**Сифилис** – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной спирохетой. Заражение сифилисом происходит обычно половым путем. Однако возможен и бытовой сифилис в результате инфицирования при пользовании общими с больными предметами обихода.

**Клиническая картина**. Местные проявления сифилиса локализуются на коже женских наружных половых органов, слизистой оболочке влагалища и шейки матки. На месте первичного поражения развивается единичная и множественная язвы с буро-красным дном, ровными краями, инфильтрованным плотным основанием (твердый шанкр), иногда без изъязвленной поверхности. Через несколько дней без лечения твердый шанкр постепенно заживает, однако заболевание продолжается, бледная спирохета распространяется через лимфатические и кровеносные сосуды по всему организму. Наступает вторичный период сифилиса. При этом на коже туловища, конечностей появляются высыпания в виде небольших розовых пятен, узелков медно-красного цвета, поверхность которых в межъягодичной складке, в полости рта, на половых органов становится влажной, блестящей. В области заднего прохода вследствие постоянного раздражения папулы могут резко увеличиваться в размерах, приподнимаясь над уровнем кожи, сливаться между собой в сплошные конгломераты разрастаний, нередко затрудняющие ходьбу. Сифилитические папулы часто локализуются в области внутренней поверхности губ, на языке, миндалинах, а также в области голосовых связок, вызывая осиплость. В этот период сифилис особенно опасен в отношении возможности бытового заражения. Волосы на голове редеют и выпадают на небольших округлых участках. Могут выпадать брови, ресницы. На шее появляются белые мелкие пятна на коричневом фоне. В дальнейшем наступает третичный период болезни. Поражаются внутренние органы, нервная и костная системы организма – образуются сифилитические гуммы – большие шаровидные воспалительные узлы, подвергающиеся распаду с разрушением того органа, где эта гумма образовалась. поражения нервной системы при сифилисе разнообразны, но наиболее тяжелыми из них являются спинная сухотка, вызванная разрушением нервной ткани головного мозга, при которой наблюдаются боли в позвоночнике, нарушения мочеиспускания, дефекации, атрофия зрительных нервов, заканчивающаяся куриной слепотой. и прогрессирующий паралич, характеризующийся развитием слабоумия, расстройством памяти, речи, письма и др.

При поражении женских половых органов вскоре появляются уплотненные безболезненные лимфатические узлы в паховой области, а затем и характерная сифилитическая сыпь на всем теле.

Твердый шанкр на шейке матки может образовываться на фоне ранее существующей эрозии, и тогда на ней появляются белые налеты, шейка матки увеличивается вследствие инфильтрации и отека, становится буро-красной. При этом на наружных половых органах появляется папулезная сыпь. Паховый лимфаденит при этом не наблюдается. Твердый шанкр на стенках влагалища встречается редко, локализуется в верхней трети влагалища и сопровождается паховым лимфаденитом.

**Диагностика**. Распознавание сифилиса основывается на данных подробного анамнеза, объективного и лабораторного исследований.

При обнаружении подозрительных на сифилис поражений необходимы исследования крови на реакцию Вассермана, мазков из отделяемого язв, в котором обнаруживается бледная спирохета.

**Трихомоноз** – воспалительное заболевание органов мочеполовой системы, вызываемое влагалищной трихомонадой.

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

Болеют мужчины и женщины, хотя у мужчин трихомоноз протекает, как правило, незаметно. Вызываемое трихомонадой воспаление мочеиспускательного канала может сопровождаться лишь незначительными слизистыми выделениями, не причиняющими беспокойства. Оставаясь практически здоровым, мужчина, не подозревая о болезни, не лечиться и служит постоянным источником заражения. Нелеченый трихомоноз может привести к распространению воспаления на придатки яичек, вследствие которого часто возникает бесплодие; возможен переход болезни в хроническую форму, трудно поддающуюся лечению. У женщин чаще всего поражается влагалище. Заболевание проявляется выделением белей, 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 следует обоим супругам.

**Диагностика.** Для обнаружения трихомонад отделяемое берут петлей, наносят на предметное стекло, накрывают покровным стеклом и сразу рассматривают под микроскопом. Живые трихомонады энергично двигаются, имеют характерную грушевидную форму и четыре жгутика. Если в мазках обнаруживаются трихомонады, а клинические проявления заболевания отсутствуют, говорят о трихомонадоносительстве, частота которого у женщин колеблется от 10 до 35%, а у мужчин – от 2 до 16%.

**Лечение** трихомоноза длительное; несвоевременное самовольное прекращение лечения (при исчезновении проявлений болезни) нередко приводит к рецидиву и появлению трихомонад, устойчивых к применяемым лекарственным препаратам. Лечение трихомоноза заключается в общем и местном воздействии. 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. Более 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 его горячим утюгом, принимать гигиенический душ, тщательно обмывая тело; необходимо половое воздержание. После лечения следует в течение 2-3 месяцев периодически являться к врачу на контрольное обследование (женщины должны являться после менструации).

Гонорея (триппер) – венерическое заболевание, вызываемое специфическим возбудителем (гонококк) и характеризующееся преимущественным поражением слизистых оболочек мочеполовой системы. Передается чаще половым путем, реже (у детей) возможен внеполовой путь заражения через белье, губки, полотенца.

Стойкий иммунитет к гонококку невозможен, однако иногда возникает нестойкий иммунитет к "собственному" гонококку, в связи с чем клинические проявления гонореи стихают, человек считает себя здоровым, но является при этом источником заражения другого лица – носителем инфекции.

Инкубационный период гонореи – 2-7 дней, редко – 10-15. Для развития гонореи достаточно попадания гонококка на слизистую оболочку. Гонококки размножаются обычно там, где есть цилиндрический эпителий: в шейке матки, маточных трубах, прямой кишке и уретре. Однако гонококк может инфицировать и стенки влагалища.

Первые признаки заболевания появляются обычно через 3-5 дней

Различают свежую (с длительностью заболевания до 2 мес.), в свою очередь подразделяющуюся на острую, подострую и торпидную и хроническую формы гонореи.

Под хронической гонореей понимают вяло протекающее заболевание продолжительностью 2 мес. или с неустановленным началом его. Хронический процесс может обостряться.

В последнее время отмечается ряд особенностей клинического течения гонореи, а именно, увеличение частоты субъективно бессимптомной гонореи, при которой наличие в отделяемом гонококков сочетается с отсутствием жалоб и многоочаговым воспалительным процессом. Эта форма называется гонококконосительством. Женщины с торпидной и субъективно бессимптомной формами гонореи обычно продолжают половую жизнь, не зная о своем заболевании, и распространяют инфекцию.

Гонорея часто протекает как смешанная инфекция, сочетаясь с трихомониазом, стафилококковой и колибациллярной инфекцией.