**до практичного заняття**

**з дисципліни «Медсестринство в дерматології та  
венерології»**

**для спеціальності 223 Медсестринство**

**тема:**

**« Медсестринський процес при сифілісі »**

**Львів 2016**

**Методичні рекомендації складено**

Костів З.П., викладачем вищої кваліфікаційної категорії

**Розглянуто і схвалено**

на засіданні циклової комісії

Протокол №            від            2016 р.

**Голова циклової комісії.....І.В.Задорожна**

**Рецензент:**

к.мед.н., доц. кафедри дерматології та венерології  
ЛНДУ ім.Данила Галицького С.В.Вольбин

## ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №

**Тема заняття:** Медсестринський процес при сифілісі.

**Мета заняття:** засвоїти особливості обстеження венеричних пацієнтів; навчитися реалізовувати усі етапи медсестринського процесу при сифілісі; провести дезінфекцію та заповнити медичну документацію.

**Матеріальне забезпечення:** орієнтовна карта обстеження венеричного пацієнта, фотоматеріали, муляжі, алгоритми, лупа, предметні скельця, шприци та ін'єкційні голки для взяття венозної крові, пробірки, вата, спирт, бинт, взірці медикаментозних засобів загальної та місцевої дії.

### **Конкретні цілі:**

- знати характеристику збудника сифілісу;
- знати джерела зараження та шляхи передачі блідої трепонеми;
- розрізняти клінічні прояви різних періодів набутого і вродженого сифілісу;
- знати основні підходи до загального і місцевого лікування сифілісу;
- знати принципи профілактики сифілісної інфекції та методи дезінфекції;
- здійснювати усі етапи медсестринського процесу при сифілісі;
- здійснювати дезінфекцію рук та інструментарію;
- проводити поточну дезінфекцію у венерологічному відділенні.

## Зміст заняття

**Сифіліс** — інфекційне захворювання, що передається статевим шляхом.

### Етіологія, епідеміологія

*Збудник* — бліда трепонема (*Treponema pallidum*) - спіралеподібний факультативний анаероб з рівномірно розміщеними закрутками, дуже рухливий, чутливий до зовнішніх чинників: моментально гине при кип'ятінні, під впливом 90° етилового спирту.

*Джерело зараження:* хвора на сифіліс людина.

*Шляхи зараження:*

- статевий ( у тому числі орогенітальні та анальні контакти), який є основним; трепонеми проникають через мікродефекти шкіри та слизових оболонок при контакті з елементами висипки, на яких знаходяться бліді трепонеми;
- побутовий;
- професійний шлях зараження при контакті із ерозивними поверхнями висипань при наявності мікротравм шкіри рук;
- трансфузійний при переливанні крові хворого;
- трансплацентарний;
- під час проходження плода через родовий канал хворої на сифіліс матері.

### Клінічна картина

*Періоди сифілісу:* інкубаційний, первинний, вторинний, третинний.

*Інкубаційний період* — проміжок від моменту зараження до появи першого клінічного симптому — триває в середньому 3 — 4 тижні (10 — 90 днів), може подовжуватися при прийомі антибіотиків з іншого приводу, вкорочуватися — при зниженій опірності організму. У цей період пацієнт не має жодних скарг.

*Первинний період* — триває в середньому 6 — 8 тижнів. Починається з моменту появи першого прояву сифілісу - **твердого шанкеру** (мал.1) — первинної сифіломи, який являє собою ерозію або виразку правильної округлої або овальної форми з чіткими межами кольору свіжого м'яса або зіпсованого сала. Твердий шанкер виникає на місці



проникнення збудника в організм.

Приблизно через тиждень з'являється **регіонарний лімфаденіт** - запалення лімфатичних вузлів, які розташовані поблизу твердого шанкеру.

**Регіонарний лімфангоїт** розвивається у вигляді невеликого щільноеластичного невеликого шнура.

За результатами реакції Вассермана, первинний період поділяється на серонегативний (перші 3 - 4 тижні, коли реакція Вассермана є від'ємною) та серопозитивний період (наступні 3 ~ 4 тижні, коли реакція Вассермана стає позитивною).

Наприкінці цього періоду розвивається "трепонемний сепсис" внаслідок інтенсивного розмноження трепонем, який проявляється гарячкою, болем у м'язах, суглобах, кістках, головним болем, нездужанням.



