**Содержание**

Введение

1. Болезнь Рейтера
2. **Венерическая гранулема**
3. **Вирус иммунодефицита человека**
4. **Гарднереллез**
5. **Герпес на губах и генитальный**
6. **Гонорея**
7. **Инфекция ToRCH**
8. **Кондиломы**
9. **Микоплазмоз**
10. **Мягкий шанкр**
11. **Сифилис**
12. **Скрытый сифилис**
13. Трихомониаз
14. **Трихомоноз**
15. **Уреаплазма**
16. **Хламидийный конъюнктивит**
17. **Хламидиозы**
18. **Цитомегаловирус**

**Литература**

# Введение

Венерические заболевания – инфекционные болезни женской и мужской мочеполовых систем, заражение которыми происходит половым путем. Причем неважно, какую именно форму сексуальных отношений вы изберете. Любой контакт слизистых чреват передачей венерического заболевания. Установлено, что венерические заболевания легче передаются от мужчины к женщине, чем наоборот. У женщины при незащищенном половом акте в организм попадает большое количество вируса, содержащегося в семенной жидкости мужчины. Площадь поверхности, через которую вирус может проникнуть внутрь, у женщины значительно больше (слизистая оболочка влагалища). Кроме того, в семенной жидкости инфекция содержится в большей концентрации, чем в секрециях влагалища. Риск для женщины возрастает при ЗППП, эрозии шейки матки, ранках или воспалениях слизистой оболочки, при менструации, а также при разрыве девственной плевы

На протяжении многих столетий существовали различные виды венерических заболеваний. Название этих болезней связано с именем Венеры – богини любви. Все венерические заболевания передаются при сексуальном контакте. Причиной их возникновения являются микробы, бактерии, вирусы, грибки или их совокупность. Среди заболеваний, передающихся половым путем, в настоящее время насчитывается около 20-25…

Они всегда развиваются одинаково: сначала процесс идет постепенно, проходя три последовательных стадии:

–Заражение – переход инфекции от больного к здоровому;

–Инкубационный – незаметный как с клинической так и с биологической точки зрения (нет никаких внешних признаков).

–За тем появляются первые признаки заболевания, называемые симптомами. Они могут быть скрытыми или настолько явными, что заставляют больного срочно обратиться к врачу.

Венерические болезни очень заразны. Степень заразности изменяются от возбудителя.

Против венерических заболеваний нет иммунитета. Эти болезни затрагивают все категории населения, и никто не может считать себя в безопасности.

Каждый год в Российской Федерации отмечается 2 миллиона гонорейных инфекций, 3 миллиона хламидиозов, 500 тыс. случаев сифилиса и 20 миллионов – герпеса.

СПИД – новое венерическое заболевание – является огромной проблемой для медиков и общества, т.к. пока не найдено средство борьбы с ним.

Венерология – наука о течении, лечении и предупреждении венерических заболеваний. Венерология - это наука об инфекционных заболеваниях женской и мужской мочеполовых систем. Венерология в современном представлении достигла внушительных успехов, продолжает постоянно развиваться как самостоятельная клиническая дисциплина и опирается на достижения биологии, иммунологии, микробиологии, вирусологии, биохимии, генетики, неврологии, внутренних болезней и другие теоретические и клинические дисциплины. Огромную роль играет в венерологии лабораторная диагностика .

**1. Болезнь Рейтера**

***Болезнь Рейтера*** *(или****синдром Рейтера****)* — инфекционное заболевание, передающееся половым путем и характеризующееся сочетанным поражением мочеполовых органов, суставов и глаз.

*Причина*. Болезнь Рейтера вызывается некоторыми типами хламидий, которые поражают в основном слизистые оболочеки человека, проникают в организм через половые органы, из которых могут распространяться и поражать другие органы и системы. Болеют как мужчины, так и женщины, но чаще — молодые мужчины.

Хламидии могут длительно находиться в организме, что приводит к появлению обострений и рецидивов заболевания или развитию хронической его формы

*Симптомы Болезни Рейтера*

Инкубационный период составляет 1-2 недели. Заболевание начинается с воспаления мочеиспускательного канала (уретрита), что проявляется болезненностью при мочеиспускании. Однако иногда уретрит протекает скрыто, без неприятных ощущений и проявляется лишь в изменениях мочи при лабораторном исследовании.

Через 1-2 недели, а иногда и спустя несколько месяцев, появляется боль в области крупного сустава, чаще коленного, кожа над ним становится горячей на ощупь. Постепенно боли в суставе усиливаются, появляется его припухлость. Затем поражается другой сустав (коленный, голеностопный или суставы стоп). В среднем в воспалительный процесс вовлекается 4-5 суставов. Ухудшается самочувствие больного, температура тела несколько повышается. На этом фоне часто происходит поражение глаз в виде конъюнктивита (воспаление слизистой оболочки глаза).

У каждого второго больного развивается поражение кожи на половом члене и слизистой оболочки полости рта с язвочками. Появляются красные пятна на ладонях, подошвах или на всей коже. Они покрываются толстой коркой. Часто поражаются ногти (утолщение, ломкость).

Болезнь нередко приобретает затяжное течение, плохо поддается лечению. В 50% случаев отмечаются рецидивы, а в 25% — заболевание приобретает хроническое течение, приводя к инвалидности.

Распознавание болезни Рейтера должно проводиться инфекционистом. Наиболее информативным методом лабораторного исследования является выделение хламидий из мочеиспускательного канала.

*Лечение болезни Рейтера*

Лечение только по поводу поражения суставов — наиболее яркого и более всего беспокоящего больного проявления болезни — не дает результатов и способствует затяжному и хроническому течению болезни. Должно проводиться одновременное лечение больного и его полового партнера.

*Предупреждение болезни Рейтера*

Иметь одного надежного полового партнера или пользоваться кондомом при случайном сексуальном контакте. Начинать половое воспитание с детства.

**2. Венерическая гранулема (донованоз)**

**Венерическая гранулема (донованоз)** – хроническое, медленно прогрессирующее венерическое заболевание, вызываемое палочкой Арагана – Вианны (Callymmatobacterium granulomatis).

Для заболевания характерно развитие гранулематозных изъязвлений кожи и подкожной основы (нередко обширных), преимущественно в области половых органов и промежности. Эта болезнь имеет и другие названия, поэтому студенты-медики, врачи часто путают ее с лимфогранулематозом паховым, или паховой лимфогранулемой.

Впервые гранулему венерическую выявил в 1882 г. В Индии K. Mcleod, который описал ее как «serpiginosus ulcer».

**Этиология**

Возбудитель венерической гранулемы (Callymmatobacterium granulomatis) был открыт в 1905 г. Ирландским врачом Ч. Донованом, описавшем внутриклеточные включения в экссудате из очагов поражений, расположенных в полости рта больного, у которого наблюдались поражения в области половых органов. Поэтому иногда Callymmatobacterium granulomatis называют тельцами Донована.

Callymmatobacterium granulomatis – это плеоморфные палочки длиной 1–2 мкм, шириной 0,5–0,7 мкм, с закругленными концами, встречаются отдельно или могут группироваться в виде цист. Палочки обычно окружены капсулой.

**Пути передачи**

Венерической гранулемой болеют только люди. Заражение происходит главным образом половым путем, значительно реже – бытовым. Благоприятствующими распространению инфекции факторами являются влажный климат и высокая температура окружающей среды. В возникновении и распространении болезни играют роль несоблюдение правил личной гигиены и беспорядочные половые связи.

**Эпидемиология и общая патология**

Заболевание достаточно широко распространено в южных провинциях Китая, в некоторых районах Юго-Восточной Азии, Центральной и Южной Африки, Индии, Индонезии, Бирме, Вьетнаме. В США венерическая гранулема часто регистрируется на побережье Мексиканского залива, в устье Миссисипи, на побережье и островах Атлантического океана, около 25% случае заболевания выявляется на остальной территории страны. В Европе встречается редко.

Ряд исследователей считает, что заболевание чаще наблюдается у мужчин, чем у женщин.

Инкубационный период длится от нескольких дней до 3 месяцев и более.

Тельца Донована проникают через дефекты на поверхности кожи и слизистых оболочек, вызывая воспалительную реакцию в дерме или (реже) в подкожной основе. Раннее проявление болезни – небольшая возвышающаяся папула величиной с горошину. Иногда заболевание начинается с появления под кожей припухлости различных размеров, которая размягчается с образованием небольшого абсцесса, в дальнейшем в результате размягчения, он распадается и превращается в язву, безболезненную, с приподнятым мягким ярко-малиновым дном, обильными грануляциями, с зубчатыми или волнистыми краями.

Полагают, что индивидуальная восприимчивость к венерической гранулеме играет значительную роль.

Осложнения заболевания чаще наблюдаются у женщин. Следствием донованоза могут быть псевдослоновость половых органов, сужение мочеиспускательного канала, влагалища и заднего прохода. Отмечаются различные деформации половых органов, в частности у мужчин – фимоз, слоновость и некроз полового члена, сужение мочеиспускательного канала, заднего прохода и другие осложнения. Очень редко наблюдается эпидермоидная карцинома.

