Сифилис

Задача 1.

Больной К., 64 года. На коже голени имеется плотноэластической консистенции, чётко отграниченный, безболезненный, спаянный с окружающими тканями и кожей размером со сливу узел. В центре узла определяется флюктуация.

Вопросы:

Ваш диагноз? - Третичный сифилис. Сифилитическая гумма (околосуставная узловатость).

Какая форма заболевания у пациента? См. вопрос 1.

Какой первичный элемент при этом заболевании? Узел? Папула?

С чем следует дифференцировать имеющееся заболевание? Со скрофулодермой, она, в отличие от гуммы, имеет мягкую консистенцию, происходит полное размягчение узлов. Края образующейся язвы мягкие, неровные, подрытые. От раковой язвы отличается тем, что при раке края язвы выворочены, очень плотные. Дно неровное, кровоточащее. Дифференциальная диагностика проводится также с индуративной эритемой, которая, в отличие от гумм, характеризуется образованием болезненных, обычно множественных, симметрично расположенных в нижней половине голеней узлов, которые крайне редко изъязвляются.

Какие исследования надо провести для его подтверждения? RPR, РПГА, РИБТ, РИФ, ИФА + микроскопия.

Задача 2.

На приём к врачу пришёл мужчина, 56 лет, с жалобами на неприятные ощущения в области твёрдого нёба. При осмотре на твёрдом нёбе слева ближе к шестому зубу имеется глубокий язвенный элемент, овальной формы с ровными, уплотнёнными краями. Дно язвы инфильтрировано и прикрыто гнойным отделяемым. При пальпации элемент безболезненный. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны, подвижны.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? - Первичный сифилис. Регионарный склераденит.

Какой первичный элемент при этом заболевании? - Сначала появляется пятно. Папула?

Какие исследования надо провести для подтверждения этого диагноза? - RPR, РПГА, РИБТ, РИФ, ИФА, микроскопия в тёмном поле соскоба с шанкра.

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? – На этом этапе - микроскопия в тёмном поле соскоба с шанкра.

С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся у пациента заболевание?

с афтозным стоматитом, при котором будет наблюдаться резкая болезненность, и афты намного меньших размеров, чем эта язва.

 при милиарном язвенном туберкулёзе слизистой оболочки полости рта (СОПР), в отличие от твёрдого шанкра, язвы множественные, болезненные, имеют неровные и подрытые края.

 травматические язвы и эрозии и эрозии при пузырчатке, афтах отличаются от шанкра отсутствием характерного уплотнения в основании.

 при эрозиях, которые возникают при красном плоском лишае, лейкоплакии, красной волчанке не будет уплотнения + будут изменения слизистой оболочки, не характерные для сифилиса.

Задача 3.

На приём к врачу-стоматологу пришёл пациент, 40 лет, по поводу санации полости рта. При осмотре врачом ротовой полости на боковой поверхности языка справа имеется глубокий язвенный элемент, с плотными, ровными краями, прикрытый серозно-гнойным отделяемым. При пальпации слегка болезненный. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? - Первичный сифилис. Регионарный склераденит.

Какие исследования надо провести для его подтверждения? - RPR, РПГА, РИБТ, РИФ, ИФА, микроскопия в тёмном поле соскоба с шанкра.

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? См. вопрос 2.

С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся у пациента заболевание?

с раком языка: при раке язва резко болезненна, края её выворочены, она легко кровоточит при дотрагивании и твёрдой консистенции (а не твёрдо-эластической);

с афтозным стоматитом, при котором будет наблюдаться резкая болезненность, и афты намного меньших размеров, чем эта эрозия.

В чём сходство и в чём отличие этих заболеваний? См. вопрос 4.

Задача 4.

К стоматологу обратился мужчина, 56 лет, которого в течение полугода беспокоят боли в языке, особенно при разговоре и приёме пищи. Объективно: язык уплотнённый, уменьшен в размере, сосочки его сглажены; на поверхности языка – очень болезненные трещины.

Вопросы:

Ваш диагноз? - Третичный (?) сифилис. Очаговый гуммозный глоссит.

Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? - Язык уплотнён, уменьшен в размере, сосочки его сглажены, на поверхности языка очень болезненные трещины.

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? - RРR, РПГА, РИБТ, РИФ, ИФА,

К каким специалистам надо направить этого пациента на консультацию? - К дерматовенерологу, отоларингологу, окулисту.

Назовите лечение. - Исключить половые контакты больного, также бытовые контакты. Препарат выбора – пенициллин (водорастворимый пенициллин 1 млн. ЕД каждые 6 часов (4 раза в сутки) в течение 20 дней (от 14 до 28 дней, до 4800 млн.ЕД. на курс). При непереносимости пенициллина можно применять дюрантные препараты: Экстенциллин или ретарпен по 2,4 млн. ЕД на инъекцию 1 раз в неделю либо бициллин-1 по 2,4 млн. ЕД. на инъекцию 1 раз в 5 дней. всего 6 инъекций.

Задача 5.

В приёмное отделение поступил больной 54 лет без определённого места жительства. На коже разгибательной поверхности конечностей, в области лопаток располагаются сгруппированные, но не сливающиеся бугорки размером от горошины до лесного ореха, плотные на ощупь, красно-синюшного цвета. Один из бугорков изъязвлён. Язва выполнена грануляциями.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? - Третичный сифилис. Бугорковый сифилид.

Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? – См. условие.

Какие исследования надо провести для его подтверждения? - РИБТ, РИФ – всегда будут +, остальные могут и не быть +.

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? – Все.

С каким заболеванием следует дифференцировать это заболевание? – Клиника похожа на туберкулёзную волчанку, но при ней бугорки (люпомы) имеют мягкую консистенцию, кирпично-красный цвет, иногда с желтоватым оттенком, который хорошо выявляется при диаскопии (феномен яблочного желе), сливаются в сплошные очаги. Бугорки при кожном лейшманиозе, в отличие от сифилитических, желтовато- розовой окраски, умеренно плотной консистенции, а по периферии этих бугорков будут тяжи (лимфангиит).

Задача 6.

К Вам, стоматологу-ординатору, для консультации и лечения женщина привела своего сына, ученика 4-го класса гимназии, по поводу изменения верхних центральных резцов. При осмотре: резцы относительно соседних зубов меньше по размеру, чем должны были бы быть, между ними имеются диастемы, имеют бочкообразную форму, режущие края у них сужены и на них полулунные выемки.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? - Поздний врождённый сифилис.

Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? - Наличие зубов Гетчинсона - достоверный признак врождённого сифилиса.

Какие исследования надо провести для его подтверждения? – RPR, РПГА, РИБТ, РИФ, ИФА.

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? – Все вышеперечисленные исследования могут быть положительными.

К каким специалистам надо направить этого пациента на консультацию? - К отоларингологу (лабиринтная глухота – неврит кохлеарного нерва), к окулисту (паренхиматозный кератит – помутнение глаз, снижение остроты зрения, светобоязнь), мать – к дерматовенерологу.

Задача 7.

После выписки из роддома мама 10-дневного ребёнка отмечает, что у малыша постоянный насморк, он с трудом дышит. Ребёнок беспокоен, часто плачет без причины, плохо засыпает. Объективно: ребёнок несколько отстаёт в развитии, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, голова большая с развитыми лобными буграми и венозной сетью. Носовые ходы сужены из-за наличия в них серозно-геморрагических корок и сукровичного отделяемого, ребёнок дышит ртом.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? - Ранний сифилис новорождённого.

Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? - Насморк у младенцев бывает только при врождённом сифилисе (диффузная папулёзная инфильтрация) + всё перечисленное характерно для врождённого сифилиса.

Какие исследования надо провести для его подтверждения? - RPR, РПГА, РИБТ, РИФ, ИФА.

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? - Все вышеперечисленные исследования могут быть положительными.

Ваше мнение об этиологии заболевания? - Передача инфекции от больной матери плоду через плаценту, то есть внутриутробное заражение, ведущее к развитию врожденного сифилиса. Вероятность возникновения врожденного сифилиса наиболее велика в первые три года после заражения матери, преимущественно при вторичном и скрытом раннем сифилисе.