Малюнок 2

Атипові форми твердог шанкеру:

- Шанкер– амигдаліт (мал.2);
- Шанкер – панарицій;
- Індуративний набряк.

Можливі ускладнення твердог шанкеру: фімоз, парафімоз, баланопостит, вульвовагініт.

**Вторинний період** починається з появи на шкірі та слизових оболонках дисемінованої висипки. Розрізняють **вторинний свіжий** (при появі висипань вперше) та **вторинний рецидивний сифіліс** (при повторних висипаннях). Сифіліди при вторинному сифілісі мають спільні ознаки:

- доброякісність,
- відсутність суб'єктивних відчуттів та ознак запалення,
- містять велику кількість трепонем, тому є заразними,
- швидка регресія під впливом протисифілітичного лікування.

Сифіліди найчастіше складаються із судинних плям (**розеол**) та вузликів (**папул**), значно рідше — у вигляді гнійничків (**пустул**). Висипання можуть з'являтися на будь-якій ділянці тіла, але **найтиповішою їх локалізацією** є бокові поверхні тулуба, долоні, підшви, слизові оболонки ротової порожнини. В цьому періоді можуть з'являтися широкі кондиломи у ділянці зовнішніх статевих органів та анальній ділянці, які є ерозивними вегетуючими папулами.

До вторинного сифілісу належить також **сифілітична лейкодерма** (білуваті округлі плями невеликого розміру, що локалізуються частіше на шкірі шиї — "намисто Венери"), **сифілітична алопеція** (дрібновогнищева та дифузна), **сифілітичний ларингіт** (мал.3).

Ураження внутрішніх органів можуть з'являтися у вигляді порушень функції печінки, ураження нервової системи (порушення сну, підвищена дратівливість), болями у кістках, що посилюються вночі.



Малюнок 3

Серологічні реакції крові та осадкові проби є різко позитивними у 90 - 100 % пацієнтів.

**Третинний період** - виникає у невеликій кількості пацієнтів через 3-6 років від початку хвороби. У третинному періоді у пацієнтів на шкірі та слизових виникають висипання у вигляді **горбиків, гум.**

Третинні сифіліди :

- не мають розповсюдженого характеру,
- не супроводжуються суб'єктивними відчуттями,
- згодом виразковуються, що призводить до деструкції тканин та утворення рубців.

**Гумозна виразка** має округлу форму, навколо неї знаходиться інфільтрат, шкіра над яким має синюшно-багровий відтінок, дно виразки вкрито некротичною масою жовтуватого кольору. При третинному сифілісі може виникати дифузний інтерстиціальний глосит, а при локалізації гум на твердому піднебінні як ускладнення може з'явитися з'єднання між порожнинами рота та носа внаслідок некротизації та секвестрації кістки.

Ураження внутрішніх органів виявляється в утворенні гум або дифузної гумозної інфільтрації. Частіше уражується печінка та серцево-судинна системи (мезаортит), кістки (гумозний остеомієліт), суглоби (деформація, наявність гідрартрозу).



Малюнок 4

Класичні серореакції є позитивними у 40 - 60 % пацієнтів. Третинний сифіліс є практично незарзним.

**Вроджений сифіліс** поділяється залежно від строків його появи та клінічних симптомів на:

- 1) сифіліс плода;
- 2) ранній (від моменту народження до 4 років);
- 3) пізній ( у дітей після 4 років);
- 4) прихований (спостерігається у всіх вікових **групах**, характеризується стертою клінічною симптоматикою).

**Ранній вроджений сифіліс.** Виділяють симптоми, які трапляються тільки у хворих *грудного віку*, і не виникають при набутому сифілісі:

- сифілітичний міхурник (пемфігус);
- інфільтрація Гохзингера — дифузна інфільтрація шкіри та підшкірно-жирової клітковини навколо рота, у ділянці губ, підборіддя, сідниць, статевих органів, долонь та підшопов; без лікування переходить у радіарні рубці Робінзона - Фурн'є, які переважно локалізуються навколо рота;
- сифілітичний риніт з можливим формуванням "сідлоподібного" носа;
- остеохондрити трубчастих кісток частіше верхніх кінцівок із можливим виникненням хибних переломів;
- сифілітичний хоріоретиніт — крапки пігментації та ділянки депігментації по периферії очного дна (симптом "солі та перцю").