Заболевание может вызвать механические затруднения при мочеиспускании, дефекации, половых сношениях, родах и даже при ходьбе в случаях обширных поражений половых органов, паховой или заднепроходной области.

**Венерическая четвертая болезнь** – заболевание, вызываемое фильтрующимся вирусом и передаваемое от больного здоровому главным образом половым путем.

Названа «четвертой» в дополнение к трем основным венерическим болезням – сифилису, гонорее и шанкру мягкому.

### Причины венерической четвертой болезни

Основной путь передачи — половой.

### Симптомы венерической четвертой болезни

Первичное поражение в виде узелка, язвы на половых органах, а иногда воспаления мочеиспускательного канала (уретрита) появляется на месте внедрения инфекции после инкубационного периода продолжительностью от нескольких дней до 4 месяцев, быстро заживает и проходит не замеченным больным.

Больные обычно обращаются к врачу только при появлении увеличенных размягченных паховых лимфатических узлов.

При вненоловом заражении увеличиваются близлежащие к месту внедрения инфекции лимфатические узлы. Размягченные узлы нагнаиваются и вскрываются, образуя свищи, из которых выделяется сливкообразный гной. Поздние проявления болезни выражаются у женщин в виде слоновости половых губ, клитора, образованием хронически протекающих язв, а у мужчин – обычно в виде слоновости мошонки, полового члена или сужения прямой кишки, гнойников на промежности и вокруг заднего прохода (так называемый аноректальный синдром).

### Диагностика венерической четвертой болезни

Диагноз подтверждается положительной реакцией Фрея. В сложных случаях требуется выделение возбудителя из очагов поражения.

### Лечение венерической четвертой болезни

Лечение антибиотиками и сульфаниламидами обычно не дает эффекта. Показано хирургическое иссечение пораженных тканей.

# 3. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), СПИД

В 1982 году ученым удалось выяснить, что причиной **СПИД**а является вирус, который поражает клетки иммунной системы человека, делая их неспособными защищать организм от заболеваний. Вот уже второе десятилетие человечество пытается обуздать этот примитивный, но коварный микроорганизм – вирус иммунодефицита человека (**ВИЧ**).

**Вирус иммунодефицита** относится к лентивирусам (медленным вирусам), подгруппе ретровирусов. Его изображают похожим на противолодочную мину, на поверхности которой расположены гликопротеиновые «грибы», служащие вирусу отмычкой для проникновения в клетку крови человека. Хотя в человеческой клетке в 100 000 раз больше генетической информации, чем в самом вирусе, ВИЧ одерживает победу и, завладев клеткой, уничтожает ее.

Спасением от вируса служит то, что заражение происходит только в определенных ситуациях, и его можно предотвратить. Даже если ВИЧ проник в организм, современные лекарства способны остановить его размножение.

**Как долго живет вирус вне организма человека?**

На открытом воздухе вирус погибает через несколько минут. Внутри шприца он может жить значительно дольше. О жизнеспособности ВИЧ приводят разные, часто противоречивые данные. Где же правда?

Относительно жизни ВИЧ вне тела человека существует много заблуждений и неправильных толкований научных данных. В лабораторных исследованиях используются концентрации вируса, которые по крайней мере в 100 тысяч раз выше встречающихся в природе. При использовании таких искусственно высоких концентраций ВИЧ может оставаться живым в течение 1–3 дней после высыхания жидкости.

Означает ли это, что ВИЧ в естественной концентрации может жить вне человеческого тела до трех суток? Конечно, нет. ВИЧ может жить вне организма всего несколько минут. Если бы ВИЧ жил вне организма в течение многих часов или дней (в своих природных концентрациях), мы несомненно наблюдали бы случаи бытового заражения – а их не бывает.

Особый интерес представляет срок жизни ВИЧ внутри шприца или полой иглы. Оказалось, что на него влияет целый ряд факторов, в том числе количество крови в игле, титр (количество) вируса в крови, температура окружающей среды. Количество крови в игле частично зависит от размеров иглы и от того, втягивают ли кровь внутрь иглы.

В одном исследовании шприцев, содержащих кровь, инфицированную очень высоким титром ВИЧ-1, оказалось, что жизнеспособный вирус содержался в некоторых иглах через 48 дней хранения при постоянной температуре. При этом жизнеспособность вируса снижается со временем: через 2–10 дней хранения живой вирус был изолирован только в 26% шприцев. Сохранности живого вируса также способствовали большой объем крови в шприце и низкие температуры хранения. Жизнеспособность вируса ниже при низких титрах, при высокой или изменяющейся температуре и при небольшом объеме крови. Для целей профилактики инъекционной передачи ВИЧ следует предполагать, что использованный шприц или полая игла (без стерилизации) может содержать живой вирус в течение нескольких суток.

**Доля заражений ВИЧ по различным путям передачи**

Все зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции в мире распределяются по путям заражения следующим образом:

* половым путем – 70–80%;
* инъекционные наркотики – 5–10%;
* профессиональное заражение медработников – менее 0,01%;
* переливание зараженной крови – 3–5%;
* от беременной или кормящей матери ребенку – 5–10%.

В разных странах и регионах преобладают различные пути заражения (гомосексуальный, гетеросексуальный, инъекционные наркотики).

**Риск для медработников**

На конец 1996 года Центрами по контролю заболеваемости США было зарегистрировано 52 случая профессионального заражения медработников за все время эпидемии в стране. Из них 45 заражений произошли при уколах иглой, а остальные при попадании зараженной крови или лабораторной жидкости с концентрированным вирусом в ранки на коже, в глаза, в рот или на слизистые оболочки. Был подсчитан среднестатистический риск заражения: при случайном уколе иглой он составляет 0,3% (1 на 300), при попадании вируса на поврежденную кожу, в глаза или на слизистые оболочки 0,1% (1 на 1 000).

**Риск при половом контакте**

Подсчитано, что среднестатистический риск передачи ВИЧ в результате однократного незащищенного анального контакта для «принимающего» партнера составляет от 0,8% до 3,2% (от 8 до 32 случаев на 1 000). При однократном вагинальном контакте статистический риск для женщины составляет от 0,05% до 0,15% (от 5 до 15 случаев на 10 000).

Результаты недавно опубликованного исследования дают более подробную картину риска при незащищенном анальном сексе:

* для «принимающего» партнера, когда второй партнер ВИЧ+, – 0,82%;
* для «принимающего» партнера, когда ВИЧ-статус второго партнера неизвестен, – 0,27%;
* для «вводящего» партнера – 0,06%.

При незащищенном оральном сексе с мужчиной риск для «принимающего» партнера составляет 0,04%. Для «вводящего» партнера риск практически отсутствует, поскольку он соприкасается только со слюной (если, конечно, во рту «принимающего» партнера нет кровотечения или открытых ран).

Низкий среднестатистический риск заражения при однократном контакте – не повод для успокоенности. В цитируемом выше исследовании 9 из 60, то есть 15% заразившихся получили ВИЧ в результате одного или двух эпизодов незащищенного «принимающего» анального секса.

**Факторы, повышающие риск заражения при половом контакте**

Риск заражения для обоих партнеров возрастает при сопутствующих венерических заболеваниях (ЗППП).

Заболевания, передающиеся половым путем, справедливо называют «воротами для вируса», поскольку они вызывают язвы или воспаление слизистой оболочки половых органов. При этом к поверхности слизистой оболочки поступает большое количество лимфоцитов, в особенности тех, которые служат мишенью для ВИЧ (Т-4 лимфоцитов). Воспаление также вызывает изменения в мембране клеток, что увеличивает риск проникновения вируса.

Вероятность заражения женщины от мужчины при половом контакте примерно в три раза выше, чем мужчины от женщины.

У женщины при незащищенном половом акте в организм попадает большое количество вируса, содержащегося в семенной жидкости мужчины. Площадь поверхности, через которую вирус может проникнуть внутрь, у женщины значительно больше (слизистая оболочка влагалища). Кроме того, в семенной жидкости ВИЧ содержится в большей концентрации, чем в секрециях влагалища. Риск для женщины возрастает при ЗППП, эрозии шейки матки, ранках или воспалениях слизистой оболочки, при менструации, а также при разрыве девственной плевы.

Риск заражения и для мужчины, и для женщины увеличивается, если у партнерши эрозия шейки матки. Для женщины – поскольку эрозия является благоприятной средой для вируса. Для мужчины – поскольку у ВИЧ-положительной женщины эрозия может привести к отслаиванию с шейки матки клеток, содержащих вирус.

Риск заражения при анальном контакте значительно выше, чем при вагинальном, поскольку высока вероятность травм слизистой оболочки ануса и прямой кишки, что создает "входные ворота" для инфекции.