Инфицирование плода возможно начиная с 10-й недели беременности, но обычно внутриутробное заражение происходит на 4-5 месяце беременности. Бледные трепонемы проникают в организм плода в виде эмбола через пупочную вену, через лимфатические щели пупочных сосудов, а также с током крови матери через поврежденную токсинами бледных трепонем плаценту.

Задача 8.

При осмотре новорождённого (сразу после рождения) врач обнаружил на коже губ крупные синюшно-красного цвета папулы, плотные, местами сливающиеся в более крупные очаги инфильтрации; спустя несколько дней на фоне инфильтрации появились расходящиеся в виде лучей трещины кожи губ.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? - Врождённый ранний сифилис.

Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? - Лучистые рубцы Робинсона – Фурнье (диффузная папулёзная инфильтрация).

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? - РИБТ, РИФ – всегда будут +, остальные могут и не быть +.

К каким специалистам надо направить пациента на консультацию? - К отоларингологу (лабиринтная глухота – неврит кохлеарного нерва), к окулисту (паренхиматозный кератит – помутнение глаз, снижение остроты зрения, светобоязнь).

Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания): врождённый сифилис заразен!

Задача 9.

Проводя осмотр полости рта подростка 14 лет, направленного к Вам школьным врачом, обнаружившим у него необычную конфигурацию твёрдого нёба. Вы установили, что нёбо очень высокое и несколько сужено кверху и одновременно изменены клыки: они очень тонкие и заострённые, напоминают клык крупной хищной рыбы.

Вопросы:

1.Ваш предварительный диагноз? - Поздний врождённый сифилис.

2.Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? - Готическое нёбо, щучий клык – вероятные признаки врождённого сифилиса, но при их сочетании можно думать о данном диагнозе.

3.Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? - RPR, РПГА, РИБТ, РИФ, ИФА.

4.К каким специалистам надо направить пациента на консультацию? - К отоларингологу (лабиринтная глухота – неврит кохлеарного нерва), к окулисту (паренхиматозный кератит – помутнение глаз, снижение остроты зрения, светобоязнь).

5.Ваше мнение о патогенезе заболевания? - Передача инфекции от больной матери плоду через плаценту, то есть внутриутробное заражение, ведущее к развитию врожденного сифилиса. Вероятность возникновения врожденного сифилиса наиболее велика в первые три года после заражения матери, преимущественно при вторичном и скрытом раннем сифилисе. Инфицирование плода возможно начиная с 10-й недели беременности, но обычно внутриутробное заражение происходит на 4-5 месяце беременности. Бледные трепонемы проникают в организм плода в виде эмбола через пупочную вену, через лимфатические щели пупочных сосудов, а также с током крови матери через поврежденную токсинами бледных трепонем плаценту.

Задача 10.

Больной обратился к стоматологу с жалобами на изъязвления области языка. При осмотре больного на спинке языка обнаружена язва округлых очертаний, кратерообразной формы с плотными выступающими краями, безболезненная. В области мягкого нёба и язычка имеются рубцовые изменения.

Вопросы:

1.Ваш диагноз? - Третичный сифилис. Бугорковый сифилид (очаговый гуммозный глоссит??).

2.Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? - РИБТ, РИФ – всегда будут +, остальные могут и не быть +.

3.С каким заболеванием следует дифференцировать имеющееся у пациента заболевание? - С милиарным язвенным туберкулёзом и с раком (там будет болезненность и вывороченные края).

4.Рекомендации противоэпидемических мероприятий: -Исключить половые контакты, а также бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.). После того как выявлено, сколько времени он болен, расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев):1 инъекция экстенциллина или бициллина-1(2,4 млн ЕД), допускается однократное введение пенициллина+ обследование этих людей.

5.Назначьте лечение. Для лечения используется водорастворимый пенициллин 1 млн ЕД 4 раза в сутки, в течение 28 дней, затем после 2-х недельного перерыва 14-и дневный повторный курс в тех же дозах.

Задача 11.

К Вам на приём пришла пациентка с жалобами на высыпания на коже туловища, на внутренней поверхности бёдер и единичные высыпания в области лучезапястных суставов. Из анамнеза известно, что пациентка страдает ревматоидным артритом, по поводу которого принимает препараты золота. Данные высыпания появились после месяца приёма препаратов. Объективно: на коже туловища, внутренней поверхности бёдер и в области лучезапястных суставов, имеются папулёзные элементы синюшно-красного цвета с восковидным блеском, местами сливающиеся в бляшки. Беспокоит небольшой зуд. Вопросы:

1. Ваш диагноз? - Красный плоский лишай?

2. Ваше мнение об этиологии заболевания.

3. С каким заболеванием следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента?

4. Назначьте лечение?

5. Какие мероприятия рекомендуете для профилактики рецидивов заболевания?

Задача 12.

У больного 45 лет на твердом небе обнаруживается узел величиной с лесной орех, плотноватой консистенции, кожа на поверхности узла гладкая, застойно-красного цвета, границы эритемы четкие. Субъективные ощущения отсутствуют.

Ваш предварительный диагноз? - Третичный сифилис. Сифилитический гуммозный очаговый глоссит.

Какой первичный элемент при этом заболевании? – Узел.

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? - РИБТ, РИФ – всегда будут +, остальные могут и не быть.

К каким специалистам надо направить пациента на консультацию? - К дерматовенерологу.

Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания): - в третичном периоде сифилис практически неконтагиозен, но когда есть гумма – вполне контагиозен. Исключить половые контакты, а так же бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.). После того как выявлено, сколько времени он болен, расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев):1 инъекция экстенциллина или бициллина-1(2,4 млн ЕД), допускается однократное введение пенициллина +обследование этих людей.

Задача 13.

К дерматологу обратился больной с жалобами на высыпания на коже туловища, слабость, недомогание, лихорадку до 37 ºC. при осмотре: на боковых поверхностях грудной клетки - большое количество беспорядочно расположенных мелких пятен розового цвета, которые не склонны к слиянию, шелушение отсутствует. На головке полового члена - безболезненная овальная эрозия с плотным основанием. Паховые лимфоузлы размером с фасоль, безболезненные, подвижные, плотноэластической консистенции. Полиаденит.

1.Ваш диагноз? - Вторичный свежий сифилис.

2. Какой первичный элемент при этом заболевании? – Папула. Розеолы?

3. Какие основные симптомы служат основанием этого диагноза? – Регионарный склераденит, наличие твердого шанкра.

4. Какие исследования надо провести для его подтверждения? – Микроскопия в темном поле, серологические реакции отборочные и подтверждающие.

5. С каким заболеванием следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? – Краснуха, корь, брюшной тиф, токсидермия, розовый и отрубевидный лишай.

Задача 14.

К вам обратился больной с жалобами на общую слабость, повышение температуры до 37,4 ºC. На боковых поверхностях грудной клетки - большое количество беспорядочно расположенных мелких пятен розового цвета, которые не сливаются, не шелушатся. На внутреннем листке крайней плоти - овальная эрозия мясо-красного цвета с плотным основанием. Паховые лимфатические узлы увеличены?

1) Ваш диагноз? - Вторичный свежий (?) сифилис. Пятнистый сифилид. Регионарный склераденит.

2) Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? - Наличие сифилитических розеол. Наличие шанкра, регионарного склераденита.

3) Какие исследования надо провести для его подтверждения? - RPR, РПГА, РИФ, ИФА. Микроскопию в тёмном поле (феномен Тиндаля - физическое явление рассеивания света в жидкой или газообразной среде, содержащей взвешенные мельчайшие частицы, что позволяет обнаруживать их при наблюдении сбоку), соскоба с шанкра.

4) Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? - РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА. Микроскопия в тёмном поле (феномен Тиндаля) соскоба с шанкра.

5) Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания): - Исключить половые контакты, а также бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.) После того, как выявлено, сколько времени она больна, расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев):1 инъекция экстенциллина или бициллина-1(2,4 млн ЕД).допускается однократное введение пенициллина +обследование этих людей.

Задача 15.

