

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. П.М. МАШЕРОВА»**

БИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

кафедра анатомии и физиологии

Е.П. Боброва

«Профилактика венерических заболеваний»

для специальности 1-86 01 01-02 – «Социальная работа (СМПД)»

Витебск 2011

Составитель: **Е.П. Боброва**, ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии человека
УО «ВГУ им. П.М. Машерова»

Рецензенты: **Г.А. Захарова**, к.б.н., доцент кафедры анатомии и физиологии человека УО «ВГУ
им. П.М. Машерова»

Предлагаемый курс охватывает знания, относящиеся к аспектам профилактики венерических заболеваний, сохранения и укрепления здоровья на общественном и индивидуальном уровнях. Знакомит студентов с базисными знаниями о венерических заболеваниях, путях их передачи, клинических проявлениях на разных стадиях, методах лечения и их профилактики.

В данном учебно-методическом комплексе приводятся необходимые параметры обучающего контроля усвоения студентами курса «Профилактика венерических заболеваний»: программа курса, краткий курс лекций, примерные вопросы к зачету, вопросы для самостоятельной работы, литература.

Адресуется студентам факультета социальной педагогики и психологии для специальности «Социальная работа (СМПД)».

**Карта электронного учебно-методического комплекса
«Профилактика венерических заболеваний»**

Содержание учебно-методического комплекса	Стр.
1. Организационно-методический раздел:.....	4
1.1. Цели и задачи дисциплины.....	4
1.2. Требования к уровню освоения содержания курса.....	4
1.3. Перечень дисциплин с указанием разделов, усвоение которых необходимо для изучения курса «Профилактика венерических заболеваний».....	4
2. Содержание разделов и тем учебной дисциплины.....	5-7
2.1. Базовая учебная программа курса.....	5
2.2. Учебная программа курса.....	6
2.2.1. Объем дисциплины и виды учебной работы ДО.....	5
2.2.2. Объем дисциплины и виды учебной работы ЗО.....	6-7
3. Теоретический раздел электронного учебно-методического комплекса «Профилактика венерических заболеваний».....	8-36
4. Практический раздел электронного учебно-методического комплекса «Профилактика венерических заболеваний».....	37-
4.1. Практические занятия.....	37-41
4.2. Вопросы к зачету.....	42-43
4.3. Темы самостоятельной работы.....	43
5. Материально-техническое обеспечение дисциплины.....	43
6. Учебно-методическое обеспечение дисциплины.....	43-44

1. Организационно-методический раздел

1.1. Цели и задачи дисциплины:

Целью изучения дисциплины «Профилактика венерических заболеваний» является овладение знаниями об основных направлениях профилактики венерических заболеваний в медицине, а также сформировать умения и навыки использования полученных знаний в практической деятельности человека.

К основным задачам дисциплины относятся:

- изучение причин распространения венерических болезней;
- выявление клинических проявлений венерических заболеваний;
- изучение методов диагностики, клинических проявлений и методов лечения венерических заболеваний, а так же основных направлений профилактики венерических заболеваний.

1.2. Требования к уровню освоения содержания курса

При изучении курса «Профилактика венерических заболеваний» студенты факультета социальной педагогики и практической психологии должны ознакомиться методами профилактики венерических заболеваний:

- общественно-нравственные мероприятия;
- гигиенические мероприятия;
- медицинская профилактика;
- личная профилактика;

1.3. Перечень дисциплин с указанием разделов (тем), усвоение которых студентами необходимо для изучения дисциплины

№ п/п	Наименование дисциплины	Раздел, тема
1	Анатомия и физиология	Строение и функции половой системы
2	Основы медицинских знаний	Болезни половой системы
3	Основы ухода за больными	Личная гигиена больных. Уход за больными с нарушением функций органов половой системы
4	Профилактика СПИДа и наркомании	Профилактика ВИЧ-инфекции и наркомании
5	Медико-социальные основы здоровья	Пути формирования здорового образа жизни. Здоровье и движение. Рациональное питание. Аборт.
6	Валеология	Валеология семьи. Половое воспитание

2. Содержание разделов и тем учебной дисциплины

2.1. Базовая программа курса

СОДЕРЖАНИЕ КУРСА:

1. Введение. Понятие о венерических заболеваниях. Исторический аспект. Понятие о венерических заболеваниях. Этиология, патогенез, лечение, профилактика венерических заболеваний.

2. Профилактика сифилиса. Профилактика гонореи. Этиология, возбудитель сифилиса. Пути проникновения в организм. Классификация сифилиса. Приобретенный, врожденный сифилис. Первичный сифилис. Вторичный сифилис. Третичный сифилис. Висцеральный сифилис. Нейросифилис. Сифилитическая гидроцефалия. Психические расстройства. Сифилитические психозы. Сифилис костей и суставов. Диагностика, принципы лечения. Превентивное лечение, профилактическое лечение, пробное лечение. Методики лечения первичного и вторичного свежего сифилиса. Методики лечения вторичного рецидивного и скрытого раннего сифилиса. Этиология гонореи, возбудитель. Пути проникновения в организм. Клиническая картина. Гонорея у женщин, гонорея у мужчин. Диагностика. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика гонореи.

3. Профилактика мягкого шанкра. Лимфогранулематоз венерический, его профилактика. Этиология, источник инфекции. Клиническая картина. Диагностика, принципы лечения. Прогноз, профилактика.

4. Урогенитальный хламидиоз, его профилактика. Возбудитель, источник инфекции. Клиническая картина, диагностика, принципы лечения. Прогноз. Профилактика.

5. Микоплазмоз урогенитальный. Этиология, Клиническая картина, микоплазмоз у женщин, микоплазмоз у мужчин. Диагностика, принципы лечения. Прогноз. Профилактика.

6. Трихомонадные поражения урогенитального тракта. Этиология, трихомоноз у женщин, трихомоноз у мужчин. Клиническая картина, диагностика, принципы лечения, прогноз, профилактика.

2.2. Учебная программа курса

2.2.1. Объем дисциплины и виды учебной работы ДО

Вид учебной работы	Всего часов	семестр
Всего часов по дисциплине	50	VIII
Количество аудиторных часов	22	
Лекции	14	
Практические	8	
Лабораторные	-	
Самостоятельная работа		
Курсовая работа/рефераты	-	
Вид итогового контроля		Зачет VIII семестр

Содержание учебного материала ДО

Наименование тем, их содержание, объем в часах лекционных занятий

№ п/п	Наименование тем	Содержание	Объем в часах
1	Введение. Понятие о венерических заболеваниях.	Введение. Понятие о венерических заболеваниях. Этиология, патогенез, лечение, профилактика, пути и механизмы заражения венерическими заболеваниями.	4
2	Профилактика сифилиса и гонореи.	Этиология, патогенез, клиническое течение, лечение сифилиса и гонореи. Профилактика. Классификация сифилиса. Поражение систем организма.	2
3	Профилактика мягкого шанкра.	Этиология и пути заражения. Особенности клинического течения. Поражение систем организма.	2

	Лимфогранулематоз венерический, его профилактика.	Основные принципы лечения. Профилактика.	
4	Урогенитальный хламидиоз, его профилактика	Этиология, патогенез, клиническое течение, лечение. Профилактика. Поражение систем организма.	2
5	Поражения урогенитального тракта микоплазмами.	Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика	2
6	Трихоманодные поражения урогенитального тракта	Трихоманоз у женщин. Трихоманоз у мужчин. Этиология, патогенез, клиника, лечение и профилактика.	2

Практические и семинарские занятия, их содержание и объем в часах

№ п/п	Наименование тем	Содержание	Объем в часах
1	Профилактика сифилиса и гонореи.	Этиология, патогенез, клиническое течение, лечение сифилиса и гонореи. Профилактика. Классификация сифилиса. Поражение систем организма.	2
2	Профилактика мягкого шанкра. Лимфогранулематоз венерический, его профилактика.	Этиология и пути заражения. Особенности клинического течения. Поражение систем организма. Основные принципы лечения. Профилактика.	2
3	Урогенитальный хламидиоз, его профилактика	Этиология, патогенез, клиническое течение, лечение. Профилактика. Поражение систем организма.	2
4	Трихоманодные поражения урогенитального тракта	Трихоманоз у женщин. Трихоманоз у мужчин. Этиология, патогенез, клиника, лечение и профилактика.	