Необходимо сказать также о том, что проблема СПИДа – это проблема не только медицинская, но и психологическая, и социальная. Особенно явно это проявлялось в начале эпидемии, когда основным чувством по отношению к ВИЧ-инфицированным людям был страх заразиться, умноженный на отсутствие достоверной информации о том, как может и как не может произойти заражение ВИЧ.

Люди, носители ВИЧ, становились в прямом смысле слова изгоями, с ними боялись даже разговаривать. Свою негативную роль сыграло и то самое представление о группах риска: в сознании большинства людей больной СПИДом был либо наркоманом, либо проституткой, заслужившими такую участь и недостойными даже простого сочувствия.

В отношении взаимных ожиданий между ВИЧ-инфицированными и обществом часто используется термин «стигматизация» – отвержение одних людей другими, и те чувства, которые испытывают отвергаемые люди, ожидание ими тех негативных реакций со стороны окружающих, которые приводят к дискриминации.

Для того чтобы избежать подобной дискриминации ВИЧ-инфицированных людей очень важно знать, что такое ВИЧ, как он передается и как не передается.

К мерам, препятствующим дискриминации, относятся и создание соответствующего законодательства и процедуры его реализации. СПИД – это проблема не определенных «групп», а всего человечества в целом, и это необходимо понимать.

**4. Гарднереллез (бактериальный вагиноз)**

**Гарднереллез** — одно из наиболее распространённых инфекционных заболеваний гениталий у женщин, характеризующееся замещением нормальной микрофлоры влагалища условно-патогенными микроорганизмами. В урогенитальном тракте мужчин в силу особенностей строения его слизистой оболочки и отсутствия благоприятных условий для колонизации её микроорганизмами гарднереллы встречаются значительно реже, чем у женщин.

У половины женщин и у 90% мужчин гарднереллез не вызывает никаких симптомов. Тем не менее, больной человек продолжает заражать своих половых партнеров.

**Симптомы гарднереллеза**

Основным симптомом болезни у женщины являются серовато-белые выделения из влагалища, обладающие неприятным «рыбным» запахом. Также появляются зуд, жжение, дискомфорт в области наружных половых органов и влагалища.

У мужчин, в редких случаях, после контакта с больной партнершей, могут наблюдаться явления уретрита (воспаления мочеиспускательного канала), баланопостита (воспаления кожи головки и крайней плоти полового члена). Иногда гарднерелла обнаруживается в секрете предстательной железы, что указывает на её возможную роль в развитии.

**Диагностика гарднереллеза**

Диагностика гарднереллёза включает цитологическое исследование и ПЦР.

**Лечение гарднереллеза**

Самостоятельное лечение приводит к временным результатам, что может грозить переходу в хроническую форму и осложнениям. Лечиться необходимо вместе с половыми партнерами, иначе повторное заражение неизбежно.

# 5. Герпес (на губах, генитальный)

**Герпес**— это наиболее распространенное вирусное заболевание, возбудителем которого является ВПГ, то есть вирус простого герпеса. Вирус простого герпеса имеют около 90% населения земли, но только у 5% этих людей вирус проявляет симптомы болезни, в остальных герпесное заболевание протекает без клинических последствий.

Семейство вирусов Herpesviridae может вызывать опасные для жизни болезни, инфекции, рецидивирующие заболевания, трансплацентарных инфекции, которые могут быть причиной врожденных уродств у детей.

Сейчас науке известно более 100 вирусов семейства Herpesviridae, но возбудителями заболеваний являются следующие из них:

* вирус простого герпеса 1-го типа вызывает лабиальный герпес, то есть герпес на губах (HSV-1);
* вирус простого герпеса 2-го типа является причиной генитального герпеса (HSV-2);
* вирус опоясывающего лишая или ветряной оспы (Herpes zoster);
* цитомегаловирус (CMV);
* вирус Эпштейна-Барр (EBV);
* вирус герпеса 6-го типа;
* вирус герпеса 7-го типа;
* вирус герпеса 8-го типа.

Латентное состояние вируса может сохраняться в течение всей жизни. За проявление болезни отвечает интерфероновое звено иммунной системы, т. е. от его состояния зависит интенсивность проявления герпетической инфекции. Самые легкие проявления — едва заметные пузырьки на коже, но герпес также может проявляться тяжелыми поражениями нервной системы.

ВПГ (вирус простого герпеса) способен поражать любой из органов. Для него характерны хроническое течение и разные формы клинического проявления. Вирус простого герпеса влияет на центральную нервную систему и вызывает при этом энцефалит, энцефаломиелит, миелит. Поражая глаза, герпес вызывает увеит, кератоконъюнктивит и кератит. В печени вирус герпеса может вызывать гепатит новорожденных и взрослых. Также герпес поражает слизистые оболочки и кожу. Такое проявление наиболее распространенное.

Вирус простого герпеса распространяется воздушно-капельным, половым, контактным, трансфузионным путем, а также при трансплантации органов. Беременная женщина может передать плоду вирус трансплацентарным и трансцервикальным путем.

Вирус герпеса проникает в нервную систему человека через нервные окончания. В нервных клетках он размножается и переходит в латентную стадию. На последней фазе вирус проявляется через его репликацию и миграцию по нервным клеткам к месту герпетического проявления, высыпания.

Герпес может активироваться в результате психических и физических перегрузок, переохлаждений, приема кортикостероидных гормонов, менструации, механического повреждения или трения кожи, перенесенных простудных заболеваний, других иммунодефицитных состояний.

Вирус простого герпеса 2-го типа является традиционной причиной возникновения генитального герпеса, но в последнее время его место занимает вирус герпеса 1-го типа из-за учащения орально-генитальных контактов.

### Симптомы герпеса

Проявление генитального герпеса происходит появлением покраснений и жжением кожи, высыпаниями одиночных или сгруппированных болезненных пузырьков на наружных или внутренних половых органах.

Пузырьки доставляют неудобства, но через какое-то время покрываются корочкой и заживают.

Первые симптомы герпеса как правило сопровождаются высокой температурой, общим недомоганием и головной болью.

У женщин наиболее подвержены проявлениям герпесных высыпаний следующие органы: влагалище, половые губы, шейка матки. Реже высыпания появляются на промежности, лобке, бедрах и ягодицах.

У мужчин герпес появляется в основном на головке полового члена, венечной борозде, крайней плоти, коже полового члена, губке уретры. Выделение вирусов из инфицированных тканей происходит в течение 10-12 дней. Стадия первого эпизода проявления вируса эволюция сыпи длится 15-20 дней, после чего язвочки начинают заживать.

Герпес приобретает рецидивирующий характер приблизительно у 30-50% зараженных инфекцией людей. При этом сроки повторного возникновения могут быть разными, но обычно они составляют до 6 месяцев.

### Осложнения герпеса

Осложнения герпеса могут вызывать весьма плохие последствия. В первую очередь это внутриутробное инфицирование плода. Герпес в шейке матки может вызвать бесплодие. Также бывают случаи развития вирусов герпеса в нервных структурах малого таза, которые приводят к стойким болевым синдромам, невритам, ганглионитам, тазовым симпаталгиям.

**6. Гонорея**

**Гонорея** – это инфекция, передаваемая половым путем, которая вызывается гонококком Neisseria gonorrhoeae. Перенесенное заболевание не защищает от повторного заражения в будущем, то есть, гонореей можно переболеть несколько раз в жизни. Заболевание поражает преимущественно слизистые оболочки мочеполовых органов.

Реже встречается воспаление прямой кишки и глотки (инфицирование в результате анального и орального секса). Гонококки также могут поразить конъюнктиву (в данном случае заболевание называется бленнореей). В некоторых случая гонококковая инфекция может распространиться на другие части тела, такие как суставы, кожа, сердце и кровь. Больная гонореей женщина может заразить своего ребенка во время родов. У новорожденных гонококки могут вызвать менингит, сепсис, арттрит, бленнорею.

У мужчин воспаление чаще всего развивается в уретре, а у женщин – в уретре и цервикальном канале. При своевременном лечении гонорея не вызывает серьезных проблем. Но без лечения заболевание приводит к опасным осложнениям. У женщин инфекция может распространиться на матку, фаллопиевы трубы и яичники. Это в свою очередь может привести к бесплодию или внематочной беременности. У мужчин гонорея может привести к простатиту и эпидидимиту. Кроме того, она повышает риск развития рака мочевого пузыря.

Инкубационный период заболевания составляет 2-5 дней. Но в некоторых случаях симптомы возникают только спустя 30 дней после инфицирования. У многих людей гонорея протекает бессимптомно, поэтому они могут заражать своих половых партнеров, не зная об этом. Бессимптомная гонорея чаще встречается у женщин. Именно поэтому они реже обращаются к врачу, и у них чаще развиваются осложнения. У мужчин проявления заболевания обычно более ощутимы. Основные симптомы гонореи – это боль во время мочеиспускания и ненормальные выделения из пениса или вагины. Когда инфекция поражает органы малого таза у женщин, возникает боль в животе, вагинальное кровотечение и повышение температуры.