К трихологу обратилась женщина 32 лет с жалобами на выпадение волос, которое продолжается в течение 3 месяцев. Объективно: на волосистой части головы имеются множественные очаги поредения волос без видимых изменений кожи в виде «меха, изъеденного молью». Очаги округлые, размером от 0,5 мм- до 0,6 см. между собой не сливаются. Зуда нет. Других изменений не выявлено. Из анамнеза известно, что около 2 месяцев назад у больной якобы была аллергия в виде пятнистой сыпи.

1) Ваш диагноз? - Вторичный рецидивный (?) сифилис. Сифилитическая мелкоочаговая алопеция.

2) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? - Для сифилитической алопеции характерны неровные края поражённых участков. При гнездной алопеции возникают значительно более крупные, единичные очаги облысения, резко ограниченные, с полным отсутствием волос на них. При поверхностной трихофитии в очагах поражения будет наблюдаться шелушение и волосы будут не выпадать, а обламываться (+ при микроскопическом исследовании будет наблюдаться споры грибка)

3) Какие исследования надо провести для его подтверждения? - РПГА, РИБТ, РИФ, ИФА.

4) Назначьте лечение. - Исключить половые контакты больной, а также тесные бытовые контакты. Препарат выбора – пенициллин (водорастворимый пенициллин 1 млн. ЕД каждые 6 часов (4 раз в сутки) в течение 20 дней (от 14 до 28 дней, до 4800 млн.ЕД на курс). При непереносимости пенициллина можно применять дюрантные препараты: Экстенциллин или ретарпен по 2,4 млн. ЕД на инъекцию 1 раз в неделю либо бициллином-1 по 2,4 млн. ЕД. на инъекцию 1 раз в 5 дней, всего 6 инъекций.

5) Прогноз в отношении восстановления волос. - Восстановятся полностью после лечения.

Задача 16.

К врачу обратилась женщина 36 лет с жалобами на высыпания на языке. При осмотре: на спинке языка имеются крупные округлые папулы с блестящей поверхностью, лишенные сосочков, розово-красного цвета. Единичные красные папулы имеются также на слизистой оболочке десен и щек.

1) Ваш предварительный диагноз? - Вторичный рецидивный сифилис. Папулёзный сифилид слизистых оболочек.

2) Какой первичный элемент при этом заболевании? - Папулы (узелки) – «бляшки скошенного луга».

3) Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? - РПР, РПГА, РИБТ, РИФ, ИФА, микроскопия в тёмном поле соскоба с поверхности бляшек.

4) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента?

Лейкоплакия,

папулы красного плоского лишая,

очаги красной волчанки.

При поскабливании сифилитической папулы обнаруживается эрозия, а при перечисленных заболеваниях - нет. При лейкоплакии более крупные бляшки с сухой поверхностью. Папулы при красном плоском лишае имеют серовато – белый цвет, сливаются между собой. При красной плоской волчанке ороговение представляет собой «частокол» из атрофированных полосок и точек. Блеск папул характерен именно для сифилитических, т.к. в этих местах отсутствуют сосочки. Необходимо дифференцировать папулёзный сифилид слизистых оболочек от афтозных высыпаний при стоматите. Положительные реакции, характерные для сифилиса, подтвердят диагноз.

5) Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания): исключить половые контакты, а также бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.). После того, как выявлено, сколько времени она больна, расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев):1 инъекция экстенциллина или бициллина-1(2,4 млн. ЕД.). Допускается однократное введение пенициллина+ обследование этих людей.

Задача 17.

ЛОР-врач направил к дерматовенерологу больную 32 лет с изменениями в гортани. При осмотре обнаружено, что миндалина слева увеличена в размерах, плотная, в центре имеется овальная язва мясо-красного цвета с ровными блюдцеобразными краями. Слизистая оболочка вокруг гиперемирована. Пальпируется увеличенный подчелюстной лимфатический узел слева.

1) Ваш предварительный диагноз? - Первичный сифилис. Язвенная форма шанкра на миндалине. Регионарный склераденит.

2) Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? - Все указанные изменения являются характерными для данного диагноза.

3) Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? - РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА, микроскопия в тёмном поле соскоба с поверхности шанкра.

4) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? - Ангина

5) Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания) - Исключить половые контакты, а также бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.). После того, как выявлено, сколько времени она больна, расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев):1 инъекция экстенциллина или бициллина-1(2,4 млн ЕД).допускается однократное введение пенициллина. И обследование этих людей.

Задача 18.

У поступившего в стационар больного 4 недели назад в области венечной борозды появилась безболезненная язвочка блюдцеобразной формы, круглых очертаний, с чистым дном, плотным инфильтратом в основании, сутки назад крайняя плоть несколько отекла, покраснела. Появилось затруднение обнажения головки полового члена. Отмечается склераденит.

1) Ваш диагноз? - Первичный сифилис. Регионарный склераденит. Фимоз.

2) Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? - Безболезненные язвочки блюдцеобразной формы – наличие шанкра («целующийся шанкр»). Появление осложнения, характерного для первичного сифилиса – фимоз. Склераденит также наиболее характерен именно для первичного сифилиса.

3) Какие исследования надо провести для его подтверждения? – RPR, РПГА, РИБТ, РИФ, ИФА, а так же микроскопию соскоба с поверхности шанкра. После того следует делать примочки с изотоническим раствором в течение 1-2 дней, что бы отёк спал и можно было обнажить головку).

4) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? -Шанкриформная пиодермия (стрептококковая этиология) – инфильтрат всегда выходит за границы язвы, а в остальном она очень похожа на шанкр. Результаты лаб. исследований должны подтвердить диагноз сифилис. Отличия от простого герпеса (на гениталиях): после вскрытия пузырьков простого герпеса образуются мелкие сгруппированные эрозии, образующие при сливании сплошную эрозию с мелкофестончатыми краями, обрывками эпидермиса, наличием воспалительной гиперемии в окружности эрозии, отсутствием уплотнения и болевыми ощущениями + отсутствием регионарного склераденита.

5) Какое осложнение имеющегося заболевания возникло у пациента? - Фимоз – сужение полости крайней плоти, что не позволяет открыть головку полового члена (Чаще всего фимоз является осложнением баланита или баланопастита – которые появляются из–за присоединения к шанкру бактериальной или трихомонадной инфекции).

Задача 19.

К врачу обратился мужчина 19 лет с жалобами на появление неделю назад высыпаний в полости рта. При осмотре: на слизистой оболочке щек, дужках, мягком небе, деснах имеются резко ограниченные красного цвета папулы размером с чечевицу, слегка инфильтрированные. Некоторые папулы эрозированы, покрыты серовато-белым, легко снимающимся налетом. Субъективные ощущения отсутствуют.

1) Ваш предварительный диагноз? - Вторичный рецидивный сифилис. Папулёзный сифилид слизистых оболочек.

2) Какой первичный элемент при этом заболевании? - Папулы (узелки) – «бляшки скошенного луга»

3) Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? - РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА, микроскопия в тёмном поле соскоба с поверхности бляшек.

4) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? Лейкоплакия, папулы красного плоского лишая, очаги красной волчанки. При поскабливании сифилитической папулы обнаруживается эрозия, а при перечисленных заболеваниях нет. Налёт при сифилитических папулах легко снимается, а при перечисленных заболеваниях – нет. При лейкоплакии более крупные бляшки с сухой поверхностью. Папулы при красном плоском лишае имеют серовато – белый цвет, сливаются между собой. При красной плоской волчанке ороговение представляет собой «частокол» из атрофированных полосок и точек. Блеск папул характерен именно для сифилитических, т.к. в этих местах отсутствуют сосочки. Так же необходимо дифференцировать папулёзный сифилид слизистых оболочек от афтозных высыпаний при стоматите. Положительные реакции, характерные для сифилиса, подтвердят диагноз.

5) Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания). Исключить половые контакты, а также бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.). После того, как выявлено, сколько времени он болен, расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев):1 инъекция экстенциллина или бициллина-1(2,4 млн ЕД).допускается однократное введение пенициллина + обследование этих людей.

Задача 20.