**Інші ознаки можуть траплятися у дітей після 1 року життя:**

- папульозна висипка на слизовій оболонці рота;
- періостити трубчастих кісток;
- сифілітичні фалангіти основних фаланг пальців рук;
- ураження внутрішніх органів у вигляді гумозної інфільтрації: біла пневмонія, гепато- та сплено-мегалія, нефрозонефрит.

**Вроджений сифіліс дітей раннього віку** (від 1 до 4 років) проявляється незначною кількістю папул на кінцівках, сідницях, статевих органах, обличчі, широких кондилом на язика, звуженням гортані з хрипотою та утрудненим диханням внаслідок розміщення папул на голосових зв'язках, періостити, остеосклероз, кератити. Звичайно наявні гепатоспленомегалія, розумова відсталість.

**Пізній вроджений сифіліс.** На шкірі можуть виникати горбки та гуми, часті ураження кісток гомілок ("шаблеподібні" гомілки) та передпліч, остеопорози, остеоперіостити, небо- лючі гідрартрози колінних суглобів. Внутрішні органи уражуються рідко.

Найбільш характерними ознаками пізнього вродженого сифілісу є:

а) достовірні — триада Гетчінсона: кератит аж до сліпоти, лабіринтит аж до глухоти, деформація зубів у вигляді викрутки з півмісячною виїмкою на ріжучому кінці;

б) вірогідні (імовірні) — сідлоподібний ніс, рубці Робінзона - Фурн'є, "сідницеподібний" череп, потовщення грудного кінця ключиці, відсутність мечоподібного відростка, ямка на внутрішній стороні лопатки (симптом Підвисоцької), п'ятий додатковий горбик на жувальній поверхні моляра (горбик Карабеллі), широке розміщення верхніх різців (діастема Гаше), макро- і мікродентія, інфантильний мізинець (симптом Дюбуа), високе "готичне піднебіння", "олімпійське чоло", косоокість тощо.

### **Діагностика сифілісу**

#### **Методи лабораторної діагностики сифілісу:**

1. Бактеріоскопічне дослідження тканинної рідини для виявлення блідої трепонеми в темному полі мікроскопа.
2. Серологічне дослідження для виявлення антитіл.
  - Реакція Васермана (РВ). Якісно оцінюється в плюсах від + до +++, кількісно - у титрах від 1:5 до 1:160.
  - Реакція імунофлюоресценції (РІФ): під люмінесцентним мікроскопом трепонеми мають жовто-зелене свічення, інтенсивність якого оцінюють в плюсах від + до +++. Сироватку із 4+ досліджують у розведеннях 1:400, 1:800, 1:1600, 1:3200.
  - Реакція іммобілізації блідих трепонем (РІБТ). Іммобілізація оцінюється таким чином: 0 - 20 % - від'ємна, 21 - 30 % - сумнівна, 32 - 50 % - слабопозитивна; 51 - 100 % - позитивна.
  - Мікрореакція преципітації для експрес-діагностики з використанням артеріальної крові пацієнта. Оцінюється, як реакція Вассермана.
3. Експрес-діагностика з використанням скринінгових тестів.

#### **Принципи лікування**

1. Лікування призначають лише після лабораторного підтвердження діагнозу та під лабораторним контролем кожні 10 днів.
2. Розрізняють такі види лікування:
  - а) *превентивне* - проводять особам, які були у контакті із хворими на заразні форми сифілісу;



*б)профілактичне:* проводиться вагітним, які перехворіли на сифіліс, та дітям, народжених хворими чи перехворілими на сифіліс матерями:

*в)пробне:* для підтвердження діагнозу пізніх чи прихованих форм.

3. Існують такі види лікування сифілісу:

1) *специфічне:* застосування трепонемоцидних антибіотиків (препарати розчинного пеніциліну та суспензії пеніциліну подовженої дії — екстенцилін, ретарпен), цефалоспорины;

2) *неспецифічне:* спрямоване на підвищення реактивності організму. Використовують пірогенал, імуномодулятори (левамізол, тимоген, тималін, циклоферон), біостимулятори.

## ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

**Варіант А** – при наявності тематичних пацієнтів: закріплення студентів за тематичними пацієнтами.

**Завдання №1:** Курація тематичних пацієнтів (виконання I та II етапів медсестринського

**Варіант В** – при відсутності тематичних пацієнтів: забезпечення студентів ситуаційними задачами (витягами з медичної карти стаціонарного пацієнта).