# 7. Инфекции TORCH

**К группе TоRCH-инфекций относятся** Toxoplasmosis (токсоплазмоз), Rubella (краснуха), Cytomegalovirus (цитомегаловирусная инфекция) и Herpes simplex virus (инфекция, вызываемая вирусом простого герпеса). Все эти инфекции объединяет одно: будучи относительно безобидными в обычное время, они становятся чрезвычайно опасными для беременных, а точнее для будущего малыша. Именно поэтому сдавать анализы на наличие антител к TORCH-инфекциям лучше, только планируя беременность.

Если при обследовании в крови обнаруживаются антитела к этим инфекциям – женщина может спокойно беременеть. Если перед беременностью антител к инфекциям TORCH-комплекса не обнаруживается – будущей маме нужно будет принимать дополнительные меры, чтобы обезопасить себя и своего будущего малыша.

Если же до наступления беременности анализы на TORCH-инфекции сданы не были, это необходимо сделать на как можно более ранних сроках беременности. Особенность большинства инфекций TORCH-комплекса в том, что они протекают бессимптомно, и пока не появились серьезные осложнения у плода, беременная женщина может даже не догадываться об их существовании. Поэтому анализы на TORCH-инфекции нужно сдать вне зависимости от самочувствия.

**Подробнее об инфекциях**

Теперь подробнее о самих инфекциях группы TORCH.

**Токсоплазмоз** – заболевание, которым можно заразиться от кошек, через грязные руки, сырое или недоваренное (недожаренное) мясо. Для человека со здоровым иммунитетом токсоплазмоз не опасен, и единственная ситуация, когда он становится опасным – это первичное заражение токсоплазмозом во время беременности. Если женщина уже переболела токсоплазмозом до беременности (не менее чем за полгода до нее) ее будущему ребенку токсоплазмоз не угрожает. Если же во время беременности заражение токсоплазмозом все же произошло, то появляется риск тяжелых последствий для плода.

Анализы на наличие антител к токсоплазмозу лучше сдавать не во время беременности, а до нее. Если антитела в крови будущей мамы есть – бояться нечего. Если анализ покажет свежую инфекцию – нужно выждать полгода, прежде чем беременеть. Если же антител не обнаруживается, то во время беременности необходимо соблюдать правила, которые сводят риск заражения токсоплазмозом практически к нулю:

* избегать контакта с кошками, особенно с кошачьим туалетом;
* тщательно мыть все овощи, фрукты и зелень;
* производить садовые работы только в перчатках;
* избегать контакта с сырым мясом, тщательно проваривать и прожаривать мясные блюда.

Но даже при соблюдении этих условий анализ на токсоплазмоз следует сдавать несколько раз забеременность. Причем желательно в одной и той же лаборатории, поскольку, к сожалению, результаты диагностических исследований, проводимых в разных клиниках, часто различаются.

Следующая инфекция группы TORCH – **краснуха**. Эта «детская» болезнь, передается чаще всего воздушно-капельным путем и к тяжелым последствиям, как правило, не приводит. После перенесенной краснухи у человека вырабатывается устойчивый иммунитет, поэтому краснухой дважды не болеют. А вот для беременной женщины краснуха – серьезное заболевание, смертельно опасное для плода. И так как профилактики краснухи не существует, то оптимальный вариант – прививка, сделать которую необходимо до наступления беременности, лучше месяца за три-четыре.

**ЦМВ и ВПГ – опасные вирусы**

Если о токсоплазмозе и краснухе современные мамы имеют хоть какое-то представление, то о том, что такое «цитомегаловирус» и «вирус простого герпеса» они зачастую вообще не знают.

Вирус простого **герпеса** (ВПГ) существует в двух типах. I тип проявляется как известная всем «простуда» на губах. II тип (так называемый «урогенитальный герпес») – в большинстве случаев поражает половые органы. Передается герпес воздушно-капельным и половым путем, а также от беременной матери к плоду. Если женщина заразилась герпесом до беременности – антитела переходят к плоду вместе с вирусом, и чаще всего опасности для плода инфекция не представляет. Первичное инфицирование или рецидивы во время беременности могут привести к внутриутробному инфицированию, сопровождаются тяжелыми осложнениями, а заражение во время родов может стать причиной заболеваний плода.

Обследоваться на герпес необходимо обоим будущим родителям на этапе планирования беременности. Если вирус герпеса будет обнаружен, врач назначит лечение, после которого инфекция не будет беспокоить ни будущую маму, ни будущего малыша.

**Цитомегаловирусная инфекция** – это вирусное инфекционное заболевание, возбудителем которого является цитомегаловирус (ЦМВ). Передаваться он может половым путем, через кровь, при грудном вскармливании. При здоровом иммунитете ЦМВ практически не представляет опасности и протекает бессимптомно. Если же иммунитет снижен, то цитомегаловирус активизируется и может поражать практически все системы и органы зараженного человека. Беременной женщине и плоду цитомегаловирус в активном состоянии может угрожать самими неприятными последствиями.

Как и в остальных случаях, анализ на антитела к цитомегаловирусу лучше сдать до наступления беременности. Если антитела не будут обнаружены, то женщине порекомендуют проводить ежемесячное исследование крови, которое не позволит упустить первичное заражение, наиболее опасное для плода. Если же антитела к ЦМВ обнаружатся и выяснится, что беременная женщина является пассивным носителем цитомегаловируса, то ей придется приложить дополнительные усилия к поддержанию нормального иммунитета. ЦМВ, также как и ВПГ ребенка может заразить не только мать, но и отец, поэтому обследоваться должна не только женщина, планирующая беременность, но и будущий отец ее ребенка.

# 8. Кондиломы

Ежегодно во всем мире и у нас в стране быстрыми темпами увеличивается заболеваемость **папилломавирусной нфекцией** (остроконечные кондиломы, венерические бородавки). Объясняется это высокой заразностью и отсутствием современной качественной контрацепции (эффективность защиты презервативом не доказана).

Некоторые типы вируса способны вызывать злокачественные (онкологические) процессы в организме человека. Особенно это касается папилломавирусной инфекции мочеполового тракта. Доказанным является возникновение рака шейки матки у женщин, чаще молодого возраста, на фоне протекания папилломавирусной инфекции. Другие онкологические процессы мочеполовой области в настоящее время изучаются на предмет прямой связи с носительством вируса папилломы человека (ВПЧ).

В настоящее время у человека описано более 70 различных папилломавирусов. Различные типы вируса папилломы человека связаны с различными видами поражений кожи и слизистых оболочек. Установлено, что мочеполовую (урогенитальную) область могут поражать определенные типы папилломавирусов, среди которых выделяют разновидности низкого (6, 11 ,42, 43, 44), среднего (31, 33, 35, 51, 52, 58) и высокого (16, 18, 45, 36, 56, 66) онкологического риска.

Клинические проявления папилломавирусной инфекции гениталий достаточно разнообразны. Они могут представлять из себя выросты (образования в виде бородавок, напоминающие петушиные гребни или цветную капусту) на поверхности кожи или слизистых оболочек, а также плоские округлые образования, не всегда возвышающиеся над поверхностью.

Генитальные кондиломы располагаются, в основном, в местах наиболее повреждаемых во время полового акта: малые половые губы, влагалище, шейка матки, устье мочеиспускательного канала, область ануса, кожные покровы у женщин. У мужчин вирусы папилломы располагаются в области крайней плоти, на головке полового члена, в области промежности, на мошонке, реже, на коже лобка и в мочеиспускательном канале.

Скрытый период после заражения составляет, в среднем, от 1 до 12 месяцев, иногда дольше.

В подавляющем большинстве случаев папилломавирусная инфекция сочетается с другими заболеваниями, передаваемыми половым путем. Поэтому более чем актуальным является диагностика таких заболеваний, как ВИЧ, сифилис, хламидиоз, гонорея (чаще хроническая), трихомониаз, уреаплазмоз, микоплазмоз, гарднереллез (бактериальный вагиноз), генитальный герпес и других, которые усложняют лечение папилломавирусной инфекции и наоборот.

Необходимо также обязательное обследование и лечение всех партнеров, с которыми больной папилломавирусной инфекцией имел половые контакты в последние 12 месяцев.

Важным аспектом является возможность заражения матерью своего ребенка во время родов через естественные родовые пути, если она была инфицирована и не проходила лечения.

**9. Микоплазмоз (уреаплазмоз)**

**Урогенитальный микоплазмоз или уреаплазмоз** — инфекционное заболевание мочеполовых органов, вызванное микроорганизмами, относящимися к семейству Mycoplasmaceae.

Эти микробы были открыты ещё в 40-50-е годы ХХ века, но только в последние 30 лет заболевания, которые они способны вызвать, были выделены в отдельную группу. На сегодняшний день известно около 100 видов микоплазм. Человек является хозяином где-то 14 видов. Некоторые из них обладают наибольшей болезнетворностью.

Все они могут поражать, в отличие от других половых инфекций, любые ткани и органы, в том числе сперматозоиды, что ведёт к снижению их количества или потери подвижности.