2.2.2 Объем дисциплины и виды учебной работы, 30

Вид учебной работы	Всего часов	семестр
Всего часов по дисциплине	50	VIII
Количество аудиторных часов	8	
Лекции	6	
Практические	2	
Лабораторные	-	
Самостоятельная работа		
Курсовая работа/рефераты		
Вид итогового контроля		Зачет VIII семестр

Содержание учебного материала 30

Наименование тем, их содержание, объем в часах лекционных занятий

№	Наименование тем	Содержание	Объем в
---	------------------	------------	---------

п/п			часах
1	Введение. Понятие о венерических заболеваниях.	Введение. Понятие о венерических заболеваниях. Этиология, патогенез, лечение, профилактика, пути и механизмы заражения венерическими заболеваниями.	2
2	Профилактика сифилиса и гонореи.	Этиология, патогенез, клиническое течение, лечение сифилиса и гонореи. Профилактика. Классификация сифилиса. Поражение систем организма.	2
3	Профилактика мягкого шанкра. Лимфогранулематоз венерический, его профилактика.	Этиология и пути заражения. Особенности клинического течения. Поражение систем организма. Основные принципы лечения. Профилактика.	2

Практические и семинарские занятия, их содержание и объем в часах

№ п/п	Наименование тем	Содержание	Объем в часах
1	Урогенитальный хламидиоз, его профилактика	Этиология, патогенез, клиническое течение, лечение. Профилактика. Поражение систем организма.	2

Курс «Профилактика венерических заболеваний» рассматривает этиологию, патогенез, диагностику, принципы лечения и профилактику заболеваний передающиеся половым путем. Особое место отводится социальной значимости венерических заболеваний, которая определяется их распространенностью, опасностью и тяжестью последствий, влиянием на здоровье потомков, переходом в хроническую форму, продолжительным лечением. Достижения современной медицины позволяют в большинстве случаев вылечивать венерические болезни при условии своевременного обращения больного к врачу и беспрекословного выполнения назначенного режима и лечения. Однако, венерические заболевания, как и другие легче предотвратить, чем лечить.

В профилактике венерических заболеваний ведущая роль принадлежит системе воспитания, формированию здоровых морально-этических норм, вовлечению молодежи в различные сферы общественно полезной деятельности, развитию физического воспитания, культурного отдыха, борьбе с алкоголизмом, половой распущенностью и иными проявлениями антисоциального поведения. Эффективными средствами профилактики также является воспитание полового поведения, выполнение правил личной гигиены, рационального режима и другие меры, которые воспитывают умение управлять своими чувствами.

3. Теоретический раздел электронного учебно-методического комплекса «Профилактика венерических заболеваний»

ЛЕКЦИЯ № 1

Понятие о венерических заболеваниях

Венерические болезни - группа инфекционных заболеваний, объединенных по способу передачи возбудителя преимущественно половым путем. К ним относятся сифилис, гонорея, мягкий шанкр, паховый лимфогранулематоз, донованоз, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, СПИД, гарднереллез и др.

Венерические болезни известны с глубокой древности. Первые сведения о них относятся приблизительно к 2500 г. до н. э. Симптомы гонореи были описаны Гиппократом, Авлом Корнелием Цельсом, Галеном, а также в трудах более поздних авторов.

Однако непосредственная причина венерических болезней не была известна до конца XIX в. В 1879 г. немецкий венеролог А. Нейссер открыл возбудителя гонореи, а в 1905 г. немецкие ученые Ф. Шаудин и Э. Гофман обнаружили возбудителя сифилиса. С этого времени начался научно обоснованный поиск эффективных методов диагностики, лечения и профилактики венерических заболеваний. Особенно важным для успешного лечения венерических заболеваний было открытие антибиотиков.

В дореволюционной России борьба с венерическими болезнями не проводилась в общегосударственном масштабе, отсутствовала единая система их профилактики, и поэтому они имели значительное распространение. Лечебная помощь венерическим больным оказывалась в больницах врачами общей лечебной сети, а не специалистами-венерологами, в земских участковых амбулаториях часто только фельдшерами.

После Октябрьской революции 1917 г. в соответствии с программой РКП(б), принятой на VIII съезде в 1919 г., борьба с венерическими болезнями была возведена в ранг общегосударственных задач наряду с другими социальными болезнями. При Наркомздраве России и при губернских отделах здравоохранения были созданы специальные отделы по борьбе с венерическими болезнями. В районы с повышенной заболеваемостью венерическими болезнями направлялись специальные экспедиции и отряды врачей, проводившие работу по оздоровлению населения.

При Советской власти была создана широкая сеть специализированных кожно-венерологических диспансеров, больниц, отделений в больницах, увеличилось количество коек для больных, нуждающихся в стационарном лечении. Больным венерическими болезнями проводили бесплатное специализированное лечение в медицинских учреждениях, гарантирующее соблюдение врачебной тайны. Это снимало у больных страх перед регистрацией заболевания и вызывало заинтересованность в излечении от болезни. В соответствии с порядком регистрации и учета венерических больных во всех лечебно-профилактических учреждениях, впервые обнаруживших венерическое заболевание, составляют по установленной форме извещение, которое пересылают в кожно-венерологический диспансер, где ведется учет всех больных, как с активными, так и со скрытыми формами венерических болезней. Диспансеры организуют и контролируют учет и лечение больных, представляют сведения о них в органы здравоохранения, осуществляют мероприятия личной и общественной профилактики.

Профилактическая работа по выявлению венерических больных возложена на всех врачей как кожно-венерологических диспансеров, так и лечебно-профилактических учреждений общемедицинской сети, а также и на работников административных органов (по просьбе лечебных учреждений). К профилактическим мероприятиям относится обследование членов семьи больного и лиц, с которыми он находился в контакте. Превентивное лечение проводится всем лицам, находившимся в половом или бытовом контакте с больным заразными формами сифилиса.

Борьба с венерическими болезнями возложена главным образом на акушеров, гинекологов, педиатров, урологов, эпидемиологов и др. При обследовании больных в акушерско-гинекологических и урологических кабинетах врачи обязаны заниматься выявлением и гонореей.

Беременных женщин и женщин с хроническими гинекологическими заболеваниями привлекают к клинично-лабораторному обследованию для выявления скрытой формы венерической болезни. Систематически проводятся обязательные профилактические осмотры работников пищевых предприятий, детских учреждений, коммунально-бытовых заведений.

Борьба с венерическими заболеваниями в СССР поддерживалась законодательными актами правительства. В 1925 г. было принято постановление об обязательных медицинских осмотрах работников пищевых предприятий, детских учреждений, парикмахерских и бань. В этом же году издано постановление наркоматов здравоохранения, транспорта и ВЦСПС о недопущении к работе на пищевых предприятиях или временном отстранении от работы больных сифилисом в заразной форме, острой гонореей, бленнореей, мягким шанкром.

В 1927 г. в Уголовный кодекс была внесена статья, предусматривающая наказуемость за заведомое заражение венерическими болезнями, предоставлено право органам здравоохранения привлекать в принудительном порядке к освидетельствованию и лечению больных венерическими болезнями и лиц, которые могут быть источником заражения, если они отказываются от добровольного освидетельствования и лечения.

В 1971 г. Указом Президиума Верховного Совета СССР усилена ответственность за распространение венерических болезней, введено наказание за уклонение от лечения и за создание условий, при которых существует опасность заражения других лиц, увеличена мера наказания за заражение двух и более лиц, а также несовершеннолетних.

В последнем десятилетии XX в. система профилактики венерических заболеваний в СССР оказалась расстроена на территории стран СНГ. Начался новый рост венерических заболеваний. В последние годы этому способствовал рост международных контактов и туризма.

Социальная значимость венерических болезней определяется их распространенностью, опасностью и тяжестью последствий, влиянием на здоровье потомков. При неправильном лечении сифилис и гонорея переходят в хроническую форму, на продолжительное время лишают больного трудоспособности.

Многие женские болезни, бесплодие женщин и мужчин часто являются результатом нелеченой или плохо леченой гонореи и ее осложнений. Еще более тяжелые последствия сифилиса возникают в случаях, если больной своевременно не прошел полного курса лечения. Сифилис передается потомкам, является причиной врожденной глухоты и уродств, поражений ЦНС. Достижения современной медицины позволяют в большинстве случаев вылечить венерические болезни при условии своевременного обращения больного к врачу и беспрекословного выполнения назначенного режима и лечения.

Главная причина распространения венерических болезней - беспорядочные половые связи - обусловлена как социальными, так и моральными факторами, не зависящими от того или иного общественного строя. Этому способствует широкое распространение эротической литературы, теле-, видео- и кинофильмов, которые вызывают раннее пробуждение у молодежи чувственности, приводят к половой распущенности и, как следствие, росту венерических болезней. Отношение человека к половой жизни формируется главным образом его непосредственным окружением - родителями и друзьями. Венерические заболевания чаще встречаются у молодых людей в семьях, где между родителями не было действительной духовной близости, встречались факты супружеской неверности, которые сказывались на воспитании детей.

Среди причин половой распущенности одно из первых мест принадлежит наркомании. Опынение облегчает вступление в случайную половую связь, приводит к пренебрежению нормами общественной морали.

Профилактику венерических болезней нужно вести как по линии социальных преобразований и широкой воспитательной работы, так и по линии специальных медицинских мероприятий. Ведущая роль здесь принадлежит системе воспитания, формированию здоровых морально-этических норм, вовлечению молодежи в различные сферы общественно полезной деятельности, развитию физического воспитания, культурного отдыха, борьбе с алкоголизмом, половой распущенностью и иными проявлениями антисоциального поведения. Эффективными

средствами профилактики венерических заболеваний считают систему полового воспитания, а также выполнение правил личной гигиены, рационального режима и другие меры, которые воспитывают умение управлять своими чувствами. Определенное значение имеют мероприятия по укреплению внутрисемейных отношений. Правильное понимание детьми моральной сути отношений между мужчиной и женщиной определяется в первую очередь личным впечатлением от взаимоотношений в семье. Когда отношения между родителями основаны на любви и уважении, представление их детей о будущем всегда связывается со счастливой семейной жизнью. Юноши и девушки из таких семей рано понимают, что половая близость невозможна без близости духовной, и не меняют своей жизненной позиции ради удовлетворения минутной слабости.