Виконання завдання для варіантів А і В

**Завдання № 1** Провести медсестринське обстеження та медсестринську діагностику пацієнту із сифілісом

**Завдання № 2** Провести планування та реалізувати план медсестринських втручань

**Завдання № 3** Оцінити результати та скоректувати план медсестринських втручань

**Завдання № 4** Заповнити медичну документацію

**Завдання № 5** Провести дезінфекцію при сифілісі

## ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

**Завдання 1.** Провести медсестринське обстеження та мед сестринську діагностику пацієнту із сифілісом.

1.1. Зібрати у пацієнта епіданамнез та клінічний анамнез.

При збиранні анамнезу звернути увагу на такі моменти:

*а) скарги, а саме:*

~порушення загального стану;

~ наявність висипки тепер чи в минулому в ділянці зовнішніх статевих органів, інших ділянок шкіри та слизових оболонках (ротова порожнина, ділянка ануса);

*б) історію хвороби:*

- тривалість хвороби;

- статеві контакти до появи симптомів продовж останніх 6 місяців і після початку хвороби;
- тісні побутові контакти, особливо з маленькими дітьми;
- попереднє лікування, в тому числі самолікування;
- в) *історію життя*:
- перенесені хвороби, особливо останнім часом;
- наявні супутні патології на даний час;
- зловживання алкоголем;
- характер статевого життя (дошлюбні, позашлюбні статеві зв'язки, нерозбірливі статеві контакти, особливо у стані сп'яніння, збочені зв'язки (гомосексуальні, анальні, оральні));
- чи був пацієнт донором.

1.2. Провести об'єктивне обстеження в межах медсестринської компетенції:

- а) загальний стан;
- б) стан шкіри та слизових (особливу увагу звернути на місця можливої локалізації сифілітичної висипки - зовнішні статеві органи, анальна ділянка, ротова порожнина, долоні, підошви, бокові ділянки тулуба, волоссяна частина голови);
- в) провести пальпацію пахових, шийних, підщелепних лімфовузлів.
- г) охарактеризувати осередок ураження.

1.3. Дати медсестринську оцінку стану пацієнта з встановленням медсестринських діагнозів.

**Завдання 2.** Провести планування та реалізувати план медсестринських втручань.

2.1 Скласти план медсестринських втручань.

2.2 Відпрацювати підготовку пацієнта та алгоритм взяття біоматеріалу для подальшої бактеріоскопії з метою виявлення блідої трепонеми.

#### ***2.2.1. Алгоритм підготовки пацієнта до взяття біоматеріалу для виявлення блідої трепонеми***

1. Впродовж доби до взяття біоматеріалу з метою очищення поверхні твердого шанкеру та посилення виділення серозного ексудату зробити примочки з ізотонічним розчином на уражену ділянку.
2. За 2-3 год до взяття біоматеріалу накласти примочки з гіпертонічним розчином.

#### ***2.2.2. Алгоритм взяття біоматеріалу для виявлення блідої трепонеми***

1. Промити руки у проточній воді з милом, висушити рушником, вдягнути гумові рукавички.
2. Ватним тампоном, змоченим у фізіологічному розчині, протерти поверхню твердого шанкеру.
3. Стиснути шанкер з обох боків або подразнити його поверхню стерильною мікробіологічною петлею для посилення виділення ексудату.

4. Мікропіпеткою нанести тканинну рідину на предметне скло, негайно накрити покривним скельцем.
5. Написати направлення та відправити біоматеріал у лабораторію.

2.3. Відпрацювати підготовку пацієнта та алгоритм взяття крові з вени для проведення серологічних реакцій.

### *2.3.1. Алгоритм підготовки пацієнта до взяття венозної крові для серологічних досліджень*

1. Не приймати антибіотики протягом 7 днів.
2. Не їсти напередодні багато жирної їжі.
3. Приходити натще.