К дерматологу обратился больной с жалобами на высыпания на коже туловища, слабость, недомогание, повышение температуры до 37,3 ºС при осмотре: на боковых поверхностях грудной клетки - большое количество беспорядочно расположенных мелких пятен розового цвета, которые не склонны к слиянию; шелушение отсутствует. На головке полового члена - безболезненная овальная эрозия с плотным основанием. Паховые лимфоузлы размером с фасоль, безболезненные, подвижные, плотноэластической консистенции. Полиаденит.

1) Ваш диагноз? - Вторичный свежий (?) сифилис. Пятнистый сифилид. Регионарный склераденит.

2) Какой первичный элемент при этом заболевании? - Пятно (Macula). Папула?

3) Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? - Наличие сифилитических розеол. Наличие шанкра, полиаденита.

4) Какие исследования надо провести для его подтверждения? - РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА. Микроскопию в тёмном поле (феномен Тиндаля) соскоба с шанкра.

5) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? Высыпания при острых инфекциях (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы) всегда сопровождаются высокой температурой тела и общими явлениями. Пятнистые высыпания при токсидермии отличаются острым началом, яркой окраской, быстрым присоединением шелушения, склонностью к периферическому росту и слиянию. Часто сопровождаются жжением и зудом. При отрубевидном лишае возникают не воспалительные, шелушащиеся пятна цвета кофе с молоком, которые не исчезают при надавливании. У больных розовым лишаём сначала возникает так называемая материнская бляшка. При флебатодермии (укусы насекомых, крысиного клеща?) пятна серовато – фиолетового цвета, а в центре можно увидеть геморрагическую точку. Так же важное диагностическое значение имеет отсутствие других симптомов вторичного сифилиса и результаты лаб. исследований.

Задача 21.

К врачу-хирургу пришла женщина врач-гинеколог с жалобами на возникновение банального панариция на указательном пальце правой руки. Пыталась лечиться местно, используя мази с антибиотиками, эффект был, но незначительный. При осмотре на концевой фаланге имеется булавовидное вздутие на фоне плотного инфильтрата, без островоспалительной эритемы и сильные стреляющие боли. Лимфатические узлы увеличены в области локтевого сустава. Из анамнеза известно, что на вечернем дежурстве месяц назад, по скорой помощи доставили женщину с кровотечением, подобранную на улице. При оказании первой помощи врач не надела перчатки.

1) Ваш предварительный диагноз? - Первичный сифилис. Шанкр-панариций. Регионарный лимфаденит - полиаденит (т.к. наблюдается увеличение лимфатических узлов в области локтевого сустава).

2) Какие исследования надо провести для его подтверждения? - RPR, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА. Микроскопию в тёмном поле (феномен Тиндаля) соскоба с шанкра.

3) Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? РТКС, РПГА, РИБТ, РИФ, ИФА. Микроскопию в тёмном поле (феномен Тиндаля) соскоба с шанкра.

4) Ваше мнение об этиологии заболевания? - Возбудитель сифилиса относится к порядку Spirochaetales, семейству Spirochaetaecae, роду Treponema, виду Treponema pallidum. Бледная трепонема имеет спиралевидную форму, легко разрушается под воздействием внешних агентов: высыхания, прогревания при 55 º. C в течение 15 мин., при воздействии 50-56 º. C этилового спирта; однако, низкие температуры способствуют выживанию бледной трепонемы.

Основные пути передачи возбудителя:

1.Половой. Наиболее частый и типичный путь инфицирования. Для заражения здорового человека необходимо наличие наружных проявлений сифилиса на коже или слизистых оболочках источника инфекции в виде мацерированных, эрозивных элементов. Наиболее заразны твердые шанкры, а также мацерированные и эрозивные папулы вторичного периода с локализацией на гениталиях и слизистой полости рта. Отделяемое элементов содержит большое количество трепонем. Однако заражение может произойти и через неспецифические высыпания.

Больные ранним сифилисом заразны, если имеют герпетические высыпания, эрозивный баланопостит, эрозию шейки матки, либо другие неспецифические эрозии. Установлено, что для проникновения бледной трепонемы через кожу либо слизистые оболочки, необходимо повреждение их целостности, микротравма. Это легко происходит в условиях полового контакта.

2. Трансплацентарный. Это передача инфекции от больной матери плоду через плаценту, то есть внутриутробное заражение, ведущее к развитию врожденного сифилиса. Вероятность возникновения врожденного сифилиса наиболее велика в первые три года после заражения матери, преимущественно при вторичном и скрытом раннем сифилисе. Инфицирование плода возможно начиная с 10-й недели беременности, но обычно внутриутробное заражение происходит на 4-5 месяце беременности. Бледные трепонемы проникают в организм плода в виде эмбола через пупочную вену, через лимфатические щели пупочных сосудов, а также с током крови матери через поврежденную токсинами бледных трепонем плаценту.

3.Трансфузионный. При переливании крови от донора, больного сифилисом в любой стадии, включая инкубационный период. Для предотвращения трансфузионного сифилиса предпринимается комплекс мер: единая информационная система, позволяющая избежать донорства лиц, перенесших сифилис; карантинизация донорской крови в индивидуальных емкостях; превентивное лечение реципиентов по показаниям.

4. Бытовой. В настоящее время является казуистикой, однако, заражение возможно при тесном контакте больных сифилисом родителей, имеющих заразные проявления в полости рта и на открытых участках кожи, со своими детьми. Могут встречаться случаи бытового заражения при укусе, вылизывании соринки из глаза и др. эксквизитных казуистических обстоятельствах.

5. Профессиональный. Возможно заражение персонала лабораторий, работающего с зараженными экспериментальными животными. Имеют место случаи заражения акушеров-гинекологов, хирургов, стоматологов, патологоанатомов при выполнении профессиональных обязанностей. В этих случаях первичный аффект у заболевших располагается чаще всего на руках.

Компонентом патогенности Treponema pallidum является способность микроорганизма прикрепляться к клеткам макроорганизма. При размножении бледных трепонем в периваскулярной зоне мукополисахаридаза трепонемы разрушает мукоидное вещество вокруг сосудов, что вызывает спадение стенок сосудов с последующим тромбозом и формированием эндопериартериитов, некроза и изъязвления тканей. Длительность формирования кожных поражений зависит от количества трепонем. Преобладающей формой существования возбудителя в организме является спиралевидная. Вещества, имеющие структуру, подобную липополисахаридам, обнаруживаемые как на клеточной стенке трепонем, так и на мембране лейкоцитов, обладают иммуносупрессорной активностью. Также имеет место прямое токсическое действие бледной трепонемы на синтез макромолекулярных соединений (ДНК, РНК, белки).

5) Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания) - Исключить половые контакты, а так же бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.). После того, как выявлено, сколько времени она больна, расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев):1 инъекция экстенциллина или бициллина-1(2,4 млн ЕД).допускается однократное введение пенициллина. И обследование этих людей.

Задача 22.

К вам обратился больной по поводу эрозий в полости рта, которые существуют в течение двух недель. Лечение различными наружными средствами эффекта не дают. Объективно: на слизистой оболочке щек, губ, дужках имеются серовато-белого цвета овальные папулы величиной с однокопеечную монету. Они слегка инфильтрированы и окружены узким ободком гиперемии, некоторые из них эрозированы. Высыпаний на коже нет.

1) Ваш предварительный диагноз? - Вторичный рецидивный сифилис. Папулёзный сифилид слизистых оболочек.

2) Какие исследования надо провести для его подтверждения? - RPR, РПГА, РИБТ, РИФ, ИФА, микроскопия в тёмном поле соскоба с поверхности высыпаний.

3) Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? - RPR, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА, микроскопия в тёмном поле соскоба с поверхности высыпаний.

4) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? \

Лейкоплакия,

папулы красного плоского лишая,

очаги красной волчанки.

При поскабливании сифилитической папулы обнаруживается эрозия, а при перечисленных заболеваниях - нет. Налёт при сифилитических папулах легко снимается, а при перечисленных заболеваниях – нет. При лейкоплакии более крупные бляшки с сухой поверхностью, отсутствует инфильтрат и воспалительный венчик по краю очага. Папулы при красном плоском лишае имеют серовато – белый цвет, сливаются между собой. При красной плоской волчанке ороговение представляет собой «частокол» из атрофированных полосок и точек. В отличие от кандидоза слизистой оболочки, после удаления очагов обнажаются эрозии, а при кандидозе – обнажается красная, бархатистая поверхность. Так же необходимо дифференцировать папулёзный сифилид слизистых оболочек от афтозных высыпаний при стоматите. Положительные реакции, характерные для сифилиса, подтвердят диагноз.