Меры профилактики медицинского характера вместе с проведением широкой санитарно-просветительной работы направлены на раннее выявление и лечение больных, а также на прекращение распространения венерических заболеваний. С этой целью создана широкая сеть кожно-венерологических диспансеров с квалифицированными кадрами специалистов и современными средствами профилактики, диагностики и лечения. Лечебные учреждения проводят обязательное лечение и учет больных, выявляют источник заражения. Больных снимают с учета только после полного выздоровления. Больным, которые обращаются за лечебной или профилактической помощью в кожно-венерологический диспансер, гарантируется соблюдение врачебной тайны. Уголовное законодательство предусматривает меры наказания за сознательное распространение венерических болезней.

Большое значение в предупреждении венерических заболеваний имеет личная профилактика - применение средств, которые охраняют кожу и слизистые оболочки от проникновения возбудителей венерических болезней при половом контакте.

К лучшим средствам профилактики относятся механические контрацептивы (презервативы), которые блокируют обмен секретами и экскретами тела, а также химические средства, которые уничтожают возбудителя инфекции на месте его внедрения. Однако презервативы не исключают возможности внедрения возбудителя инфекции в поврежденные парагенитальные участки кожи. Не защищают они и от заражения вирусной инфекцией. Поры латексной резины, из которой изготовлен презерватив, в 50 раз превышают размер вируса СПИДа и не могут являться препятствием для его проникновения. Поэтому после случайного контакта необходимо обмыть половые органы и смежные участки кожи (лобок, промежность, верхнюю треть внутренней поверхности бедер) теплой водой с мылом, а затем обработать их 33 % каломельной мазью или 0,05 % раствором гибитана. Помощь в проведении этих мероприятий оказывают пункты противовенерической профилактики при вендиспансерах.

Помощь в овладении правилами пользования контрацептивами и другими средствами профилактики венерических заболеваний оказывают все амбулаторно-поликлинические и лечебные медицинские учреждения.

ЛЕКЦИЯ № 2-3

Профилактика сифилиса

Сифилис (люэс) - хроническое инфекционное венерическое заболевание, передающееся преимущественно половым путем, поражающее все органы и ткани человека, характеризующееся прогрессирующим течением.

Этиология. Возбудителем сифилиса является бледная спирохета (трепонема). Устойчивость ее во внешней среде невелика, оптимальная температура для роста 35 °С, понижение температуры ниже 35 °С замедляет размножение, повышение температуры до 40 °С вызывает ее быстрое разрушение. На предметах в домашней обстановке сохраняет способность заражать до высыхания, низкая температура не вызывает ее гибели. Во влажной среде вне организма больного бледная трепонема сохраняет жизнедеятельность в течение многих часов. Заражение возможно через предметы домашнего обихода (стаканы, ложки, папиросы и др.), через

поцелуи, укусы - бытовой сифилис. Особенно заразны больные в первичном периоде при наличии у них эрозивного или язвенного твердого шанкра, эрозивных папул на коже и слизистых оболочках половых органов, полости рта, широких кондилом на коже промежности.

Медицинский персонал подвергается опасности заражения при обследовании больных, выполнении лечебных процедур, при оперативном вмешательстве, во время вскрытия трупов.

Пути проникновения в организм: через поврежденные и влажные кожные покровы и слизистые оболочки. Различают приобретенный и врожденный сифилис. В к л и н и ч е с к о й к а р т и н е приобретенного сифилиса выделяют три периода: первичный, вторичный и третичный, прогрессирующих один за другим, а также висцеральный сифилис, сифилис нервной системы и сифилис костей и суставов.

Первичный период начинается с появления твердого шанкра - папулы или красноватого эрозивного пятна на месте внедрения в организм бледных трепонем. В основании твердого шанкра прощупывается инфильтрат, который по плотности напоминает хрящ ушной раковины. Поверхность твердого шанкра гладкая, блестящая, насыщенного красного цвета, покрытая тонким слоем серозного отделяемого, содержащего много бледных трепонем. Иногда на поверхности твердого шанкра образуется плотный налет серовато-желтого цвета или точечные кровоизлияния темно-красного цвета, на открытых участках кожи он часто покрывается темно-бурой коркой. Шанкр локализуется главным образом на половых органах, хотя нередко отмечается оральная и анальная локализация, размер его от 0,5 до 1-3 см в диаметре. Чаще всего шанкр бывает одиночным, хотя иногда одновременно возникает несколько шанкров на коже наружных половых органов, губах, груди и др.

Продолжительность инкубационного периода от момента внедрения бледной трепонемы до появления твердого шанкра в среднем 3-4 недели. Однако иногда он сокращается до 8-15 дней и может увеличиваться до 108-190 дней. Инкубационный период увеличивается, если больной в это время принимал антибиотики по поводу других заболеваний, сокращается при одновременном возникновении нескольких шанкров, когда более быстро организм наполняется трепонемами.

Через 5-8 дней после появления твердого шанкра увеличиваются регионарные лимфатические узлы - образуется специфический бубон, а через 3-4 недели и все лимфоузлы - специфический полиаденит.

К концу первичного периода сифилиса у больных часто возникают недомогание, головные боли, повышенная раздражительность, боли в костях и суставах, иногда повышается температура до 38 °С.

Первичный сифилис делят на первичный серонегативный, при котором типовые серореакции отрицательны, и первичный серопозитивный, в течение которого серологические реакции становятся положительными. Переход серонегативного сифилиса в серопозитивный происходит примерно через 3-4 недели после появления твердого шанкра. Для постановки диагноза первичного серопозитивного сифилиса достаточно получить положительную одну из типовых серологических реакций (Вассермана, Кана или Закса - Витебского).

Продолжается период первичного сифилиса 6-8 недель до возникновения на коже и слизистых оболочках обильных сифилитических высыпаний.

Вторичный период сифилиса, или вторичный сифилис, наступает спустя 6-7 или 8 недель. Резкой границы перехода от первичного к вторичному сифилису не существует, при появлении вторичных высыпаний еще может сохраняться твердый шанкр и лимфаденит.

Вторичный сифилис характеризуется поражениями, проявляющимися на коже и слизистых оболочках в виде розеолезных бледно-розовых высыпаний, а также папулезных и пустулезных сыпей буровато-коричневого и медно-красного цвета. Высыпания четко отграничены, не сливаются между собой, часто бывают полиморфны - одновременно возникают розеолезные, папулезные и пустулезные. Нередко наблюдается пигментный сифилид, или сифилитическая лейкодерма, выпадение волос (сифилитическое облысение).

Кроме поражений кожи и слизистых оболочек возникают также и поражения внутренних органов. Наиболее часто поражаются печень, почки, нервная и костная системы.

Высыпания вторичного сифилиса, как правило, не вызывают субъективных ощущений и нередко больной их не замечает. Через несколько недель они самопроизвольно сходят, не оставляют после себя рубцов, и наступает скрытый период заболевания. Однако через некоторое время при отсутствии специального лечения возникает рецидив заболевания, на коже и слизистых оболочках вновь появляются высыпания, характерные для вторичного сифилиса. Эту стадию болезни называют вторичным рецидивным сифилисом. С каждым последующим рецидивом болезни высыпаний становится меньше, а элементы сыпи по цвету менее выразительны, тусклые, склонны к группированию в виде кругов и овалов.

Продолжительность вторичного сифилиса без лечения в среднем составляет 3-4 года.

Третичный период сифилиса, или третичный сифилис, отличается возникновением изменений в организме деструктивного характера, которые заканчиваются образованием рубца и повреждением функции пораженного органа. Третичные сифилиды проявляются образованием бугорков и более крупных образований - гумм, отличающихся величиной и глубиной поражения тканей. Морфологические элементы третичного сифилиса могут возникать на коже, слизистых оболочках, в подкожно-жировой клетчатке, костях, внутренних органах, нервной системе. Течение третичного сифилиса может продолжаться много лет, характеризуется волнообразностью с чередованием активных проявлений с фазами латентного, или скрытого, проявления инфекции.

Бугорки при третичном сифилисе представляют собой округлые плотные образования, возвышающиеся над окружающими тканями полушаровидной поверхностью диаметром от 0,3 до 1 см, покрытой красновато-синюшной кожей. Разрешение бугорков обычно происходит путем некротического распада в центре с образованием небольших язв округлой формы с крутыми краями. После заживления язв остаются небольшие рубчики с окружающей их пигментной каймой.