### *2.3.2. Алгоритм взяття венозної крові для серологічних досліджень*

1. Промити руки у проточній воді з милом, висушити рушником, вдягнути гумові рукавички.
2. Надати пацієнту сидячого положення, накласти на руку джгут.
3. Вибрати на ліктьовій вені місце для ін'єкції та обробити його етиловим спиртом.
4. Великим пальцем лівої руки натягнути шкіру та притиснути ліктьову вену.
5. Проколоти ін'єкційною голкою (зрізом догори) шкіру над веною під кутом 30°.
6. Проколоти ліктьову вену під кутом 45° (до відчуття провалу).
7. Підтягнути до себе поршень та наповнити шприц кров'ю (! не менше 5 мл).
8. Зняти джгут.
9. Витягнути голку, притиснути місце проколу ватною кулькою, змоченою в етиловому спирті, та зігнути руку пацієнта у ліктьовому суглобі.
10. Перенести кров у пробірку, написати направлення і через 2-3 год відправити біоматеріал у лабораторію.

2.4. Відпрацювати алгоритм виконання внутрішньом'язових ін'єкцій дюрантних суспензій антибіотиків за призначенням лікаря.



### *Алгоритм введення дюрантних препаратів пеніциліну*

1. Промити руки у проточній воді з милом, висушити рушником, вдягнути гумові рукавички, покласти пацієнта на живіт.
2. Перед першим введенням антибіотиків необхідно дати пацієнту антигістамінний препарат за призначенням лікаря.



3. Обробити місце ін'єкції двома ватними кульками, змоченими в етиловому спирті, ввести ін'єкційну голку (довжиною 7-10 см, діаметром 0,8-1 мм) у правий верхній зовнішній квадрант сідниці під кутом 90°.
4. У разі відсутності крові — повільно ввести половину дози дюрантного препарату пеніциліну (екстенциліну,

ретарпену). Вийняти голку і протерти місце ін'єкції третьою, змоченою у спирті ватною кулькою.

5. Аналогічно обробити місце ін'єкції та ввести ін'єкційну голку під кутом 90° у лівий верхній зовнішній квадрант сідниці, на глибину не менше 5 см.

6. У разі відсутності крові — повільно ввести другу половину дози препарату в лівий верхній зовнішній квадрант сідниці.

7. Протерти місце ін'єкції ватною кулькою, змоченою етиловим спиртом.

*Примітка!* Спостерігати за температурою тіла пацієнта.

2.5 Відпрацювати алгоритм введення солей вісмуту за призначенням лікаря.

#### *Алгоритм введення препаратів вісмуту*

1. Промити руки у проточній воді з милом, висушити рушником, вдягнути гумові рукавички, надати пацієнту сидячого положення.

2. Обробити шкіру зовнішньої поверхні плеча / підлопаткового простору ватною кулькою, змоченою спиртом.

3. І та II пальцями лівої руки зібрати шкіру в поздовжню складку трикутної форми основою донизу.

4. Швидким рухом ввести ін'єкційну голку для підшкірних ін'єкцій під кутом 30° на глибину 1,5 - 2 мм.

5. Натискаючи на поршень, ввести підігрітий препарат вісмуту (бійохінол, бісмоверол, пентабісмол).

6. Швидко витягнути голку зі шприцом, протерти місце ін'єкції ватною кулькою, змоченою спиртом.

2.6 Провести догляд за сифілідами:

- при наявності вологих ерозивних поверхонь, мокнення, вираженої еритеми, набрякості — застосувати примочки та аерозолі;
- при виникненні алергійних реакцій на здійснені маніпуляції - повідомити лікаря, дати антигістамінний препарат;
- при ускладненні сифілідів піодермією - змастити їх йоддицирином, спиртовим розчином левоміцетину, лініментом синтоміцину чи стрептоциду, антибактерійними мазями (при відсутності мокнення): стрептоцидовою, гентаміциновою, офлокаїном тощо.

2.7 Засвоїти тактику медичної сестри при виникненні можливих ускладнень твердого шанкеру.

2.7.1. *Фімо́з* - це звуження препуціуму внаслідок набряку статевого члена: статевий член збільшений, головка не відкривається.

Дії медичної сестри у разі виникнення фімозу: промити препуційний мішок розчином калію перманганату (1:10 000). Зробити примочки з гіпертонічним розчином.

2.7.2. *Парафімоз* - це защемлення головки статевого члена вузькою крайньою плоттю, при якому головка пеніса та листки крайньої плоті набряклі, синюшного кольору, різко болючі, може спостерігатися затримка сечі та некроз.

При виникненні парафімозу медична сестра повинна надати невідкладну допомогу: вправити рукою головку статевого члена у препуціальний мішок. При неможливості вправлення та наявності некрозу - терміново госпіталізувати в урологічне відділення.