5) В чём сходство и в чём отличие этих заболеваний? - См. вопрос 4.

Сифилис

К врачу обратилась женщина 36 лет с жалобой на высыпание на языке. При осмотре: на спинке языка крупные округлые папулы с блестящей поверхностью, розово-красного цвета. Единичные красные папулы на слизистой оболочке десен и щек.

ВОПРОСЫ:

1) Ваш предварительный диагноз? Вторичный рецидивный сифилис. Папулёзный сифилид слизистых оболочек.

2) Какой первичный элемент при этом заболевании? Папулы (узелки) – «бляшки скошенного луга»

3) Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА, микроскопия в тёмном поле соскоба с поверхности бляшек.

4) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? Лейкоплакия, папулы красного плоского лишая, очаги красной волчанки. При поскабливании сифилитической папулы обнаруживается эрозия, а при перечисленных заболеваниях нет. При лейкоплакии более крупные бляшки с сухой поверхностью. Папулы при красном плоском лишае имеют серовато – белый цвет, сливаются между собой. При красной плоской волчанке ороговевание представляет собой «частокол» из атрофированных полосок и точек. Блеск папул характерен именно для сифилитических, т.к. в этих местах отсутствуют сосочки. Так же необходимо дифференцировать папулёзный сифилид слизистых оболочек от афтозных высыпаниях при стоматите. Положительные реакции характерные для сифилиса подтвердят диагноз.

5) Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания) Исключить половые контакты, а так же бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.) После того как выявлено сколько времени она больна расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев):1 инъекция экстенциллина или бициллина-1(2,4 млн. ЕД.). Допускается однократное введение пенициллина. И обследование этих людей.

К врачу обратился мужчина 19 лет с жалобами на появления неделю назад высыпания в полости рта. При осмотре: на слизистой оболочке щёк, мягкого нёба, дёснах имеются резко ограниченные красного цвета папулы размером с чечевицу, некоторые папулы эрозированы, покрыты серо-белым, легко снимающимся налётом. Субъективных ощущений нет.

ВОПРОСЫ:

1) Ваш предварительный диагноз? Вторичный рецидивный сифилис. Папулёзный сифилид слизистых оболочек.

2) Какой первичный элемент при этом заболевании? Папулы (узелки) – «бляшки скошенного луга»

3) Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА, микроскопия в тёмном поле соскоба с поверхности бляшек.

4) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? Лейкоплакия, папулы красного плоского лишая, очаги красной волчанки. При поскабливании сифилитической папулы обнаруживается эрозия, а при перечисленных заболеваниях нет. Налёт при сифилитических папулах легко снимается, а при перечисленных заболеваниях – нет. При лейкоплакии более крупные бляшки с сухой поверхностью. Папулы при красном плоском лишае имеют серовато – белый цвет, сливаются между собой. При красной плоской волчанке ороговевание представляет собой «частокол» из атрофированных полосок и точек. Блеск папул характерен именно для сифилитических, т.к. в этих местах отсутствуют сосочки. Так же необходимо дифференцировать папулёзный сифилид слизистых оболочек от афтозных высыпаниях при стоматите. Положительные реакции характерные для сифилиса подтвердят диагноз.

5) Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания) Исключить половые контакты, а так же бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.) После того как выявлено сколько времени она больна расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев):1 инъекция экстенциллина или бициллина-1(2,4 млн ЕД).допускается однократное введение пенициллина. И обследование этих людей.

У поступившего в стационар больного четыре недели назад в области венечной борозды полового члена появились безболезненные язвочки блюдцеобразной формы, округлых очертаний, с чистым дном, плотным инфильтратом, сутки назад крайняя плоть несколько отекла, покраснела. Появилось затруднение обнажить головку полового члена. Отмечается склераденит.

ВОПРОСЫ:

1) Ваш диагноз? Первичный сифилис. Регионарный склераденит. Фимоз.

2) Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? Безболезненные язвочки блюдцеобразной формы – наличье шанкра («целующийся шанкр») Появление осложнения, характерного для первичного сифилиса – фимоз. Склераденит так же наиболее характерен именно для первичного сифилиса

3) Какие исследования надо провести для его подтверждения? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА, а так же микроскопию соскоба с поверхности шанкра после того(следует делать примочки с изотоническим раствором в течение 1-2 дней, что бы отёк спал и можно было обнажить головку)

 4) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? Шанкриформная пиодермия (стрептококковая этиология) – инфильтрат всегда выходит за границы язвы, а в остальном она очень похожа на шанкр. Результаты лаб. исследований должны подтвердить диагноз сифилис. Отличия от простого герпеса (на гениталиях): После вскрытия пузырьков простого герпеса образуются мелкие сгруппированные эрозии, образующие при сливании сплошную эрозию с мелкофестончатыми краями, обрывками эпидермиса, наличием воспалительной гиперемии в окружности эрозии, отсутствием уплотнения и болевыми ощущениями. + отсутствием регионарного склераденита.

5) Какое осложнение имеющегося заболевания возникло у пациента? Фимоз – сужение полости крайней плоти, что не позволяет открыть головку полового члена (Чаще всего фимоз является осложнением баланита или баланопастита – которые появляются из–за присоединения к шанкру бактериальной или трихоманадной инфекции).

К трихологу обратилась женщина 32 лет с жалобами на выпадение волос, которое продолжается в течение 3-х мес. При осмотре: на волосистой части головы имеются множественные очаги поредения волос без видимых изменений кожи в виде «меха, изъеденного молью». Очаги округлой формы, 0.5 – 0.6 см., между собой не сливаются, зуда нет, других изменений нет. Из анамнеза: около 2-х мес. назад у больной, якобы, была «аллергия в виде пятен сыпи».

ВОПРОСЫ:

1) Ваш диагноз? Вторичный рецидивный (?) сифилис. Сифилитическая мелкоочаговая алопеция.

2) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? Для сифилитической алопеции характерны неровные края поражённых участков. При гнездной алопеции возникают значительно более крупные, единичные очаги облысения, резко ограниченные, с полным отсутствием волос на них. При поверхностной трихофитии в очагах поражения будет наблюдаться шелушение и волосы будут не выпадать, а обламываться. (+ при микроскопическом исследовании будет наблюдаться споры грибка тогда)

3) Какие исследования надо провести для его подтверждения? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА

4) Назначьте лечение. Исключить половые контакты больной, а так же тесно бытовые контакты. Препарат выбора – пенициллин. (водорастворимый пенициллин 1 млн. ЕД Каждый 6 часов (4 раз в сутки) в течение 20 дней (от 14 до 28 дней, до 4800 млн.ЕД. на курс)При непереносимости пенициллина можно применять дюрантные препараты: Экстенциллин или ретарпен по 2,4 млн. ЕД на инъекцию 1 раз в неделю либо бициллином-1 по 2,4 млн. ЕД. на инъекцию 1 раз в 5 дней. всего 6 инъекций.

5) Прогноз в отношении восстановления волос. Восстановятся полностью после лечения.

К вам обратился больной с жалобами на общую слабость, повышение температуры – 37.4, на боковых поверхностях грудной клетки имеется большое кол-во беспорядочно расположенных мелких пятен розового цвета, не сливающихся, не шелушащихся. На внутреннем листке крайней плоти крупная, плоская, овальной формы эритема мясо-красного цвета с плотным основанием. Паховые лимфатические узлы увеличены, безболезненны, плотные, подвижные.

ВОПРОСЫ:

1) Ваш диагноз? Вторичный свежий (?) сифилис. Пятнистый сифилид. Регионарный склераденит

2) Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? Наличие сифилитических розеол. Наличие шанкра, регионарного склераденита.

3) Какие исследования надо провести для его подтверждения? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА. Микроскопию в тёмном поле (феномен Тиндаля) соскоба с шанкра.

4) Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА. Микроскопию в тёмном поле (феномен Тиндаля) соскоба с шанкра.

5) Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания) Исключить половые контакты, а так же бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.) После того как выявлено сколько времени она больна расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев):1 инъекция экстенциллина или бициллина-1(2,4 млн ЕД).допускается однократное введение пенициллина. И обследование этих людей.

К дерматологу обратился больной с жалобами на высыпание на коже туловища, слабость, недомогание, повышение температуры – 37.4, на боковых поверхностях грудной клетки имеется большое кол-во беспорядочно расположенных мелких пятен розового цвета, не сливающихся, не шелушащихся. На головке полового члена обнаружена безболезненная овальная эрозия с фасоль, плотной консистенции, лимфатические узлы плотные, увеличены, подвижны, полиаденит.

ВОПРОСЫ:

1) Ваш диагноз? Вторичный свежий (?) сифилис. Пятнистый сифилид. Регионарный склераденит.

2) Какой первичный элемент при этом заболевании? Пятно (Macula)

3) Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? Наличие сифилитических розеол. Наличие шанкра, полиаденита.

4) Какие исследования надо провести для его подтверждения? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА. Микроскопию в тёмном поле (феномен Тиндаля) соскоба с шанкра.

5) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? Высыпания при острых инфекциях (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы) всегда сопровождается высокой температурой тела и общими явлениями. Пятнистые высыпания при токсидермии отличаются острым началом, яркой окраской, быстрым присоединением шелушения, склонностью к периферическому росту и слиянию. Часто сопровождаются жжением и зудом. При отрубевидном лишае возникают невоспалительные, шелушащиеся пятна цвета кофе с молоком, которые не исчезают при надавливании. У больных розовым лишаём сначала возникает так называемая материнская бляшка. При флебатодермии пятна серовато – фиолетового цвета, а в центре можно увидеть геморрагическую точку. Так же важное диагностическое значение имеет отсутствие других симптомов вторичного сифилиса и результаты лаб. исследований.

К вам обратился больной по поводу отека крайней плоти. При осмотре: крайняя плоть отечная(фимоз, головка полового члена закрыта). Паховые лимфатические узлы, особенно с права, увеличены, плотной консистенции, безболезненны, кожа над ними не изменена.

ВОПРОСЫ:

??????? – нет такой задачи у Лёши. Это скорее всего Первичный сифилис. Регионарный склераденит

К врачу-хирургу на прием пришла женщина-гениколог с жалобами на возникновение банального панариция на указательном пальце правой руки. Пыталась лечиться местно мазями с антибиотиком, эффект был, но не значительный. При осмотре на концевой фаланге имеется булавовидное вздутие на фоне клеточной инфильтрации, без островоспалительной эритемы и сильные стреляющие боли. Лимфатические узлы увеличены в области локтевого сустава. Из анамнеза: на вечернем дежурстве месяц назад, по скорой, была доставлена женщина с кровотечением, подобранная на улице; при оказании помощи врач не надела перчатки.

ВОПРОСЫ:

1) Ваш предварительный диагноз? Первичный сифилис. Шанкр-панариций. Регионарный лимфаденит [???Полиаденит (т.к. наблюдается увеличение лимфатических узлов в области локтевого сустава)???]

2) Какие исследования надо провести для его подтверждения? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА. Микроскопию в тёмном поле (феномен Тиндаля) соскоба с шанкра.

3) Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА. Микроскопию в тёмном поле (феномен Тиндаля) соскоба с шанкра.

4) Ваше мнение об этиологии заболевания? Возбудитель сифилиса относится к порядку Spirochaetales, семейству Spirochaetaecae, роду Treponema, виду Treponema pallidum. Бледная трепонема имеет спиралевидную форму, легко разрушается под воздействием внешних агентов: высыхания, прогревания при 55 град. C в течение 15 мин., при воздействии 50-56 град. C этилового спирта; однако, низкие температуры способствуют выживанию бледной трепонемы. Основные пути передачи возбудителя: 1.Половой. Наиболее частый и типичный путь инфицирования. Для заражения здорового человека необходимо наличие наружных проявлений сифилиса на коже или слизистых оболочках источника инфекции в виде мацерированных, эрозивных элементов. Наиболее заразны твердые шанкры, а также мацерированные и эрозивные папулы вторичного периода с локализацией на гениталиях и слизистой полости рта. Отделяемое элементов содержит большое количество трепонем. Однако заражение может произойти и через неспецифические высыпания. Больные ранним сифилисом заразны, если имеют герпетические высыпания, эрозивный баланопостит, эрозию шейки матки, либо другие неспецифические эрозии. Установлено, что для проникновения бледной трепонемы через кожу либо слизистые оболочки, необходимо повреждение их целостности, микротравма. Это легко происходит в условиях полового контакта. 2. Трансплацентарный. Это передача инфекции от больной матери плоду через плаценту, то есть внутриутробное заражение, ведущее к развитию врожденного сифилиса. Вероятность возникновения врожденного сифилиса наиболее велика в первые три года после заражения матери, преимущественно при вторичном и скрытом раннем сифилисе. Инфицирование плода возможно, начиная с 10-й недели беременности, но обычно внутриутробное заражение происходит на 4-5 месяце беременности. Бледные трепонемы проникают в организм плода в виде эмбола через пупочную вену, через лимфатические щели пупочных сосудов, а также с током крови матери через поврежденную токсинами бледных трепонем плаценту. 3.Трансфузионный. При переливании крови от донора, больного сифилисом в любой стадии, включая инкубационный период. Для предотвращения трансфузионного сифилиса предпринимается комплекс мер: единая информационная система, позволяющая избежать донорства лиц, перенесших сифилис; карантинизация донорской крови в индивидуальных емкостях; превентивное лечение реципиентов по показаниям. 4. Бытовой. В настоящее время является казуистикой, однако, заражение возможно при тесном контакте больных сифилисом родителей, имеющих заразные проявления в полости рта и на открытых участках кожи, со своими детьми. Могут встречаться случаи бытового заражения при укусе, вылизывании соринки из глаза и др. эксквизитных обстоятельствах. 5. Профессиональный. Возможно заражение персонала лабораторий, работающего с зараженными экспериментальными животными. Имеют место случаи заражения акушеров-гинекологов, хирургов, стоматологов, патологоанатомов при выполнении профессиональных обязанностей. В этих случаях первичный аффект у заболевших располагается чаще всего на руках.

Компонентом патогенности Treponema pallidum является способность микроорганизма прикрепляться к клеткам микроорганизма. При размножении бледных трепонем в периваскулярной зоне мукополисахаридаза трепонемы разрушает мукоидное вещество вокруг сосудов, что вызывает спадение стенок сосудов с последующим тромбозом и формированием эндопериартериитов, некроза и изъязвления тканей. Длительность формирования кожных поражений зависит от количества трепонем. Преобладающей формой существования возбудителя в организме является спиралевидная. Вещества, имеющие структуру, подобную липополисахаридам, обнаруживаемые как на клеточной стенке трепонем, так и на мембране лейкоцитов, обладают иммуносупрессорной активностью. Также имеет место прямое токсическое действие бледной трепонемы на синтез макромолекулярных соединений (ДНК, РНК, белки).

5) Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания) Исключить половые контакты, а так же бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.) После того как выявлено сколько времени она больна расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев):1 инъекция экстенциллина или бициллина-1(2,4 млн ЕД).допускается однократное введение пенициллина. И обследование этих людей.

Мужчина 34 лет обратился к дерматологу с жалобой на язву в области головки полового члена, которая появилась 2.5 недели назад. Больной интересуется можно ли ему посещать баню и бассейн. Из анамнеза: 1.5 мес.назад имел случайную половую связь, когда отдыхал в Таиланде. При осмотре: на головке полового члена поверхностная язва с четкими ровными границами, блюдцеобразной формы, с дном цвета свежего мяса. В основании язвы плотно-эластический инфильтрат, безболезненный, отделяемое скудное, серозно-гнойного характера. На спинке полового члена определяются безболезненные тяжи с отдельными «четками», не спаянными с окружающей тканью. Паховые узлы увеличены до размера лесного ореха, плотноэластической консистенции, безболезненны.