Сифилитическая гумма в третичном периоде является плотным эластической консистенции безболезненным узлом размером до 1,5 см в диаметре, расположенным в подкожной клетчатке и покрытым темно-красной кожей. Через 2-4 недели после образования гумма спаивается с кожей, размягчается, в дальнейшем некротизируется в центре и вскрывается. Возникшая гуммозная язва имеет округлые очертания, валикообразные отвесные края и дно, покрытое желтовато-гнойным тканевым распадом. Без лечения язва может существовать длительное время, разрастаться в глубину, вызывать разрушение и утрату некоторых органов - глаза, носа, яичка и др. После заживления на месте бывшей гуммы остается плотный втянутый в центре рубец, окруженный атрофичной пигментированной кожей. Изредка бывает постепенное рассасывание гуммы с замещением инфильтрата соединительной тканью.

Нередко возникновению третичных сифилидов предшествуют травмы, хроническая интоксикация в виде алкоголизма, хроническая инфекция, тяжелые острые инфекционные заболевания. Рецидивы третичных сифилидов появляются редко после длительного скрытого периода. Полагают, что постепенно количество возбудителя в организме уменьшается, этим можно объяснить и низкую способность заражать в этом периоде сифилиса. Серологические реакции у 25-35 % больных становятся отрицательными.

Висцеральный сифилис, или поражение внутренних органов, встречается во всех периодах болезни, начиная с первичного серопозитивного сифилиса. При вторичном сифилисе поражения внутренних органов, как правило, протекают благоприятно и легко поддаются противосифилитическому лечению, так как обычно носят характер функциональных расстройств.

В третичном периоде сифилиса поражения внутренних органов носят название позднего висцерального сифилиса. Они протекают тяжело и проявляются в виде аортитов, миокардитов, сифилитических гепатитов и нефрозов, гуммозной формой поражения легких. Наиболее часто встречаются сифилитические поражения сердечно-сосудистой системы, которые составляют 90-94 % всей поздней висцеральной сифилитической патологии.

Нейросифилис (сифилис нервной системы) подразделяют на ранний (до 5 лет от момента инфицирования) и поздний, возникающий через 6-8 лет после заражения. При раннем

нейросифилисе поражаются мозговые оболочки и сосуды мозга, при позднем - нервные клетки, волокна и невроглия.

В развитии нейросифилиса имеет значение отсутствие или недостаточность предшествующего лечения, черепно-мозговые травмы, алкогольная интоксикация, хронические инфекции. Иногда поражения мозговых оболочек и сосудов мозга регистрируются и через 10-15 лет после инфицирования.

Сифилитическая гидроцефалия вызывается местным очаговым воспалением оболочек головного мозга, появляется в 7-15 % всех случаев раннего нейросифилиса. Характеризуют ее головокружение, нарастающая головная боль, неукротимая рвота, нарушение сознания, расстройство речи, эпилептиформные припадки.

Психические расстройства при сифилисе головного мозга подразделяют на прогрессивный паралич и сифилитические психозы.

Прогрессивный паралич характеризуется прогрессирующей деменцией, благодушием, апатией, расстройством критики, суждений и особенно самокритики, резким снижением памяти, возникновением конфабуляций, блефароптоза. Болезнь развивается спустя 10-15 и более лет после инфицирования и продолжается при нелеченом прогрессивном параличе от момента появления симптомов до летального исхода около 2,5 лет.

Сифилитические психозы характеризуются различными синдромами и разной по тяжести клинической картиной.

Сифилис костей и суставов может проявляться со вторичного периода в виде периоститов и остеопериоститов, которые сопровождаются ночными болями. Поражаются главным образом большеберцовые кости и кости черепа. На месте поражения пальпируются болезненные плотной консистенции припухлости.

В третичном периоде проявлениями сифилиса костей являются гуммозные инфильтрации, которые могут быть диффузными и ограниченными, носящими деструктивный характер с последующими реактивными изменениями, при которых процессы костеобразования преобладают над деструкцией, чем отличается сифилис от туберкулеза костей.

Сифилис без шанкра может развиваться при проникновении бледных трепонем в организм, минуя кожу и слизистые оболочки. Это может произойти при трансфузиях крови, проведении инъекций и др. Через 2-2,5 мес. после инфицирования заболевание проявляется симптомами вторичного сифилиса.

Классификация сифилиса. Согласно Международной классификации болезней девятого пересмотра (МКБ-9), существует следующая классификация сифилиса (шифр 090-097).

Врожденный сифилис: включает ранний врожденный сифилис с симптомами, ранний врожденный сифилис скрытый (до 2 лет), ювенильный нейросифилис, поздний врожденный сифилис с симптомами и поздний врожденный сифилис скрытый (2 года и более), врожденный сифилис неуточненный.

Ранний сифилис с симптомами: первичный сифилис половых органов, анальной области и других локализаций, вторичный сифилис кожи и слизистых, внутренних органов и костей, вторичный сифилис рецидивный, неуточненный вторичный сифилис.

Ранний сифилис скрытый: сифилис (приобретенный) без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой спинномозговой жидкости, давностью менее 2 лет после заражения; серологический рецидив после лечения и ранний сифилис скрытый неуточненный.

Сифилис сердечно-сосудистой системы: включает аневризму аорты, уточненную как сифилитическую, сифилитический аортит, сифилитический эндокардит и другие формы.

Сифилис нервной системы (нейросифилис): включает в себя спинную сухотку, прогрессивный паралич, сифилитический менингит, асимптомный нейросифилис и другие формы.

Другие формы позднего сифилиса с симптомами: включают гумму сифилитическую, сифилис третичный, сифилис костей, почек, печени, легких, мышц, сифилитический эписклерит.

Поздний сифилис скрытый: сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой спинномозговой жидкости, давностью два года и более с момента заражения.

Другие и неуточненные формы сифилиса (включая скрытый сифилис неуточненный).

Врожденный сифилис. Известен плацентарный путь передачи сифилиса от больной матери плоду. Наиболее опасным для потомства является вторичный сифилис у матери. Однако передача болезни возможна также, если мать страдает и третичным, и поздним врожденным сифилисом. Рассматривают ранний врожденный сифилис, симптомы которого могут проявиться у плода внутриутробной смертью в основном между VI и VII месяцами беременности, у детей грудного возраста и у детей в возрасте от 1 года до 4 лет, и поздний врожденный сифилис, который может проявиться в возрасте от 4 до 17 лет, а иногда и через 20 и больше лет после рождения. Внешними признаками позднего врожденного сифилиса являются искривление большеберцовых костей вперед (так называемые саблевидные голени), деформация носа (седловидный нос), ягодицеобразный череп, кистеобразные и почкообразные зубы с полулунной выемкой по режущему краю, наличие симптома Робинсона - Фурнье, выражающегося белесоватыми тонкими рубцами в виде сетки или линейных полос, радиально расположенных вокруг губ, углов рта, на подбородке. Поздний врожденный сифилис напоминает приобретенный третичный сифилис.

Диагноз сифилиса устанавливают на основании клинической картины с учетом данных анамнеза, лабораторного и рентгенологического исследований. Лабораторная диагностика предусматривает микроскопическое исследование отделяемого, полученного из сифилидов, на бледную трепонему и серологические реакции на сифилис.

Основными серологическими реакциями на сифилис являются реакция Вассермана и две осадочные реакции - Кана и Закса - Витебского (цитохолева). При невозможности постановки стандартных реакций допускается замена их реакцией Григорьева - Раппопорта или реакцией Вайнштейна-Резниковой, в основе которых использование естественного компонента испытуемой сыворотки крови.

Реакция Вассермана (РВ) основана на свойствах компонента связываться комплексом антиген - антитело и вызывать лизис сенсibilизированных эритроцитов. Степень позитивности реакции Вассермана и реакции Колмера обозначают числом знаков плюс: ++++ (резко положительная), +++ (положительная), ++ или + (слабоположительная), ± (сомнительная), - (отрицательная).

При сомнениях в правильности результатов стандартных реакций и для выявления ложноположительных результатов используют реакцию иммобилизации бледных трепонем - РИТ, или РИБТ, реакцию иммунофлюоресценции - РИФ, реакцию пассивной гемагглютинации - РПГА, реакцию иммунного прилипания - РИП.

Для постановки диагноза сифилиса нервной системы и для выяснения эффективности проведенного лечения и излеченности исследуют спинномозговую жидкость, которую получают путем поясничного прокола длинной иглой между III и IV или IV и V поясничными позвонками.

Принципы лечения. Лечение сифилиса начинают после установления диагноза, подтвержденного лабораторными исследованиями, в соответствии со специальными инструкциями Министерства здравоохранения.

Превентивное, или предохранительное, лечение проводится с целью предупреждения сифилиса лицам, которые находились в половом или в близком бытовом контакте с больными заразными формами сифилиса в случаях, когда с момента контакта не прошло более 3 мес. Больные сифилисом с невыявленным источником заражения должны подвергаться превентивному противосифилитическому лечению, если за ними нельзя осуществить диспансерного наблюдения в течение 3 мес. Если же диспансерное наблюдение возможно, то они должны подвергаться в это время клинко-серологическому обследованию.

Профилактическое лечение назначается - беременным, которые болели или болеют сифилисом, а также детям, рожденным такими матерями.