2.8. Розробити правила та умови реалізації плану медсестринських втручань.

**Завдання 3. Оцінити результати та скоректувати медсестринські втручання.**

При оцінюванні результатів медсестринських **втручань** слід звернути увагу на такі моменти:

- клінічне одужання;
- нормалізацію результатів серологічних досліджень;
- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

**Завдання 4.** Заповнити медичну документацію. Заповнити форму № 089 /о:

Міністерство охорони здоров'я України

Форма № 089/о

Назва медичної установи \_\_\_\_\_

### ПОВІДОМЛЕННЯ

Про хворого з встановленим діагнозом активного туберкульозу, венеричної хвороби, трихофітії, мікроспорії, фавусу, раку чи іншого злоякісного новоутворення (складається на кожного хворого, який звернувся за медичною допомогою в цьому році)

1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

2. Стать \_\_\_\_\_ 3. Вік \_\_\_\_\_ 4. Дата звернення \_\_\_\_\_

5. Адреса хворого \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_

Вулиця \_\_\_\_\_ буд № \_\_\_\_\_ кв. № \_\_\_\_\_

6. Міський мешканець, сільський мешканець \_\_\_\_\_

7. Де працює, навчається \_\_\_\_\_

8. Посада \_\_\_\_\_ 9. Інвалід (так/ні) \_\_\_\_\_

10. Діагноз встановлений вперше в цьому році, у минулі роки (підкреслити)

11. Клінічний діагноз \_\_\_\_\_

12. Чи підтверджений діагноз лабораторними дослідженнями, рентгенологічними даними, даними біопсії чи ендоскопії; для хворих на туберкульоз вказати наявність мікобактерій туберкульозу \_\_\_\_\_

Підпис лікаря \_\_\_\_\_ Прізвище \_\_\_\_\_

20 .....р.

### **Завдання 5. Вивчити методики проведення дезінфекції при сифілісі.**

- 5.1. Провести дезінфекцію рук медичного персоналу:  
для дезінфекції рук медперсоналу використати 70 та 96 % етиловий спирт.
- 5.2. Провести дезінфекцію предметів, якими користувався пацієнт, хворий на свіжий сифіліс:
1. Пацієнту з сифілісом дають окремий рушник та індивідуальний посуд.
  2. Провести вологе прибирання палати з використанням мийних засобів (вологе прибирання слід проводити 2-3 рази на день), провітрити її.
  3. Прокип'ятити посуд (15 хв з моменту закипання).
  4. Верхній одяг, постіль, матраци, ковдри та подушки знезаразити в парових та пароформалінових камерах.
  5. Для знезараження поверхні робочих столів використати 1 % розчин хлораміну, 1 % розчин хлоргексидину біглюконату, 0,25 % розчин натрію гіпохлориту, 0,25 % розчин нейтрального кальцію гіпохлориту, 0,5 % розчин хлорцину.
  6. Використані ганчірки знезаразити у розчині дезінфектанту, прополоскати і висушити.
  7. Використаний перев'язувальний матеріал знезаразити зануренням на 1 год у 10 % хлорне вапно, а потім утилізують. За наявності сміттєспалювальної пічки, матеріал спалити без попереднього знезараження.
  8. Предметні скельця з біоматеріалом після використання знезаразити кип'ятінням протягом 15 хв у 2 % мильно- содовому розчині або занурити у 5 % розчин хлораміну на 3 год.
  9. Простерилізувати гінекологічні, діагностичні та лабораторні інструменти, а також посуд. Перед стерилізацією всі інструменти очистити і продезінфікувати.

### **Контрольні питання**

1. Чому сифілітичний шанкер називається твердим?
2. Регіонарний сифілітичний склероденіт схильний до нагноєння чи ні?
3. Чи може без лікування загоїтися твердий шанкер, і чи означає це, що сифіліс вже вилікуваний?
4. Що є клінічною межею, що відділяє первинний і вторинний сифіліс?
5. Чи уражається волосся у хворих на вторинний сифіліс, і чим це проявляється?
6. Чи можна встановити діагноз сифілісу без лабораторного підтвердження?
7. Який матеріал необхідно забрати від хворого для постановки серологічних реакцій, і що ними виявляють?
8. Яка серологічна реакція найшвидше стає позитивною при сифілісі?
9. Що таке реакція Яріша - Герксгеймера?
10. Які критерії вилікуваності від сифілісу?