ВОПРОСЫ:

1) Ваш предварительный диагноз? Первичный сифилис. Регионарный склераденит. Сифилитический лимфангиит.

2) Какие исследования надо провести для его подтверждения? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА. Микроскопию в тёмном поле (феномен Тиндаля) соскоба с шанкра.

3) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? Шанкриформная пиодермия (стрептококковая этиология) – инфильтрат всегда выходит за границы язвы, а в остальном она очень похожа на шанкр. Результаты лаб. исследований должны подтвердить диагноз сифилис. Отличия от простого герпеса (на гениталиях): После вскрытия пузырьков простого герпеса образуются мелкие сгруппированные эрозии, образующие при сливании сплошную эрозию с мелкофестончатыми краями, обрывками эпидермиса, наличием воспалительной гиперемии в окружности эрозии, отсутствием уплотнения и болевыми ощущениями. + отсутствием регионарного склераденита.

4) Ваши рекомендации по посещению общественных мест больным? Не посещать.

5) Прогноз Благоприятный. После лечения всё пройдёт бесследно.

К вам обратился больной по поводу эрозии в полости рта, которое существует в течение 2 недель. Лечился различными народными средствами, эффекта не было. При осмотре: на слизистой оболочке щек, губных дугах имеются серо-белые овальные папулы величиной с однокопеечную монету, они слегка инфильтрированы и окружены узким ободком гиперемии, некоторые из них эрозированы. Высыпаний на коже нет.

ВОПРОСЫ:

1) Ваш предварительный диагноз? Вторичный рецидивный сифилис. Папулёзный сифилид слизистых оболочек.

2) Какие исследования надо провести для его подтверждения? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА, микроскопия в тёмном поле соскоба с поверхности высыпаний.

3) Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА, микроскопия в тёмном поле соскоба с поверхности высыпаний.

4) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? Лейкоплакия, папулы красного плоского лишая, очаги красной волчанки. При поскабливании сифилитической папулы обнаруживается эрозия, а при перечисленных заболеваниях нет. Налёт при сифилитических папулах легко снимается, а при перечисленных заболеваниях – нет. При лейкоплакии более крупные бляшки с сухой поверхностью, отсутствует инфильтрат и воспалительный венчик по краю очага. Папулы при красном плоском лишае имеют серовато – белый цвет, сливаются между собой. При красной плоской волчанке ороговевание представляет собой «частокол» из атрофированных полосок и точек. В отличие от кандидоза слизистой оболочки после удаления очагов обнажаются эрозии, а при кандидозе – обнажается красная, бархатистая поверхность. Так же необходимо дифференцировать папулёзный сифилид слизистых оболочек от афтозных высыпаниях при стоматите. Положительные реакции характерные для сифилиса подтвердят диагноз.

5) В чём сходство и в чём отличие этих заболеваний? См. вопрос 4.

Лор-врач направил к дерматовенерологу больную 32 лет с изменениями в гортани. При осмотре: миндалины слева увеличены в размере, плотные в центре имеется овальная язва мясо-красного цвета, с ровными блюдцеобразными краями, слизистая оболочка вокруг гиперемирована. Подчелюстной лимфатический узел с лева увеличен, плотный, подвижный.

ВОПРОСЫ:

1) Ваш предварительный диагноз? Первичный сифилис. Язвенная форма шанкра на миндалине. Регионарный склераденит.

2) Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? Все указанные изменения являются характерными для данного диагноза.

3) Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА, микроскопия в тёмном поле соскоба с поверхности шанкра.

4) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента?????????????????????????

5) Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания) Исключить половые контакты, а так же бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.) После того как выявлено сколько времени она больна расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев):1 инъекция экстенциллина или бициллина-1(2,4 млн ЕД).допускается однократное введение пенициллина. И обследование этих людей.

К стоматологу обратился мужчина, 56 лет, которого в течение полугода беспокоят боли в языке, особенно при разговоре и приёме пищи. Объективно: язык уплотнён, уменьшен в размере, сосочки его сглажены; на поверхности языка очень болезненные трещины.

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз? Третичный (?) сифилис. Очаговый гуммозный глоссит.

Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? язык уплотнён, уменьшен в размере, сосочки его сглажены, на поверхности языка очень болезненные трещины.

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА,

К каким специалистам надо направить этого пациента на консультацию? К дерматовенерологу, отоларингологу, окулисту.

Назовите лечение. Исключить половые контакты больного, а так же тесно бытовые контакты. Препарат выбора – пенициллин. (водорастворимый пенициллин 1 млн. ЕД Каждый 6 часов (4 раз в сутки) в течение 20 дней (от 14 до 28 дней, до 4800 млн.ЕД. на курс)При непереносимости пенициллина можно применять дюрантные препараты: Экстенциллин или ретарпен по 2,4 млн. ЕД на инъекцию 1 раз в неделю либо бициллином-1 по 2,4 млн. ЕД. на инъекцию 1 раз в 5 дней. всего 6 инъекций.

В приёмное отделение поступил больной, 54 года, БОМЖ. На коже разгибательной поверхности конечностей, в области лопаток располагаются сгруппированные, но не сливающиеся бугорки размером от горошины до лесного ореха, плотные на ощупь, красно-синюшного цвета. Один из бугорков изъязвлен. Язва выполнена грануляциями.

ВОПРОСЫ:

Ваш предварительный диагноз? Третичный сифилис. Бугорковый сифилид.

Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза?

Какие исследования надо провести для его подтверждения? РИБТ, РИФ – всегда будут +, остальные могут и не быть.

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? все

С каким заболеванием следует дифференцировать это заболевание? Он очень похож на туберкулёзную волчанку, но при ней бугорки (люпомы) имеют мягкую консистенцию, кирпично-красный цвет, иногда с желтоватым оттенком, который хорошо выявляется при диаскопии (феномен яблочного желе), сливаются в сплошные очаги. Бугорки при кожной лейшманиозе, в отличие от сифилитических желтовато- розовой окраски, умеренно плотной консистенции, а по периферии этих бугорков будут тяжи (лимфонгиит.)

На приём к врачу стоматологу пришёл пациент, 40 лет, по поводу санации полости рта. При осмотре врачом ротовой полости на боковой поверхности языка справа имеется глубокий язвенный элемент, с плотными, ровными краями, прикрытый серозно-гнойным отделяемым. При пальпации слегка болезненный. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны.

ВОПРОСЫ:

Ваш предварительный диагноз? Первичный сифилис. Регионарный склераденит.

Какие исследования надо провести для его подтверждения? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА, микроскопию в тёмном поле соскоба с шанкра.

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? См вопрос 2

С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? Следует дифференцировать с раком языка: при раке язва резко болезненна, края её выворочены, она легко кровоточит при дотрагивании и твёрдой консистенции (а не твёрдо-эластической). Так же дифференцировать можно с афтозным стоматитом, при котором будет наблюдаться резкая болезненность, и афты намного меньших размеров, чем эта эрозия.

В чём сходство и в чём отличие этих заболеваний? См вопрос 4

На приём к врачу стоматологу пришёл мужчина, 56 лет, с жалобами на неприятные ощущения в области твёрдого нёба. При осмотре на твёрдом нёбе слева, ближе к шестому зубу имеется глубокий язвенный элемент, овальной формы с ровными, уплотненными краями. Дно язвы инфильтрировано и прикрыто гнойным отделяемым. При пальпации элемент безболезненный. Подчелюстные лимфатические узлы инфильтрированы, безболезненны, подвижны.

 ВОПРОСЫ:

Ваш предварительный диагноз? Первичный сифилис. Регионарный склераденит.

Какой первичный элемент при этом заболевании? Первичный? Сначала появляется пятно.

Какие исследования надо провести для подтверждения этого диагноза? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА, микроскопию в тёмном поле соскоба с шанкра.

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА, микроскопию в тёмном поле соскоба с шанкра.

С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевания у пациента? Следует дифференцировать с афтозным стоматитом, при котором будет наблюдаться резкая болезненность, и афты намного меньших размеров, чем эта язва. При милиарном язвенном туберкулёзе слизистой оболочки полости рта, в отличие от твёрдого шанкра язвы, как правило множественные, болезненные имеют неровные и подрытые края. Травматические язвы и эрозии и эрозии при пузырчатке, афтах отличаются от шанкра отсутствием характерного уплотнения в основании. При эрозиях которые возникают при красном плоском лишае, лейкроплакии, красной волчанке тоже не будет уплотнения, + будут изменения слизистой оболочки не характерные для сифилиса.