Многие из микоплазм являются своеобразными катализаторами, ускоряющими течение таких заболеваний как ВИЧ-инфекции, опухолевые процессы, артриты... Одним из уникальнейших свойств всех микоплазм является их способность маскироваться под клетки хозяина (человека), что не всегда дает возможность иммунной системе распознать присутствие паразита в организме. Это объясняет преимущественно бессимптомное (в 90-95% случаев) протекание инфекции, либо со скудными клиническими проявлениями.

Инкубационный (скрытый) период длится, в среднем, 2-4 недели. Течение этих заболеваний не имеет характерных признаков, в связи с чем диагностика происхождения воспалительного процесса основывается исключительно на лабораторных методах исследования.

Если заболевание сразу же не принимает бессимптомную форму, то может беспокоить учащенное дискомфортное мочеиспускание, скудные выделения из влагалища или мочеиспускательного канала, зуд и дискомфорт в области наружных половых органов. При прогрессировании заболевания в процесс вовлекаются простата и яички у мужчин, придатки (яичники, маточные трубы) у женщин.

Учитывая труднораспознаваемость заболевания, диагностику и лечение микоплазмоза необходимо проводить только под наблюдением квалифицированного врача в условиях специализированного медицинского центра. Ни в коем случае не занимайтесь самолечением или лечением по схемам своих знакомых! Часто половые инфекции сочетаются друг с другом, поэтому самостоятельное лечение приводит лишь к временным результатам, что может грозить переходу в хроническую форму, что осложняет и удлиняет курс лечения.

Возможна ли профилактика микоплазмоза? Да. Это обязательное использование презервативов при смене полового партнера в сочетании с использованием дезинфицирующих веществ («Мирамистин», «Интим-спрей» и другие). После смены полового партнёра, если не использовались средства контрацепции, даже при отсутствии проявлений необходимо пройти обследование через 3 недели. При подготовке к беременности, а тем более, если женщина уже беременна, обследование пары на микоплазмоз следует пройти обязательно.

**10. Мягкий шанкр (шанкроид)**

**Мягкий шанкр (шанкроид)** – передающаяся половым путем инфекция, проявляется болезненной язвой в месте внедрения возбудителя и гнойным поражением периферических лимфатических узлов.

Возбудителем мягкого шанкра является стрептобацилла Петерсена-Дюкрея.

Заражение происходит половым путем.

Мягкий шанкр широко распространен в странах с тропическим и субтропическим климатом.

Скрытый период мягкого шанкра составляет 4–7 суток от момента заражения.

**Различают следующие формы мягкого шанкра:**

* воронкообразный мягкий шанкр, при котором глубокая язва расположена в шейке головки полового члена;
* гангренозный — характеризуется гангренозным расплавлением тканей на головке полового члена в связи с присоединением фузоспириллеза или анаэробной инфекции;
* дифтероидный — при котором язвы покрыты зеленовато-серым фибринозным налетом, обусловленным присоединившимся заражением ложнодифтерийной палочкой;
* импетигенозный — клинически сходный с импетиго;
* серпингинозный — атипичная форма мягкого шанкра, при которой язва заживает рубцом с одного края и увеличивается с другого;
* фолликулярный — атипичная форма, при которой возникают множественные маленькие язвы со слегка приподнятыми краями и глубоким уплотненным дном, что обусловлено проникновением возбудителя в протоки сальных желез или в волосяные фолликулы;
* смешанный — наблюдается при одновременном заражении сифилисом и мягким шанкром, когда язва, характерная для мягкого шанкра, затем приобретает черты твердого шанкра.

Язвы мягкого шанкра имеют неровные края, глубокое изрытое дно с желтоватым налетом, гнойное отделяемое. Окружены островоспалительным венчиком, но инфильтрация отсутствует, поэтому на ощупь язва представляется мягкой. Величина язв — от размеров булавочной головки до ладони и больше. Характерны значительная их болезненность и кровоточивость. Язвы обычно множественные, сливаются между собой. Возможно аутоинфицирование. Как правило, язвы мягкого шанкра локализуются на половых органах — внутреннем листке крайней плоти, в венечной борозде, на уздечке полового члена, губках мочеиспускательного канала, в ладьевидной ямке, на больших и малых половых губах. Иногда возникают первичные внеполовые проявления мягкого шанкра, например, в связи с профессиональной деятельностью у медицинских работников. Они могут располагаться на кистях или пальцах рук. В большинстве случаев первичные внеполовые шанкры развиваются у лиц, прибегающих к анальным, аксиллярным, мануальным и орогенитальным половым контактам.

Часто наблюдаются и вторичные внеполовые шанкры. Речь идет о шанкрах, появляющихся в результате затекания гноя с язв, расположенных на половых органах, на близлежащие участки кожи внутренней поверхности бедер или на отдаленные от половых органов участки тела. Этот феномен наблюдается в том случае, когда инфекция в эти области переносится руками самих больных. Могут присоединяться поражения лимфатической системы, а также развиваться фимоз и парафимоз. Лимфангиит и лимфаденит относят к специфическим осложнениям, так как они обусловлены проникновением в лимфатические пути возбудителей мягкого шанкра.

Иногда появляется рожистое воспаление. В редких случаях возникают остроконечные кондиломы.

Лимфангиит в большинстве случаев наблюдается на спинке полового члена и на наружной поверхности половых губ. Проявляется в виде уплотненного болезненного тяжа. Кожа над утолщенной поверхностью гиперемирована и отечна, пальпация болезненна. В редких случаях по ходу болезненного тяжа образуются воспалительные узлы, которые могут нагнаиваться, а затем превращаться в бубонули (шанкры Нисбета).

Наиболее типичный признак мягкого шанкра — регионарный лимфаденит (бубон), возникающий через 2–3 недели после заражения. Обычно он развивается в связи с поздним началом лечения мягкого шанкра, раздражающей местной терапией, развитием фимоза или парафимоза, физическими перегрузками и т. п. Лимфаденит начинается с болезненности и увеличения лимфатического узла, который сливается с окружающими тканями.

При локализации мягкого шанкра на половых органах увеличиваются паховые, иногда бедренные лимфатические узлы. Они болезненны за счет периаденита, спаяны друг с другом, с близлежащими тканями и кожей. Местная реакция выражается также покраснением кожи над ними. Больные часто жалуются на озноб, повышение температуры тела, общую слабость. В дальнейшем может произойти нагноение узла с последующим вскрытием его, выделением большого количества гноя и рубцеванием образовавшейся язвы. Рубец формируется через 3–4 нед. В редких случаях бубон характеризуется более выраженными и быстро нарастающими воспалительными явлениями, развитием фагеденической язвы (скорость некроза преобладает над скоростью регенерации), медленным заживлением. Однако у некоторых больных бубон вскрывается и через 2–3 нед. превращается в типичную язву мягкого шанкра, в ее жидком гнойном отделяемом обнаруживаются палочки мягкого шанкра. Заживление с образованием рубца продолжается более месяца.

В тех случаях, когда происходит отек крайней плоти, может развиться фимоз. При этом головку полового члена обнажить не удается, а скапливающийся под крайней плотью гной выделяется через узкое препуциальное отверстие. В гнойном отделяемом обнаруживают возбудителей мягкого шанкра. Вследствие аутоинфицирования по окружности препуциального отверстия возникают язвы мягкого шанкра. При отеке крайней плоти, находящейся за обнаженной головкой полового члена, возможен парафимоз. Его исходом может быть гангрена головки полового члена вследствие сдавливания тканей кольцом отечной крайней плоти.

При правильном лечении состояние улучшается через трое суток.

**Причины неэффективности лечения**: неправильный диагноз, сочетание мягкого шанкра с другой венерической болезнью, ВИЧ-инфекция, несоблюдение больным врачебных назначений.

**11. Сифилис**

**Сифилис** – хроническое инфекционное заболевание. При сифилисе поражается кожа, слизистые оболочки, внутренние органы, опорно-двигательная, иммунная, нервная системы. Возбудитель – бледная трепонема.

**Бледная трепонема** (Treponema pallidium) принадлежит к порядку Spirochaetales, семейству Spirochaetaceae, роду Treponema. Морфологически бледная трепонема (бледная спирохета) отличается от сапрофитирующих спирохет.

Наиболее частый путь инфицирования сифилисом – половой, при различных формах половых контактов.

**Заражение сифилисом** происходит через мелкие генитальные или экстрагенитальные дефекты кожи, либо через эпителий слизистой оболочки при контакте с твёрдым шанкром, эрозивными папулами на коже и слизистых оболочках половых органов, полости рта, широкими кондиломами, содержащими значительное количество бледных трепонем.

В слюне бледные трепонемы могут находиться лишь в случае, когда имеются высыпания на слизистой оболочке полости рта.

Сифилисом можно заразиться через сперму больного при отсутствии у него видимых изменений на половых органах.