## Тестові питання

1. У хворого на статевому члені невеличка ерозія, у паху збільшений щільний невеличкий лімфовузол. Про яку хворобу слід подумати?
  - A. Імпетиго.
  - B. Фіксовану медикаментозну еритему.
  - C. Твердий шанкер.
  - D. Екзему.
  - E. Дерматит.
2. Яка середня тривалість серопозитивного періоду сифілісу?
  - A. 9 місяців.
  - B. 6 місяців.
  - C. 3-4 місяці.
  - D. 3-4 тижні.
  - E. 3-4 дні.
3. Для сифілітичної розеоли характерні:
  - A. Свербіж.
  - B. Лущення.
  - C. Мокнення.
  - D. Відсутність суб'єктивних відчуттів.
  - E. Схильність до злиття.
4. Який різновид папул вторинного сифілісу є дуже заразним?
  - A. Міліарні.
  - B. Монетоподібні.
  - C. Себорейні.
  - D. Псоріазоподібні.
  - E. Гіпертрофічні (широкі конділоми).
5. Який елемент висипки на шкірі характерний для пізнього сифілісу?
  - A. Пляма.
  - B. Горбик.
  - C. Папула.
  - D. Уртика.
  - E. Везикула.
6. У новонародженої дитини на долонях і підшвах виникли везикули, міхурі із щільною покришкою на щільній інфільтрованій основі. Про яку хворобу слід подумати?
  - A. Імпетиго.
  - B. Дерматит.
  - C. Сифілітичний пемфігус.
  - D. Багатоформну еритему.
  - E. Герпетиформний дерматит.



7. Найефективніший препарат для лікування сифілісу?
- A. Бісептол.
  - B. Метронідазол.
  - C. Пеніцилін.
  - D. Ацикловір.
  - E. Грізеофульвін.
8. Як називається лікування хворого в інкубаційний період сифілісу?
- A. Профілактичне.
  - B. Превентивне.
  - C. Пробне.
  - D. Специфічне.
  - E. Неспецифічне.
9. При проходженні профогляду у дерматовенеролога жінці встановлено діагноз: первинний серонегативний сифіліс. Яку клінічну ознаку виявили при об'єктивному обстеженні?
- A. Твердий шанкер
  - B. Розеоли
  - C. Папули
  - D. Сифілітична лейкодерма
  - E. Пустули
10. Які ознаки характерні для типового твердого шанкеру:
- A. Блюдцеподібні краї, дно чисте, червоного кольору, блискуче
  - B. Округлої форми, кров'яністі виділення, краї пологі
  - C. Поліциклічне окреслення, дно червоного кольору, кров'яністі виділення
  - D. Округлої форми, інфільтрат в основі, дно покрите гнійним виділенням
  - E. Овальної форми, дно покрите гнійним виділенням
11. До ФАПу звернулася жінка 28 років зі скаргами на появу неболючої ерозії в ділянці зовнішніх статевих органів до 1 см в діаметрі, збільшений у паху щільний не болючий лімфовузол. Яке захворювання слід запідозрити?
- A. Дерматит
  - B. Сифіліс
  - C. Імтетиго
  - D. Екзема
  - E. Токсикодермія

**Домашнє завдання: «Медсестринський процес при гонококовій інфекції, сечостатевому хламідіозі, трихомоніазі, ВІЛ-інфекції/СНІД»**

## Література.

### *Основна*

*Зайченко М.М., Зайченко Я.О.* Шкірні та венеричні хвороби. Навч. посібник до практ. занять. — К.: Здоров'я, 2005.

*Медсестринство в дерматології і венерології:* Навч. посібник / М.Б. Шегедин, М.М. Зайченко, Я.О. Зайченко. — К.: Медицина, 2008.

*Новосад Л.С., Лабінський Р.С. та ін.* Шкірні та венеричні хвороби: Навч. посібник — К.: Медицина, 2007.

### *Додаткова*

*Айзятупов Р.В.* Клиническая дерматология (иллюстрированное руководство). — Донецк: "Донеччина", 2000.

*Айзятупов Р.В.* Болезни, передаваемые половым путем (иллюстрированное руководство). — Донецк: "Донеччина", 2002.

*Владимиров В.В., Зудин Б.И.* Кожные и венерические болезни (атлас) — М.: Медицина, 1980.