У больного 45-и лет на твёрдом небе обнаруживается узел величиной с лесной орех, плотноватой консистенции, коже на поверхности узла гладкая, застойно – красного цвета, границы эритемы чёткие. Субъективные ощущения отсутствуют.

ВОПРОСЫ:

Ваш предварительный диагноз? Третичный сифилис. Сифилитический гуммозный очаговый глоссит

Какой первичный элемент при этом заболевании? узел

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? РИБТ, РИФ – всегда будут +, остальные могут и не быть.

К каким специалистам надо направить пациента на консультацию? К дерматовенерологу

Рекомендации противоэпидемических мероприятий ( при наличии инфекционного заболевания) В третичном периоде сифилис практически неконтагиозен, но когда есть гумма – вполне контагиозен. Исключить половые контакты, а так же бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.) После того как выявлено сколько времени она больна расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев):1 инъекция экстенциллина или бициллина-1(2,4 млн ЕД).допускается однократное введение пенициллина. И обследование этих людей.

Больной обратился к стоматологу с жалобами на изъязвление языка, при осмотре больного на спинке языка обнаружена язва округлых очертаний, кратерообразной формы с плотными выступающими краями. При пальпации безболезненная. В области мягкого неба и язычка имеются рубцовые изменения.

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз? Третичный сифилис. Бугорковый сифилид.(очаговый гуммозный глоссит??)

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? РИБТ, РИФ – всегда будут +, остальные могут и не быть.

С каким заболеванием следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? С милиарным ззвенным туберкулёзом и с ракомю (там будет болезненность и вывороченные края)

Рекомендации противоэпидемических мероприятий Исключить половые контакты, а так же бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.) После того как выявлено сколько времени она больна расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев):1 инъекция экстенциллина или бициллина-1(2,4 млн ЕД).допускается однократное введение пенициллина. И обследование этих людей.

Назначьте лечение. Для лечения используется водорастворимый пенициллин 1 млн ЕД 4 раза в сутки, в течение 28 дней, затем после 2-х недельного перерыва 14-и дневный повторный курс в тех же дозах.

Больной 64-х лет. На коже голени имеется плотноэластической консистенции, чётко ограниченный, безболезненный, спаянный с окружающими тканями и кожей размером со сливу узел. В центре узла определяется флюктуация.

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз? Третичный сифилис. Сифилитическая гумма.(околосуставная узловатость)

Какая форма заболевания у пациента? См вопрос 1.

Какой первичный элемент при этом заболевании? узел

С чем следует дифференцировать имеющееся заболевание? Со скрофулодермой, она в отличие от гуммы имеет мягкую консистенцию, происходит полное размягчение узлов. Края образующейся язвы мягкие, неровные, подрытые. От раковой язвы отличается тем, что при раке края язвы выворочены, очень плотные. Дно неровное, кровоточащее. Дифференциальная диагностика проводится так же с индуративной эритемой, которая в отличие от гумм, характеризуется образованием болезненных, обычно множественных, симметрично расположенных в нижней половине голеней узлов, которые крайне редко изьязвляются.

Какие исследования надо провести для его подтверждения? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА

После выписки из роддома мама 10 дневного ребёнка отмечает, что у малыша постоянный насморк, он с трудом дышит. Ребёнок беспокоен, часто плачет без причины, плохо засыпает. Объективно: ребёнок несколько отстаёт в развитии, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, голова большая, с развитыми лобными буграми и венозной сетью. Носовые ходы сужены, из-за наличия в них серозно-геморрагических корок и сукровичного отделяемого, ребёнок дышит ртом.

ВОПРОСЫ:

Ваш предварительный диагноз? Ранний сифилис новорождённого.

Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? Насморк у младенцев бывает только при врождённом сифилисе (диффузная папулёзная инфильтрация) + всё перечисленное характерно для врождённого сифилиса.

Какие исследования надо провести для его подтверждения? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? Все вышеперечисленные исследования могут быть положительными.

Ваше мнение об этиологии заболевания? передача инфекции от больной матери плоду через плаценту, то есть внутриутробное заражение, ведущее к развитию врожденного сифилиса. Вероятность возникновения врожденного сифилиса наиболее велика в первые три года после заражения матери, преимущественно при вторичном и скрытом раннем сифилисе. Инфицирование плода возможно, начиная с 10-й недели беременности, но обычно внутриутробное заражение происходит на 4-5 месяце беременности. Бледные трепонемы проникают в организм плода в виде эмбола через пупочную вену, через лимфатические щели пупочных сосудов, а также с током крови матери через поврежденную токсинами бледных трепонем плаценту.

К вам, стоматологу – ортодонту, для консультации и лечения женщина привела своего сына, ученика 4-го класса гимназии, по поводу изменения верхних центральных резцов. При осмотре: резцы относительно соседних зубов меньше по размеру, чем должны были быть, между ними имеются диастемы, имеют бочкообразную форму, режущие края у них сужены и на них полулунные выемки.

ВОПРОСЫ:

Ваш предварительный диагноз? Поздний врождённый сифилис.

Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? Наличие зубов Гетчинсона, как достоверный признак врождённого сифилиса.

Какие исследования надо провести для его подтверждения? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? Все вышеперечисленные исследования могут быть положительными.

К каким специалистам надо направить этого пациента на консультацию? К отоларингологу (лабиринтная глухота – неврит кахлеарного нерва), к окулисту (паренхиматозный кератит – помутнение глаз, снижение остроты зрения, светобоязнь)

При осмотре новорождённого (сразу после рождения) врач обнаружил на коже губ крупные синюшно-красного цвета папулы, плотные, местами сливающиеся в более крупные очаги инфильтрации; спустя несколько дней на фоне инфильтрации появились расходящиеся в виде лучей трещины кожи губ.

ВОПРОСЫ:

Ваш предварительный диагноз? Врождённый ранний сифилис.

Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? Лучистые рубцы Робинсона – Фурнье (диффузная папулёзная инфильтрация).

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? РИБТ, РИФ – всегда будут +, остальные могут и не быть.

К каким специалистам надо направить пациента на консультацию? К отоларингологу (лабиринтная глухота – неврит кахлеарного нерва), к окулисту (паренхиматозный кератит – помутнение глаз, снижение остроты зрения, светобоязнь)

Рекомендации противоэпидемических мероприятий ( при наличии инфекционного заболевания) врождённый сифилис не заразен (нет трепонем, есть только АТ)

Проводя осмотр полости рта подростка 14 лет, направленного к Вам школьным врачом, обнаружившим у него необычную конфигурацию твёрдого нёба. Вы установили, что нёбо очень высокое и несколько сужено кверху и одновременно изменены клыки: они очень тонкие и заострены, напоминают клык крупной хищной рыбы.

ВОПРОСЫ:

Ваш предварительный диагноз? Поздний врождённый сифилис.

Какие основные симптомы служат основанием для данного диагноза? Готическое нёбо, щучий клык – вероятные признаки врождённого сифилиса, но при их сочетании можно думать о данном диагнозе.

Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА

К каким специалистам надо направить пациента на консультацию. К отоларингологу (лабиринтная глухота – неврит кахлеарного нерва), к окулисту (паренхиматозный кератит – помутнение глаз, снижение остроты зрения, светобоязнь)

Ваше мнение о патогенезе заболевания. передача инфекции от больной матери плоду через плаценту, то есть внутриутробное заражение, ведущее к развитию врожденного сифилиса. Вероятность возникновения врожденного сифилиса наиболее велика в первые три года после заражения матери, преимущественно при вторичном и скрытом раннем сифилисе. Инфицирование плода возможно, начиная с 10-й недели беременности, но обычно внутриутробное заражение происходит на 4-5 месяце беременности. Бледные трепонемы проникают в организм плода в виде эмбола через пупочную вену, через лимфатические щели пупочных сосудов, а также с током крови матери через поврежденную токсинами бледных трепонем плаценту.