Редко заражение сифилисом может произойти при тесном бытовом контакте, в исключительных случаях – через предметы обихода. Возможно заражение сифилисом через молоко кормящей женщины, больной сифилисом. Случаев заражения сифилисом через мочу и пот не отмечено. Сифилис (ошибочно употребляют слово «сифилиз») с момента заражения является общим инфекционным заболеванием, которое длится у нелеченных больных многие годы и отличается волнообразным течением со сменой периодов обострения.

Во время обострения болезни на слизистых оболочках, коже, во внутренних органах наблюдаются активные проявления сифилиса.

Одной из основных причин изменений клиники, длительности инкубационного периода, скрытого течения сифилиса, является частое применение антибиотиков, изменение иммунного статуса организма и другие факторы. Классическое течение сифилиса характеризуется чередованием активных проявлений заболевания со скрытым периодом. Классификация течения сифилиса разделяется на инкубационный период, первичный, вторичный и третичный периоды.

**Первичный сифилис** (syphilis I primaria) – стадия сифилиса c появлением твёрдого шанкра и увеличением лимфатических узлов.

* **Серонегативный первичный сифилис** (syphilis I seronegativa) – сифилис с отрицательными серологическими реакциями в течение курса терапии.
* **Первичный серопозитивный** (syphilis I seropositiva) – сифилис с положительными серологическими реакциями.
* **Первичный скрытый сифилис** (syphilis I latens) – сифилис с отсутствием клинических проявлений у пациентов, начавших лечение в первичный период болезни и незакончивших его.

**Вторичный сифилис** (syphilis II secundaria) – стадия сифилиса, обусловленная гематогенным распространением возбудителей (трепонем) из первичного очага, проявляющаяся полиморфными высыпаниями (розеолы, папулы, пустулы) на коже и слизистых оболочках.

* **Свежий вторичный сифилис** (syphilis II recens) – период сифилиса с множественными полиморфными высыпаниями на коже и слизистых; нередко наблюдаются остаточные признаки твёрдого шанкра.
* **Вторичный рецидивный сифилис** (syphilis II recidiva) – период вторичного сифилиса, который проявляется немногочисленными полиморфными сгруппированными высыпаниями и, иногда, поражением нервной системы.
* **Вторичный скрытый сифилис** (syphilis II latens) – вторичный период сифилиса, протекающий латентно.

**Третичный сифилис** (syphilis III tertiaria) – следующая за вторичным сифилисом стадия с деструктивными поражениями внутренних органов и нервной системы с возникновением в них сифилитических гумм.

* **Активный третичный сифилис** проявляется активным процессом образования бугорков, разрешающихся с образованием язв, рубцов, появлением пигментации.
* **Скрытый третичный сифилис** – сифилис у лиц, перенесших активные проявления третичного сифилиса.

**Скрытый сифилис** (syphilis latens) – сифилис, при котором серологические реакции положительные, но отсутствуют признаки поражения кожи, слизистых и внутренних органов.

* **Ранний скрытый cифилис** (syphilis latens praecox) – скрытый сифилис, с момента заражения которым прошло менее 2 лет.
* **Поздний скрытый сифилис** (syphilis latens tarda) – скрытый сифилис, с момента заражения которым прошло более 2 лет.
* **Неуточненный скрытый сифилис** (syphilis ignorata) – болезнь с неустановленной давностью.

**Сифилис бытовой** – сифилис, инфицирование которым происходит бытовым путём.

**Врожденный сифилис** – сифилис, при котором инфицирование произошло от больной матери в период внутриутробного развития.

**Сифилис трансфузионный** – при переливании донорской крови больного сифилисом у реципиента развивается трансфузионный сифилис. Возможно инфицирование медицинского персонала при осмотре больных сифилисом, во время оперативного вмешательства, проведении лечебных процедур, при вскрытии трупов (особенно новорожденных с ранним врождённым сифилисом).

**Сифилис обезглавленный** - инфицирование происходит при попадании трепонемы непосредственно в кровь (через рану, при исследовании крови). Характерно отсутствие твердого шанкра.

**Сифилис нервной системы** – нейросифилис (neurosyphilis): ранний (neurosyphilis praecox) – давность болезни до 5 лет, поздний (neurosyphilis tarda) – более 5 лет.

Различают следующие **формы раннего нейросифилиса**:

* скрытый латентный сифилитический менингит;
* острый генерализованный сифилитический менингит;
* сифилитическая гидроцефалия;
* ранний менинговаскулярный сифилис;
* сифилитический менингомиелит.

**Формы позднего нейросифилиса**:

* поздний скрытый сифилитический менингит;
* поздний диффузный менинговаскулярный сифилис;
* сифилис сосудов мозга( васкулярный сифилис);
* гумма мозга;
* прогрессивный паралич.

**Сифилис висцеральный** (syphilis visceralis) – сифилис, при котором поражены внутренние органы (сердце, головной мозг, спинной мозг, лёгкие, печень, желудок, почки).

**Сифилис злокачественный** – тяжело протекающий сифилис с массивным поражением внутренних органов и нервной системы, характерным для третичного сифилиса.

В первичном периоде появляется первый клинический признак сифилиса – **твердый шанкр** (в том месте, где бледная трепонема проникла в организм). Твердый шанкр – пятно красного цвета, превращающееся в папулу, потом – в эрозию или язву, возникающую на месте проникновения бледной трепонемы в организм. Твердый шанкр чаще локализуется на половых органах (у женщин часто на шейке матки), что говорит о половом заражении; значительно реже наблюдаются внеполовые шанкры, которые могут располагаться на любом участке кожи или слизистых оболочках: губах, миндалинах, на коже лобка, бедер, мошонки, живота. Через 1–2 недели после появления твердого шанкра начинают увеличиваться ближайшие к нему лимфатические узлы.

Исчезновение твердого шанкра говорит о том, что сифилис перешел в латентную стадию, во время которой в организме идёт бурное размножение бледных трепонем. Вторичный период сифилиса наступает обычно через 5–9 недель после появления твердого шанкра (первичной сифиломы) и продолжается без лечения 3–5 лет.

Течение вторичного сифилиса волнообразное: период активных проявлений сменяется скрытой формой сифилиса.

Для скрытого периода характерно отсутствие клинических признаков сифилиса и только положительные серологические реакции крови свидетельствуют о течении инфекционного процесса.

Клинические признаки третичного сифилиса могут проявиться спустя многие годы после длительного бессимптомного течения болезни с момента инфицирования сифилисом. Главной причиной, влияющей на формирование третичного сифилиса, является отсутствие или неполноценное лечение больных более ранними формами сифилиса.

**Анализы на сифилис** состоят из клинических и лабораторных данных:

* исследовании на бледную трепонему;
* исследовании крови на РВ (реакцию Вассермана);
* РИФ (реакцию иммунной флюоресценции);
* РИБТ (реакцию иммобилизации бледных трепонем).

**Диагностика сифилиса** первичного периода проводится путем исследования отделяемого твердого шанкра, пунктата регионарных лимфатических узлов.

В диагностике сифилиса вторичного периода исследуется материал папулезных, пустулезных элементов, эрозивных и гипертрофических папул кожи и слизистых оболочек.

Анализы на сифилис бактериоскопическим методом (микроскопическим) проводятся с помощью обнаружения бледной трепонемы в темнопольном микроскопе.

К трепонемным методам диагностики сифилиса относятся:

* реакция Вассермана (RW);
* реакция иммунофлюоресценции (РИФ).
* RW (Реакция Вассермана) имеет большое значение для подтверждения диагноза сифилиса при наличии активных проявлений болезни, выявления скрытого (латентного) сифилиса, эффективности проводимого лечения сифилиса. Также RW важна для профилактики врожденного сифилиса.

Реакция Вассермана положительна у 100% больных сифилисом вторичного периода, при раннем врожденном сифилисе, у 70–80% больных третичным сифилисом.

Трепонемным методом анализов на сифилис является также реакция иммунофлюоресценции (РИФ). РИФ является самым высокочувствительным методом диагностики сифилиса и становится положительной уже при первичном серонегативном сифилисе.

РИФ положительна при вторичном сифилисе, врожденном сифилисе в 100%, при третичном сифилисе – в 95–100%, при поздних формах сифилиса (внутренних органов, сифилиса нервной системы) – в 97–100%.

**Лечение сифилиса** строится по установленным в мире соответствующим стандартам и проводится только после установления диагноза и подтверждения его лабораторными методами исследования.

Лечение сифилиса требует от врача-венеролога учёта разных факторов, различных показателей, осложняющих моментов. Это, во многом, определяет последующий выбор метода лечения сифилиса.

В лечении сифилиса используются специфические антибактериальные препараты нескольких групп и поколений и они являются основой терапии. При лечении сифилиса пациент также должен строго соблюдать рекомендованный режим (достаточный сон, рациональное питание, витамины, запрещение алкоголя), продолжительность интервалов между курсами лечения, что значительно повышает эффективность лечения сифилиса. Существенное значение для успешного лечения сифилиса имеет помимо проводимой терапии состояние организма больного, его реактивность, поэтому в процессе лечения необходимо повышать сопротивляемость к инфекции. Для этого назначаются препараты, стимулирующие защитные реакции организма.