Пробное лечение применяется при подозрении на сифилитическое поражение каких-либо внутренних органов, костей или нервной системы, когда нет возможности установить диагноз достаточно убедительными лабораторными исследованиями, которые показывают отрицательные результаты.

Для каждого вида лечения разработаны определенные строго регламентированные методики, в которых указаны дозы противосифилитических средств, порядок их введения, способы неспецифического стимулирования организма с учетом индивидуального подхода к лечению, переносимости лекарственных средств и особенностей течения болезни.

Лечение следует начинать в первичном желателно серонегативном периоде болезни, когда еще не проявились серологические реакции и лучше выражается терапевтический эффект. Применяются два основных метода лечения - перманентный, или непрерывный, и перемежающийся, состоящий из нескольких курсов с установленными интервалами с соблюдением рекомендованных инструкцией разовых, суточных и курсовых доз лекарственных средств и сохранением оптимальных интервалов между курсами лечения.

При превентивном лечении и при первичном серонегативном сифилисе серологические исследования назначают 1 раз в 5 дней в течение всего первого курса лечения, при иных стадиях болезни - в начале лечения, затем каждые 2 недели выполнения назначенного курса и перед завершением лечения.

Лечение предусматривает комбинирование противосифилитических средств препаратами, повышающими сопротивляемость организма к инфекции, назначают поливитамины, запрещают употребление алкоголя и других наркотических средств. Питание должно быть полноценным с ограничением трудноусвояемых жиров. Отрицательно сказываются на результатах лечения психические травмы, нарушения сна и физическое напряжение.

Первый курс лечения для больных с заразными формами и ранним скрытым сифилисом обязательно проводят в стационарных условиях, остальные курсы — амбулаторно.

Самыми эффективными лекарственными средствами для лечения сифилиса считаются антибиотики: препараты пенициллина, эритромицин, тетрациклин, олететрин, доксициклин или сумамед и др. Прогноз после проведенного полноценного лечения, начатого в ранних периодах болезни, считается благоприятным, так как обеспечивает излечение больных. После полноценного лечения и установленного срока диспансерного наблюдения больных подвергают комплексному обследованию и при благоприятных результатах снимают с учета и разрешают вступать в брак. После снятия с учета женщине разрешается иметь детей при условии профилактического лечения во время беременности.

Методики превентивного лечения сифилиса применяются для лиц, которые имели половой или близкий бытовой контакт с больными заразными формами болезни, если с момента контакта не прошло более 3 мес.

Лицам, у которых после контакта с больным прошло от 3 до 6 мес., назначается двукратное с интервалом 2 мес. клинико-серологическое обследование, если же прошло более 6 мес. - однократное обследование.

Профилактика сифилиса при современной распространенности болезни (200 больных на 100 000 населения) приобрела важную социальную значимость и осуществляется целым комплексом общественно-нравственных, гигиенических и медицинских мероприятий. При этом большое значение придается личной профилактике, использованию средств, защищающих слизистые оболочки и кожу от внедрения бледных трепонем при половом контакте, - презервативов и химических средств, убивающих возбудителя болезни на месте возможного проникновения, обязательным санитарно-гигиеническим навыкам - обмыванию половых органов и прилегающих к ним участков кожи водой с мылом после полового сношения с последующей обработкой промежности, лобка, внутренней поверхности бедер антисептическими средствами (0,05 % раствор гибитана, 33 % каломельная мазь и др.). Для оказания помощи в проведении индивидуальных профилактических мероприятий при вендиспансерах существуют пункты

противовенерической помощи. Такая же помощь оказывается всеми амбулаторно-поликлиническими и лечебными медицинскими учреждениями.

Профилактика сифилиса осуществляется дерматовенерологами, акушерами-гинекологами и всей общемедицинской сетью по специальному плану, который предусматривает быструю ликвидацию очагов заболеваний путем раннего их выявления, госпитализации и лечения больных, обследования гипотетических источников заражения, а также лиц, имевших близкий бытовой или половой контакт с больными, и привлечения их к лечению. С этой же целью осуществляется профилактическое клиническое и серологическое обследование работников детских учреждений, пищевых предприятий, групп повышенного риска заражения венерическими болезнями. Больные сифилисом предупреждаются, что они не имеют права на половую связь, и при нарушении требования закона привлекаются к уголовной ответственности.

В целях раннего активного выявления больных, предупреждения трансфузионного и врожденного сифилиса профилактическим обследованиям на сифилис подлежат доноры, беременные, больные терапевтических, психоневрологических и других отделений больниц для взрослых. Перечень контингентов, подлежащих обследованию, и методика обследования определяются специальной инструкцией Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Профилактика гонореи

Гонорея (триппер) - заразная венерическая болезнь человека, вызываемая гонококком, с преимущественным поражением слизистых оболочек мочеполовых органов. Название болезни - гонорея - впервые ввел римский врач Клавдий Гален, который ошибочно толковал выделения из уретры мужчин как семятечение (от греч. gonos - семя и theo - теку).

Этиология. Возбудитель болезни гонококк был открыт А. Нейссером в 1879 г. Гонококк представляет собой парный кокк (диплококк). На слизистых оболочках гонококки могут располагаться внеклеточно и внутриклеточно парами и группами. Проникновение гонококка в глубь тканей зависит от характера эпителия слизистой оболочки, он легко поражает цилиндрический эпителий, выстилающий мочеиспускательный канал, канал шейки матки, фаллопиевых труб; слабо проникает через многослойный плоский эпителий, покрывающий вульву и влагалище. Однако у девочек вульва и влагалище особенно восприимчивы к гонорейной инфекции. Гонококк может развиваться в эпителиальных оболочках других органов, слизистых сумках, в конъюнктиве глаз.

Основной путь распространения гонореи - половой. Источником инфекции - больной человек. Однако инфицирование может происходить и через предметы внешней среды, общую постель, ночные горшки, мочалки, полотенца и др. При ороритальных контактах возникает первичное поражение слизистых оболочек полости рта, глотки и миндалин, у гомосексуалистов - слизистой оболочки прямой кишки. Новорожденные могут инфицироваться при прохождении через родовые пути матери, больной гонореей, с возникновением *бленнореи*. Вероятность инфицирования гонореей при однократном половом контакте с больным составляет 20-30 %.

Организм больного человека на внедрение гонококка отвечает выработкой специфических антител, которые, однако, не обеспечивают невосприимчивости к повторному инфицированию, поэтому перенесший гонорею может неоднократно инфицироваться и повторно болеть.

Клиническая картина. В соответствии с международной классификацией различают две основные формы гонореи: острую и хроническую. Острая гонорея называется еще свежей, протекает до 2 мес. и в зависимости от реакции организма на внедрение болезнетворного агента подразделяется на острую, подострую и торпидную. К хронической гонорее относят вяло протекающие формы болезни (больше 2 мес), нередко встречающиеся у женщин.

Инкубационный период продолжается чаще 3-5 дней, но может колебаться от одного дня до 2-3 недель и больше, что определяется вирулентностью возбудителя и реактивностью организма.

Гонорея у мужчин может протекать в виде переднего или заднего уретрита и проявляется жжением в мочеиспускательном канале и слизистыми выделениями из него, в которых при микроскопическом исследовании можно обнаружить гонококки.

При поражении передней части уретры - передний уретрит - отмечается гиперемия и отек наружного отверстия ее, инфильтрированность и болезненность при ощупывании, сопровождающиеся выделением гноя из отверстия. Мочеиспускание болезненно, возникают болевые ощущения при эрекциях. Моча, собранная в два стакана, в первой порции мутная из-за содержания значительной примеси гноя, а во второй - прозрачная. При подостром течении болезни субъективные ощущения выражены слабо, выделения из уретры незначительны, иногда не замечаются больными, гонококки в отделяемом из уретры удается обнаружить только после нескольких повторных бактериоскопических исследований.

При поражении задней части уретры - задний уретрит - появляются учащенные настойчивые позывы на мочеиспускание, которые в тяжелых случаях повторяются каждые 15-20 мин. При окончании мочеиспускания появляется боль и часто несколько капелек крови. Больные жалуются на поллюции с примесью крови в сперме и частые болезненные эрекции. Гноетечение из уретры весьма скудное или совсем отсутствует, так как гной затекает в мочевой пузырь. Моча, собранная последовательно в несколько стаканов, во всех порциях мутная. При торпидном течении поражения задней части уретры субъективные расстройства выражены незначительно и вторая порция мочи может быть прозрачной.

При своевременном начале лечения гонорейный процесс ограничивается поражением передней части уретры, симптомы болезни постепенно уменьшаются и исчезают.

При позднем начале лечения, пониженной сопротивляемости организма к инфекции или нарушении больным режима гонорейный процесс приобретает хроническое течение, не только поражает мочеиспускательный канал, но и переходит на другие органы: возникает куперит - поражение куперовой железы, простатит - воспаление предстательной железы, эпидидимит - воспаление придатков яичка, везикулит - воспаление семенных пузырьков. Возможно метастатическое распространение гонококка с поражением суставных сумок и сухожильных влагалищ по всему организму.