Венеролог определяет в каждом случае, в зависимости от стадии сифилиса, осложнений, сопутствующих заболеваний со стороны других органов и систем, аллергического фона, массы тела, процентного соотношения всасываемости и биодоступности лекарственного средства, необходимые дозы медикаментов, дополнительное применение иммуномодуляторов, ферментных, витаминных препаратов, физиотерапии.

После окончания лечения сифилиса обязателен неоднократный клинико-серологический контроль крови в течение нескольких месяцев или лет (зависит от стадии сифилиса).

Если после лечения сифилиса в течение года кровь не стала отрицательной, констатируется состояние серорезистентности и назначается дополнительное лечение сифилиса.

**12. Скрытый сифилис**

**Скрытый сифилис**– сифилис, при котором серологические реакции положительны, но отсутствуют признаки поражения кожи, слизистых оболочек и внутренних органов.

В венерологической практике принято различать ранний и поздний скрытый сифилис.

### Ранний скрытый сифилис

К раннему скрытому сифилису относятся приобретенные формы заболевания с давностью инфекции до 2 лет, без клинических проявлений, с положительными серологическими реакциями в крови.

Выявляются такие больные либо при обследовании половых партнеров больного сифилисом человека, либо во время медицинских профилактических осмотров (во время беременности, при получении различных медицинских справок и т.д.).

К сожалению, самостоятельно обратившихся к врачу для обследования на сифилис, например, после полового контакта с малознакомым или незнакомым человеком среди таких больных всего 7%. Многие из этих пациентов незадолго до обращения к врачу принимали антибиотики для лечения какой-либо инфекционной болезни, что и могло спровоцировать бессимптомное течение болезни.

**Поздний скрытый сифилис**

Поздний скрытый сифилис обнаруживают у больных с приобретенным сифилисом при давности инфекции свыше 2 лет, без клинических проявлений, с положительными серологическими реакциями крови и нормальной спинномозговой жидкостью.

Больные поздним скрытым сифилисом в 99% случаев выявляются при массовых профилактических обследованиях населения, а оставшийся 1 процент — при обследовании семейных контактов больных сифилисом.

Как правило, такие больные точно не знают, когда и при каких обстоятельствах они могли заразиться, и не замечали у себя каких-либо проявлений, подобных симптомам заразного сифилиса.

При диагностировании скрытого сифилиса есть вероятность ошибки, так как положительная серологическая реакция, на которой обычно основывается диагноз, может возникнуть и в некоторых не связанных с сифилисом случаях. Поэтому больных с подозрением на скрытый сифилис необходимо обследовать чрезвычайно тщательно, чтобы либо уверенно поставить диагноз, либо отказаться от него.

**13. Трихомониаз**

**Трихомониаз (трихомоноз)** – это одно из самых распространенных в мире заболеваний, передаваемых половым путем (наряду с хламидиозом и гонореей). Трихомониаз вызывается микроорганизмом под названием влагалищная трихомонада (Trichomonas vaginalis). У женщин возбудитель заболевания поражает влагалище, уретру, шейку матки, у мужчин – уретру, предстательную железу и придатки яичка.

Существует низкая вероятность заразиться трихомониазом бытовым путем – например, используя полотенце, которым до этого только что вытерся больной человек. Трихомонада может выжить вне тела человека во влажной среде, но этот срок составляет не более нескольких часов. Возбудители быстро погибают при высушивании, действии прямого солнечного света, нагревании. Заболевание может передаться от матери ребенку во время родов в 5% случаев.

Симптомы трихомониаза появляются через 5-28 дней после заражения. Но у многих женщин и большинства мужчин заболевание протекает бессимптомно. Это способствует распространению инфекции, поскольку носители трихомонады часто не догадываются о своем состоянии. Использование презервативов защищает от заражения трихомониазом, а также другими венерическими заболеваниями.

У женщин трихомониаз (трихомоноз) проявляется в виде обильных желто-зеленых влагалищных выделений, зуда, боли во время мочеиспускания и полового акта. Проявления болезни усиливаются перед месячными, после переохлаждения. У мужчин симптомы трихомониаза включают в себя выделения из уретры, жжение во время мочеиспускания. Если возбудитель поражает предстательную железу, развивается простатит. Симптомы трихомониаза со временем ослабевают, но это означает не излечение, а переход заболевания в хроническую форму.

Трихомониаз может привести к воспалениям органов малого таза, что, в свою очередь, может стать причиной мужского и женского бесплодия. Заболевание вызывает преждевременные роды у беременных женщин. Опасность трихомониаза также состоит в том, что он повышает риск заражения другими заболеваниями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ.

У женщин трихомониаз способствует развитию сопутствующих гинекологических патологий. Например, 20% пациенток одновременно страдают от трихомониаза и кандидоза (молочницыы). У многих развивается дисбактериоз влагалища (бактериальный вагиноз). Заболевание повышает риск рака шейки матки.. Бессимптомное течение трихомониаза не снижает вероятность развития осложнений, как у женщин, так и у мужчин.

**14. Трихомоноз**

**Трихомоноз** – воспалительное заболевание органов мочеполовой системы, вызываемое влагалищной трихомонадой. Это одно из наиболее частых заболеваний половой сферы, этим заболеванием страдают 60-70% женщин, имеющих избыточные бели. Трихомоноз занимает 2 – 3-е место среди заболеваний передающихся половым путем (после гонореи и хламидиоза).

### Причины

Возбудитель заболевания передается половым путем. Вагинальные трихомонады неустойчивы к действию различных факторов окружающей среды и под их влиянием быстро погибают, но при нарушении санитарно-гигиенического режима возможно и неполовое заражение. Таким путем больная мать может заразить девочку.

### Симптомы

Болеют мужчины и женщины, хотя у мужчин трихомоноз протекает, как правило, незаметно. Воспаление мочеиспускательного канала, вызываемое трихомонады, может сопровождаться лишь незначительными слизистыми выделениями, не причиняющих беспокойства. Оставаясь практически здоровым, мужчина, не подозревая о болезни, может не лечиться и служит постоянным источником заражения. Нелеченых трихомоноз может привести к распространению воспаления на придатки яичек, вследствие которого часто возникает бесплодие; возможен переход болезни в хроническую форму, трудно поддающийся лечению. У женщин чаще поражается влагалище. Заболевание проявляется выделением белой, нередко разъедающих с неприятным запахом; ощущается зуд и жжение во влагалище и в области вульвы. При снижении сопротивляемости организма, а также во время менструации воспаление может распространиться на матку и ее придатки. При выявлении трихомоноза у женщины, лечиться нужно обоим супругам.

**Диагностика**

Диагностика трихомоноза заключается в бактериологическом обнаружении влагалищных трихомонад после окраски мазков по Грамму, или в нативных (свежих) препаратах.

Методика исследования в нативных препаратах на присутствие трихомонад очень проста: на предметное стекло наносят изотонический раствор, добавляют свежую каплю влагалищных выделений, затем препарат рассматривают под микроскопом. Однако при таком методе диагностики не всегда сразу удается выявить трихомонады, поэтому необходимо исследование проводить неоднократно.

Современной методикой обнаружения трихомонад в организме является поиск генетических маркеров с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР).

**Лечение**

Лечение трихомоноза длительное; несвоевременное самовольное прекращение лечения (при исчезновении проявлений болезни) нередко приводит к рецидиву и появлению трихомонад, устойчивых к применяемым лекарственных препаратов. Лечение трихомоноза общего и местного действия.

Для общего лечения используют метронидазол (тризопол, флагил), тинидазол. Эти препараты при приеме внутрь действуют на все очаги трихомонадной инфекции. Метронидазол назначают внутрь по 0,25 г 2 раза в день в течение 7-10 дней. Эффективной считается ускоренная схема, при которой курсовая доза (5 г) дается в течение 5 дней (по 0,25 г 4 раза в день). Тинидазол принимают однократно в дозе 2 г.

В период лечения необходимо особенно строго соблюдать правила личной гигиены; следует ежедневно менять белье, проглаживать ее горячим утюгом, принимать гигиенический душ, тщательно обмывая тело; необходима половое воздержание.

После лечения следует в течение 2-3 месяцев периодически посещать врача для контрольного обследования (женщины – после менструации).

**15. Уреаплазма**

**Уреаплазма.**По своим размерам уреаплазмы являются одними из мельчайших представителей бактериальной флоры, выявляемой у человека, а по виду своей жизнедеятельности их относят к внутриклеточным паразитам.

Уреаплазмы – это мельчайшие бактерии, которые обитают на слизистых половых органов и мочевых путей человека. В самом начале уреаплазмы относились к микоплазмам, но были определены в отдельный класс бактерий из-за своей способности расщеплять мочевину.

### Причины ****уреаплазмы****

Уреаплазмоз – вызывается микроорганизмами, которые по размерам приближаются к крупным вирусам и не имеют ни ДНК, ни клеточной оболочки. Их изредка рассматривают как своего рода переходную ступень от вирусов к одноклеточным.

Передача инфекции происходит, как правило, половым путем, но может быть и внутриутробное инфицирование от больной матери, а кроме того, микробы могут проникать в половые пути ребенка во время родов и сохраняться там всю жизнь, до поры находясь в спящем состоянии.

### Симптомы ****уреаплазмы****

Уреаплазмоз может развиваться как в острой, так и в хронической форме. Как и при многих других инфекциях, болезнь не имеет симптомов, типичных для данного возбудителя. Клинические проявления уреаплазмоза зависят от инфицированного органа. В то же время современными способами возбудитель часто определяется и у совершенно здоровых женщин, не предъявляющих никаких жалоб, и нередко в сочетании с другими инфекциями.

### Диагностика ****уреаплазмы****

Диагноз ставится на основе лабораторных анализов

**Лечение уреаплазмы**

Лечение уреаплазмы включает комплексные процедуры в зависимости от местонахождения воспалительного процесса. В общем виде применяются антибактериальные средства, которые направлены на уничтожение инфекции; иммуномодуляторы, которые активизируют защитные силы организма; лекарства, уменьшающие риск побочных явлений при приеме антибиотиков. Конкретная схема лечения уреаплазмы может определяться только специалистом, владеющим всей информацией о больном ( осмотр, анамнез, анализы).

**16. Хламидийный конъюнктивит**

**Хламидийный конъюнктивит**– инфекционное заболевание, характеризующееся поражением глаз у больных мочеполовым хламидиозом.

### Причины

Вызывается некоторыми типами хламидий, которые поражают в основном слизистые оболочки человека, проникают в организм через половые органы, из которых могут распространяться и поражать другие органы и системы.

Источником инфекции является больной человек. Самое заражение происходит при половом контакте. Однако подхватить инфекцию можно и взявшись, например, за грязные поручни, а затем потерев глаза.

Доля хламидийноого коньюнктивита в общем числе всех конъюнктивитов составляет до 30 %.

### Симптомы

Начало конъюнктивита отмечается через 1-2 недели после попадания инфекции. Начало не такое острое, как при аденовирусной инфекции. Большинство больных предъявляют жалобы на легкое покраснение глаз и зуд, появление незначительного слизисто-гнойного отделяемого из глаз. На стороне пораженного глаза могут возникать отек век и увеличение околоушных лимфатических узлов. Если оттянуть нижнее веко, на конъюнктиве можно увидеть образования, похожие па зерна (фолликулы). В отличие от трахомы, изменения выражены на нижней, а не на верхней конъюнктиве: фолликулы, слизистое отделяемое. Отек в области верхнего края роговицы – лимба, с прорастанием сосудов сверху из конъюнктивы в роговицу – характерный признак хламидийной инфекции.

Иногда излечение наступает быстро, иногда конъюнктивит переходит в хроническую форму (при этом остаются незначительные жалобы).

При остром хламидийном конъюнктивите чаще поражается один глаз, а при хроническом – оба.

### Лечение

Для лечения конъюнктивита у взрослых используются тетрациклин, окацин, сперсаллерг и другие препараты в виде капель и мазей.

Однако лучше не заниматься самолечением и посоветоваться со специалистом, так как при неправильном лечении заболевание может перейти в хроническую форму.

**17. Хламидиозы**

**Хламидиозы** — это группа заболеваний, вызываемых Chlamydia trachomatis. Хламидии — мелкие неподвижные внутриклеточные микроорганизмы. Они не способны самостоятельно синтезировать энергию и поэтому паразитируют в клетках цилиндрического эпителия, выстилающих мочеиспускательный канал, протоки предстательной железы, придатка яичка, семявыносящие пути, влагалище, шейку матки, зону анального канала, ротовую полость, ткани яичников и маточных труб. В отдельных случаях хламидии способны вызывать распространённый процесс, поражая конъюнктивы глаз, суставы, другие органы. Такой процесс называется болезнью Рейтера.

Инкубационный период после заражения длится 10–14 дней. В основном болезнь передается половым путем, в том числе при орально-генитальных и анально-генитальных контактах. Использование презерватива надежно защищает от хламидий. Возможна передача инфекции от матери к ребенку при родах. Точно неизвестно, передается ли хламидиоз бытовым путем. Некоторые врачи придерживаются мнения, что подобный способ заражения может произойти в случае девочек, но практически невозможен у мальчиков и взрослых людей. Вне человеческого тела хламидия может просуществовать 1-2 дня, после чего погибает.

Одной из особенностей хламидийной инфекции является скрытое течение заболевания и долговременное внутриклеточное пребывание микроорганизмов без выраженных клинических проявлений.

При лёгких формах хламидиоза у мужчин могут появляться скудные слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, ощущение дискомфорта в уретре, зуд, иногда болезненность при мочеиспускании, покраснение губок уретры. При осложнениях (воспалении яичек, их придатков, предстательной железы, поражении суставов, конъюнктивы глаз) возникает клиническая картина, соответствующая каждому из этих заболеваний.

У женщин проявления возникают ещё реже. Как правило, это выделения из цервикального канала, эрозии шейки матки, видимые только врачу на приёме, реже дискомфорт во влагалище, при мочеиспускании, зуд в тех же областях, а также в области заднего прохода. У обоих полов часто встречается поражение горла и миндалин, а также прямой кишки.

Наиболее грозными осложнениями хламидиоза являются бесплодие, выкидыши, внематочные беременности, аномалии развития плода.

После перенесенного заболевания, вызванного C. trachomatis, иммунитет нестойкий. Перенесенная инфекция не обеспечивает иммунитет к повторному заражению. Иммунный ответ поддерживается лишь при наличии возбудителя в организме.

Хламидиоз очень трудно распознать. Вот почему его диагностику и лечение необходимо проводить только под наблюдением квалифицированного врача в условиях специализированного медицинского центра. Самолечение или лечение по схемам своих знакомых недопустимо.

**18. Цитомегаловирус**

**Цитомегаловирус**(ЦМВ) – это инфекционное заболевание, которое относится к семейству герпесвирусов, заражение которым происходит как внутриутробно, так и другими путями (половым, алиментарным, воздушно-капельным).

По статистике антитела к цитомегаловирусу выявляют у 10-15% подростков, число которых к возрасту 35 лет вырастает до 40% людей.

### ****Причины цитомегаловируса****

Заражение цитомегаловирусом может произойти: контактным путем при использовании зараженными предметами, при переливании крови и пересадке органов зараженного донора, а также воздушно-капельным путем, при половом контакте, внутриутробно во время беременности и во время родов. Местом нахождения вируса является слюна, кровь, грудное молоко, сперма, выделения из шейки матки и влагалища. Однако попавший в организм вирус распознается не сразу, имея инкубационный период продолжительностью до 60 дней. Все это время он может никак себя не проявлять, но затем следует резкая вспышка, которая чаще всего провоцируется переохлаждением с общим снижением иммунитета, стрессом.

### ****Симптомы цитомегаловируса****

Наиболее часто цитомегаловирус проявляется как:

**ОРВИ**. В этом случае больные жалуются на слабость, общее недомогание, быструю утомляемость, головные боли, насморк, воспаление и увеличение слюнных желез, с обильным отделением слюны и белесоватыми налетами на деснах и языке.

**Генерализованная форма цитомегаловируса**, с поражение внутренних (паренхиматозных) органов. Наблюдается воспаление печеночной ткани, надпочечников, селезенки, поджелудочной железы, почек. Это сопровождается частыми «беспричинными» пневмониями, бронхитами, плохо поддающимися антибиотикотерапии; отмечается снижение иммунного статуса, уменьшается количество тромбоцитов в периферической крови. Нередки поражение сосудов глаза, стенок кишечника, головного мозга и периферических нервов. Увеличение околоушных и подчелюстных слюнных желез, воспаление суставов, кожная сыпь.

**При поражении органов мочеполовой системы** появляются хронические неспецифические воспаления. И если не установлена вирусная природа имеющейся патологии – заболевание плохо поддается антибиотикотерапии.

**Наиболее серьезные осложнения ЦМВ-инфекции возникают при беременности**, что приводит к преждевременным родам, сниженной массе тела ребенка при рождении и поражениям печени, легких и центральной нервной системы. К сожалению, приблизительно 12–30% таких детей умирают, а у выживших – в 90% случаев отмечаются поздние осложнения – потеря слуха, нарушения речи, атрофия зрительных нервов, микроцефалия, приступы судорог, парезы и параличи.

Исходя из этого, следует подчеркнуть обязательность обследования на наличие цитомегаловирусной инфекции при планировании беременности.

**Литература**

1.П. Обуховец,Т.А.Склярова,О.В.Чернова, Медицина для вас,1999г.стр. 35-36,199-217.

2.А.М. Маслова,З.И. Вайнштейн, Л.С.Плебейская,Essential English for Medical Students,1997г.,стр.117-135.