Местные субъективные ощущения при хроническом гонорейном уретрите незначительны, выделения из мочеиспускательного канала скудные. Однако после употребления алкогольных напитков, полового возбуждения процесс вновь усиливается. При отсутствии своевременного лечения развивается рубцовое сужение мочеиспускательного канала.

Гонорея у женщин нередко не вызывает болезненных ощущений, протекает с мизерными признаками, которые не замечаются больной, поэтому может длительно оставаться нераспознанной. Наиболее частым признаком гонореи у женщин являются бели (измененное количественно и качественно отделяемое половых органов женщины), на которые она иногда не обращает внимания и которые являются самым частым симптомом гинекологического заболевания. Нередко и при остром начале болезни женщина замечает признаки ее спустя продолжительное время после заражения. У большинства женщин заболевание протекает субъективно бессимптомно.

По локализации процесса различают гонорею нижнего отдела мочеполовых органов (уретрит, вульвит, вестibuлит, бартолинит, эндоцервицит, кольпит, парауретрит) и гонорею верхнего отдела половых органов (эндометрит, сальпингит, оофорит, пельвиоперитонит).

Уретрит возникает почти у 90 % больных гонореей. Однако жалобы на боли или рези при мочеиспускании бывают только у 30 % пораженных. Это объясняется тем, что женская уретра короткая (3-4 см) и не возникает затруднений для оттока гноя.

Вульвит - воспаление вульвы (наружных половых органов женщины), встречается весьма редко, иногда у беременных и у женщин в менопаузе. Это объясняется тем, что слизистая оболочка вульвы покрыта многослойным плоским эпителием, который относительно более устойчив к поражению гонококком. При возникновении вульвита больные жалуются на избыточные вы-

деления, раздражающие кожу промежности и бедер, чувство жжения в этих местах. Слизистая оболочка вульвы гиперемирована, на больших половых губах возникают эрозии, изъязвления.

Бартолинит - воспаление большой бартолиновой железы преддверия влагалища. Вызывается гонококком или стафилококком, реже трихомонадой, кишечной палочкой или смешанной инфекцией. При этом из выводного протока железы появляется слизисто-гнойный секрет, уплотнение, болезненность и покраснение вокруг наружного отверстия протока (гонорейное пятно).

Кольпит (вагинит) - воспаление влагалища. Вызывается гонококком, стафилококком, трихомонадой, кишечной палочкой и другими микробами. Болезнь характеризуется обильными выделениями из влагалища, болями и ощущением тяжести в низу живота, иногда ощущается жжение и зуд при мочеиспускании. Течение кольпита длительное, возможны рецидивы.

Цервицит - воспаление шейки матки, возникает в результате проникновения в канал шейки матки гонококков, трихомонад, стафилококков, стрептококков, энтерококков, вирусов. Встречается у 95 % больных. Цервициты бывают острые, подострые и хронические. Основная жалоба при острой гонорее - бели - слизисто-гнойные выделения из половых путей в значительном количестве. Обычно во влагалище здоровой женщины содержится от 0,2 до 1,0 мл отделяемого, имеющего густую консистенцию и белый цвет, которые за пределы половой щели не вытекают и женщину не беспокоят. Пенистые бели характерны для трихомонадного поражения, сукровичные бели - для рака влагалища, у девочек бели часто сопровождаются диатезом, наличие инородного тела во влагалище, развитие саркомы матки.

Эндометрит - воспаление слизистой оболочки матки, которое чаще всего бывает инфекционного происхождения и вызывается гонококком, трепонемой, микобактериями туберкулеза, стафилококком, стрептококком, кишечной палочкой, протеом, синегнойной палочкой, анаэробными бациллами, микоплазмами, дифтерийной палочкой, актиномицетами. Нередко возбудителями воспалительного процесса являются одновременно несколько микробов. Воспалительный процесс матки может начинаться постепенно или внезапно и приобретать острое течение с появлением жидких белей, усиливающихся после менструации, сопровождающихся чувством тяжести в низу живота и болями, отдающими в крестец и в низ живота. При хроническом течении гонорейи развивается воспаление и мышечного слоя матки (метрозндометрит).

Аднексит (сальпингоофорит) - воспаление придатков матки (труб и яичников), имеющее инфекционное происхождение. Наиболее часто болезнь вызывают гонококки, стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, микобактерии туберкулеза и др. Предрасполагают к заболеванию факторы, снижающие защитные силы организма: переохлаждение, переутомление, нарушение питания, повышенные менструальные кровопотери, иные соматические заболевания, нервно-психические травмы. Гонорейный аднексит достигает придатков матки восходящим путем через неповрежденную слизистую оболочку половых путей. Кроме гонококка восходящим путем в придатки матки проникает и большинство других возбудителей аднексита.

Аднексит, вызванный гонококками и микобактериями туберкулеза, обычно бывает двусторонним, а другими возбудителями (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка) - односторонним. Болезнь может протекать в острой и хронической форме.

При острой форме аднексита больные отмечают сильные боли в низу живота, в области крестца, а иногда и признаки воспаления брюшины таза - *пельвиоперитонит* с большим повышением температуры тела, развитием высокой лихорадки. Бурные явления воспалительного процесса обыкновенно уменьшаются через 1-2 недели и переходят в подострую, а затем в хроническую форму.

Хронический аднексит гонорейной этиологии характеризуется стертыми клиническими проявлениями, протекает с частыми обострениями, приводит к образованию обширных спаечных процессов, в которые вовлекаются маточные трубы с яичниками, петли кишки и сальник.

Проктит - воспалительный процесс, поражающий главным образом слизистую оболочку прямой кишки. В большинстве случаев болезнь сочетается с поражением мочеполювых органов в

результате затекания гноя из половых органов. Гонорейный проктит обычно поражает 3-4 см нижнего отдела прямой кишки и у большинства больных жалоб не вызывает. При появлении эрозий и трещин на слизистой оболочке у некоторых больных отмечается жжение и зуд в заднем проходе, болезненность дефекации и наличие гноя в кале.

Гонорея у беременных в первые 3-4 мес. беременности при поражении нижнего отдела мочеполовых путей может легко перейти в восходящую, что нередко приводит к абортam и преждевременным родам. В послеродовом периоде гонорея быстро прогрессирует, особенно заметно восхождение воспалительного процесса на 7-9-й день после родов.

Диагноз гонореи должен быть подтвержден выявлением возбудителя лабораторными методами диагностики. При отсутствии гонококков в выделениях из половых органов и прямой кишки больные подлежат профилактическому противогонорейному лечению, хотя и не ставятся на учет по специальной учетной форме.

При хронической гонорее у женщин для ускорения диагностики может применяться специальная провокация (биологическая, химическая или термическая), способствующая выявлению гонококков. При этом учитывается и менструальная фаза, являющаяся одной из биологических форм провокации. Для лабораторного исследования материал необходимо брать во время менструации, а также в первые 2-3 дня после нее.

Принципы лечения. Лечение гонореи проводится в зависимости от формы заболевания (острая или хроническая), топического диагноза и состояния организма в соответствии с инструкцией Министерства здравоохранения.

Критерии излеченности. К определению излеченности гонореи прибегают спустя 7-10 дней после завершения курса лечения. Критериями излеченности являются отсутствие воспалительных явлений и повторные отрицательные результаты бактериоскопического исследования мазков на гонококки до и после проведения провокаций на обострение воспалительного процесса. Для провокации используют различные методы: алиментарный (употребление перед исследованием соленой, острой пищи и пива), термический (прогревание диатермическим током половых органов), химический (инстиляция в уретру 0,5 % раствора нитрата серебра), механический (массаж уретры на буже), биологический (инъекция гоновакцины). Сочетание нескольких методов дает наибольшую частоту выявления гонококков. После провокации исследуют выделения через 24, 48 и 72 ч. Если после провокаций при бактериологическом исследовании выделений гонококки не обнаруживаются, больного оставляют под диспансерным наблюдением - мужчин на 2 мес, женщин на 2-3 менструальных периода. Через месяц после первой провокации проводится повторная комбинированная провокация и повторное обследование. Если клинические признаки болезни и возбудитель болезни не будут обнаружены, то переболевшие считаются излеченными и снимаются с учета в венерологическом диспансере.

Профилактика гонореи подразделяется на общественную и личную. Общественная профилактика предполагает своевременное выявление и санацию источников заражения, контроль за качеством лечения, диспансерным наблюдением, установлением критериев излеченности, санитарно-просветительную работу среди населения, обязательное обследование всех членов семьи и лиц, заболевших гонореей. Уголовным кодексом Республики Беларусь предусмотрено наказание за заведомое заражение венерическими болезнями, за уклонение от лечения, за создание условий, ставящих в опасность заражения других лиц. При освидетельствовании больных обращают внимание на признаки венерических болезней, при необходимости проводят консультацию венеролога, серологический контроль, комбинированную провокацию. Выявленные больные гонореей привлекаются к обязательному лечению с последующим контролем излеченности.

Личная профилактика является обязанностью каждого лица, вступившего в случайную половую связь. Лучшим профилактическим средством для мужчин, предохраняющим от заражения гонореей, является презерватив, защищающий одновременно и мужчину и женщину. После полового контакта рекомендуется помочиться и обмыть водой с мылом наружные половые органы. После этой доступной процедуры рекомендуется обратиться на пункт личной

профилактики, имеющийся при каждом венерологическом диспансере, на котором половые органы обрабатываются дезинфицирующими средствами (нитрат серебра, протаргол, гибитан и др.), уретра промывается раствором перманганата калия (0,02-0,1 %). Профилактическое промывание уретры сохраняет эффективность в течение 12 ч после полового сношения. Женщинам в целях личной профилактики рекомендуется перед половым актом ввести во влагалище марлевый тампон, смоченный 1-3 % раствором протаргола. После сношения следует сразу тампон удалить, помочиться, обмыть половые органы с мылом и проспринцеваться раствором перманганата калия (0,02-0,1 %). На пунктах венерологической профилактики дополнительно в уретру вводят с помощью пипетки несколько капель нитрата серебра (1-2% раствора), шейку матки, влагалище и наружные половые органы смазывают раствором нитрата серебра (2 %), в кожу внутренней поверхности бедер, промежности и нижней части живота в течение 5 мин втирают каломельную мазь.

Для профилактики заболевания детей обслуживающий персонал детских учреждений перед поступлением на работу, а затем каждые три месяца должен проходить осмотр венеролога. В домашних условиях дети должны спать отдельно от родителей, иметь отдельное полотенце, губку, ночной горшок. При поступлении в детский коллектив детей должен осматривать педиатр, а при подозрении на венерическое заболевание - венеролог.

Своевременно проведенная личная профилактика у мужчин достаточно надежно гарантирует от заражения гонореей, у женщин она менее эффективна, так как требует большей тщательности выполнения и врачебной помощи на пунктах венерологической профилактики.

ЛЕКЦИЯ № 4

Лимфогранулематоз венерический, его профилактика

Лимфогранулематоз венерический (лимфогранулематоз паховый), или венерическая лимфопатия, - инфекционное заболевание, передающееся половым путем, поражающее лимфатические узлы, органы малого таза, прямую кишку и наружные половые органы.

Этиология. Возбудителями болезни являются хламидии серотипа L-1, L-2, L-3. Это внутриклеточные паразиты со свойственным им циклом развития, состоящим из двух (по морфологии и биологическим свойствам) форм существования микробов, которые обозначаются как элементарные и инициальные тельца. Элементарное тельце - инфекционная форма микроба, адаптированная к внеклеточному существованию. Инициальное тельце - внутриклеточная форма паразита, обеспечивающая воспроизводство и размножение микробов. Болеют чаще мужчины.

Источник инфекции - больной человек или бактерионоситель. Основной путь передачи - половой. Иногда встречается и внеполовое заражение с локализацией первичного поражения на пальцах рук, на слизистых оболочках полости рта, языка, миндалин.

Клиническая картина. Инкубационный период от нескольких дней до 3-4 мес., чаще 1-2 недели. Болезнь может протекать остро и хронически. В типичных случаях заболевания различают три ортодоксально сменяющихся периода.

Первичный период (лимфогранулематозный шанкр) характеризуется возникновением на месте внедрения инфекции единичного пузырька или папулы, быстро превращающихся в эрозию, а затем в язву округлых очертаний диаметром до 1-3 см, покрытую желтовато-зеленоватым гноем. Лимфогранулематозный шанкр возникает чаще всего в сфере половых органов, иногда встречается и экстрагенитальное поражение (губы, полость рта, язык и пр.). Для образовавшейся язвы характерно наличие островоспалительного ободка и отсутствие типичного для твердого шанкра уплотнения в основании, которое может свидетельствовать о принадлежности к сифилису.

Обычно через 7-9 дней развивается постепенное уплотнение, увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов: у мужчин чаще паховых, у женщин - малого таза.

Вторичный период наступает по истечении 1,5-2 мес. после заражения. В результате генерализации воспалительного процесса еще больше увеличиваются лимфатические узлы,

развивается периаденит с вовлечением в процесс окружающих лимфоузлы тканей, образуется массивный с бугристой поверхностью болезненный при пальпации конгломерат, покрытый отечной гиперемированной кожей. В последующем внутри опухолевого конгломерата появляются многочисленные очаги размягчения и ненормальные каналы, выходящие на поверхность тела в виде свищей, из которых выделяется гной, иногда с примесью крови. При вялом течении воспалительного процесса наступают склеротические изменения пораженных тканей, развивается спаечный процесс, что приводит к нарушению лимфооттока и отекам половых органов.

Кроме поражения регионарных лимфатических узлов во вторичном периоде болезни в воспалительный процесс могут вовлекаться глубокие лимфатические узлы малого таза, возможно распространение инфекции из области половых органов в отдаленные от первичного очага поражения участки организма: образуются бубоны верхних конечностей, суставов, внутренних органов, развивается ирит, кератит, конъюнктивит и даже менингит. Известны случаи возникновения на коже больных аллергических высыпаний, напоминающих крапивницу, экссудативную эритему или сыпь при скарлатине.

Нередко пораженные лимфатические узлы подвергаются некротизации, что обуславливает длительное лихорадочное состояние, развитие лейкоцитоза, увеличение СОЭ, возникновение болей в суставах, печени, селезенке, появление воспалений вен, эпидидимитов, поражений глаз.

Третичный период заболевания наступает обычно через 1,5-2 года или несколько позднее вследствие длительно протекающего поражения паховых, аноректальных лимфатических узлов и развития рубцовых и спаечных изменений и проявляется развитием генитоаноректального синдрома, выражающегося в распространении воспалительного процесса на промежность и перианальную область, появлением проктита (воспаление прямой кишки) и парапроктита (воспаление клетчатки, прилегающей к заднему проходу и прямой кишке). Ранним симптомом генитоаноректального синдрома являются ноющие боли в промежности и незначительные сукровично-гнойные выделения из заднего прохода. При проведении ректороманоскопии (осмотре слизистой оболочки прямой кишки) выявляется отек и покраснение ее нижнего отдела, наличие эрозий с сукровично-гнойным отделяемым, повышенная болезненность и кровоточивость.

Проктит и парапроктит могут сопровождаться образованием абсцессов, свищей и язв в области промежности, половых органов и заднего прохода. У женщин рубцевание язвенного процесса приводит к значительным деформациям больших и малых половых губ, клитора, к сужению входа во влагалище. Более агрессивно заболевание протекает у женщин, язвенно-рубцовые изменения наружных половых органов могут вызывать развитие слоновости половых губ и клитора.

Общая реакция организма при лимфогранулематозе на внедрение инфекции начинает проявляться во вторичном периоде и более отчетливо выражается в третичном в виде развития болей в суставах типа полиартрита, общей слабости, потери аппетита, головных болей, похудания, увеличения СОЭ, анемии, лейкоцитоза.

Диагностика. Диагноз лимфогранулематоза венерического устанавливают на основании характерных клинических данных, свойственных каждому периоду болезни, и подтверждают лабораторными исследованиями по обнаружению типичных хламидий в содержимом, выделяемом из бубонов. Кроме гнойных выделений в трудных случаях диагностики для исследования берут материал, полученный при биопсии бубонов. Большое значение для диагностики имеет реакция связывания комплемента с хламидиями, внутрикожная проба Фрея. Реакция связывания комплемента и реакция Фрея дают подтверждение диагноза до 75 % случаев. Комплексное обследование лабораторными методами позволяет выявить и латентные формы болезни.

Дифференциальный диагноз четвертой венерической болезни проводят с сифилисом, мягким шанкром, фелинозом - доброкачественным лимфоретикулезом (болезнь кошачьих царапин и укуса кошки), донованозом, бубонной формой туляремии, туберкулезом лимфоузлов.

Принципы лечения. Эффективными против лимфогранулематоза являются сульфаниламидные препараты (сульфадимезин, норсульфазол, сульфазин, сульфапиридазин, сульфадиметоксин и др.), антибиотики тетрациклинового ряда (тетрацилин, метациклин, доксициклин), антибиотики-макролиды (эритромицин, олеандомицин), левомицетин.

При хронической форме болезни, присоединении вторичной стафилококковой инфекции показаны антибиотики пенициллиновой группы, устойчивые к пенициллазе микробов (оксациллин, метациллин). При длительном течении болезни, возникновении свищей, уродующих рубцов, структур влагалища, деформаций больших и малых половых губ, клитора показано применение средств неспецифической терапии (лидаза, алоэ, стекловидное тело, аутогемотерапия, витаминотерапия, пирогенал, бужирование уретры и др.). В случаях отсутствия эффекта терапевтической помощи прибегают к хирургическому вмешательству.

Лучшим средством для проведения превентивного лечения считаются препараты тетрациклинового ряда. Тетрациклин назначают 3-4 раза в сутки в течение 2 недель.

Прогноз. Перенесенное заболевание оставляет стойкий иммунитет, достоверные случаи повторного заболевания в печати не появлялись. При отсутствии лечения возможна вторичная анемия, истощение, сепсис с летальным исходом.

Профилактика. Предусматривается выявление и санация источников заражения, контроль за качеством лечения и излеченностью, превентивное лечение лиц, имевших половой контакт с больным лимфогранулематозом.

Мягкий шанкр, его профилактика

Мягкий шанкр (шанкроид) - венерическая болезнь, вызываемая стрептобактерией Дюкрея-Унны-Петерсена.

Этиология. Возбудитель болезни имеет вид короткой палочки с закругленными концами длиной 1,0-2,5 мкм и шириной 0,5 мкм, спор и капсул не образует, по классификации Берджи, входит в группу грамотрицательных факультативных анаэробов. Палочка может расти как в аэробных, так и в анаэробных условиях, чувствительна к дезинфицирующим веществам, погибает через несколько секунд после воздействия 1 % раствора сулемы, 5 % раствора лизола, быстро погибает при нагревании - при температуре 50 °С в течение 5 мин. Палочка сохраняет вирулентность при комнатной температуре до 6-8 дней, при низкой температуре - до 10 дней.

Источник инфекции - больной человек; заражение происходит в основном половым путем при повреждении кожи или слизистых оболочек половых органов. Допускается возможность бактерионосительства у клинически здоровых людей.

Клиническая картина. Инкубационный период у мужчин - 2-3 дня, иногда до 2-3 недель, у женщин - от 2-3 недель до 3-5 мес. В развитии болезни рассматривают три стадии. На 1-й стадии на месте внедрения возбудителей болезни появляется ярко-красное пятно, в центре которого через сутки возникает узелок, превращающийся сначала в пузырек, а затем в глубокий гнойничок. Во 2-й стадии (3-4-й день) гнойничок вскрывается, из него вытекает гной с примесью крови и образуется глубокая язва, достигающая в диаметре около 1-1,5 см, с неровными подрытыми краями, с гнойным отделяемым. Размеры язвы могут быть от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, что зависит от роста язв по периферии и вглубь, слияния их между собой. При обследовании язвы мягкие на ощупь (что определило и название болезни), резко болезненные, легко кровоточат при дотрагивании, окружены воспалительным венчиком. Через 2-3, иногда 4 недели прогрессирование воспалительного процесса прекращается, наступает 3-я стадия болезни - заживление язвы. На этой стадии исчезает воспалительный венчик вокруг язвы, уменьшается болезненность и количество гнойного отделяемого, язва постепенно заполняется грануляциями. В случаях без осложнений заживление наступает через 1-2 мес.

Возникновение одиночных язв мягкого шанкра встречается редко, чаще в то же время появляется несколько язв (75 % случаев). Считают, что множественность язв вызывается одновременным проникновением стрептобактерий в нескольких местах кожного покрова. Чаще всего язвы локализуются на половых органах: у женщин - на больших и малых половых губах, на

шейке матки, стенках влагалища, у мужчин - на внутреннем листке крайней плоти, уздечке и головке полового члена. Иногда локализуется мягкий шанкр в складках заднего прохода женщин, где язвы обычно имеют вид радиально расположенных трещин, вызывающих болезненность во время ходьбы и при дефекации. В более редких случаях встречается экстрагенитальная локализация мягкого шанкра на лобке и коже внутренней поверхности бедер вследствие затекания гноя с язв, расположенных на половых органах. Может возникать мягкий шанкр и на пальцах рук, протекает как панариций и осложняется воспалением лимфатических сосудов, а также локтевых и подмышечных лимфоузлов.

Наряду с обычным клиническим течением болезни встречаются несколько разновидностей мягкого шанкра.

Возвышающийся мягкий шанкр - язва несколько приподнята над окружающей поверхностью кожи, что напоминает эрозивную папулу при сифилисе, встречается чаще в виде одиночных язв.

Фолликулярный мягкий шанкр развивается от проникновения стрептобактерии в сальные железы заголовочной борозды и препуциального мешка полового члена, а также малых половых губ, что вызывает появление единичных и множественных узелков с булавочную головку округлых очертаний, превращающихся в язвы с приподнятыми краями и глубоким плотноватым дном, со скудным гнойным отделяемым.

Серпигинозный мягкий шанкр характеризуется атипичной формой распространения процесса по периферии язвы с преимущественным ростом одного из ее краев и с одновременным развитием рубцевания противоположной стороны. Этой форме свойственно медленное течение, устойчивость к проводимому лечению, возникновение язв больших размеров.

Воронкообразный мягкий шанкр встречается очень редко. Локализуется процесс в заголовочной борозде полового члена, где возникает конусовидной формы уплотнение, основанием которого является язва, а вершина опускается в глубь подкожной клетчатки, создавая плотный конус, который при ощупывании напоминает твердый шанкр сифилиса.

Дифтероидный мягкий шанкр представляет собой глубокую язву, дно которой покрыто зеленовато-серым фибринозным налетом. Возникает вследствие присоединения другой инфекции и характеризуется длительным течением. При бактериоскопическом исследовании кроме стрептобактерий находят ложнодифтерийные палочки.

Гангренозный мягкий шанкр развивается в случаях смешанной инфекции, когда к возбудителю болезни присоединяется анаэробная инфекция и фузоспириллез. Встречается чаще на головке полового члена, распространяясь на крайнюю плоть. Характеризуется периферическим ростом язв с распадом тканей в глубину, образованием обширных язв красно-фиолетового цвета, возможным ознобом, высокой температурой и развитием сепсиса. У мужчин воспалительный процесс может закончиться разрушением кавернозных тел, ампутацией полового члена с последующей тяжелой кровопотерей.

Фагеденический мягкий шанкр - такая разновидность болезни чаще всего возникает в случаях нерациональной терапии прижигающими средствами. Воспалительный процесс протекает медленно с сохранением хорошего общего состояния больного, характеризуется распадом ткани и распространением в глубину.

Смешанный шанкр - болезнь развивается в случаях одновременного или последовательного инфицирования возбудителями мягкого шанкра и сифилиса - стрептобактерией и бледной трепонемой. При одновременном заражении двумя возбудителями после истечения инкубационного периода (чаще 2-3 дня) возникают признаки шанкроида, а затем после инкубационного периода сифилиса (21-28 дней) появляется первичная сифилома. Нередко после этого язва мягкого шанкра уплотняется, а в отделяемом ее выявляется бледная спирохета. Однако следует помнить, что уплотнение язвы мягкого шанкра может наступить при лечении прижигающими средствами, при локализации язвы в заголовочной борозде и на уздечке. В случаях, когда лечение мягкого шанкра было начато в первые дни после развития болезни, обра-

зовавшиеся язвы рубцуются, а после истечения инкубационного периода сифилиса на месте внедрения бледной трепонемы появляется типичный твердый шанкр.

Осложнения. Среди осложнений мягкого шанкра бывают специфические - лимфангит, лимфаденит и неспецифические - фимоз, парафимоз и др.

Лимфангит (воспаление лимфатических сосудов) у мужчин развивается на спинке полового члена и проявляется плотным болезненным тяжем, не спаянным с кожей, идущим от язвы до ближайших лимфатических узлов. Нередко по ходу тяжа образуются воспалительные узлы-бубонулы, которые затем могут рассасываться или вскрываться с образованием глубоких язв (шанкр Нисбета). Лимфангит у женщин может развиваться на больших половых губах (встречается редко).

Возникновение *лимфаденитов* (бубонов) встречается у 40-50 % больных, развивается на 2-4-й неделе заболевания (чаще у мужчин, чем у женщин) вследствие проникновения стрептобактерии в регионарные лимфоузлы. Появлению бубонов способствуют нерациональная терапия сильными прижигающими средствами, усиленная физическая нагрузка, продолжительная ходьба. Иногда бубоны появляются без возникновения язвы мягкого шанкра, в период заживления язвы и после эпителизации ее. Бубоны бывают простые, вирулентные и струмозные.

Простой бубон представляет собой болезненное увеличение пахового лимфоузла, достигающего в диаметре 3-5 см, что сопровождается общими явлениями и повышением температуры тела. В последующем бубон постепенно полностью рассасывается или вскрывается с выделением гноя, и наступает быстрое рубцевание.

Вирулентный бубон протекает с более выраженными и нарастающими воспалительными процессами со вскрытием бубона, превращающегося в большую язву, из которой выделяется кровянистый гной. Язва длительно не заживает, кровоточит, увеличивается, подвергается гангренизации или фagedенизации, образуются новые отсеки язв с замедленной регенерацией. Заживление происходит очень медленно.

Струмозный бубон - у некоторых пациентов воспалительный процесс принимает медленное, вялое течение, что характерно для лиц, страдающих хроническими заболеваниями. При этом лимфатические узлы значительно увеличиваются, постепенно размягчаются и вскрываются с образованием холодных абсцессов. Заживление образовавшихся язв идет медленно. В некоторых случаях струмозные бубоны появляются в результате проникновения в организм смешанной инфекции (стрептобактерии с хламидиями лимфогранулематоза), что в таком случае подтверждается положительной реакцией Фрея.

Фимоз - воспаление крайней плоти, развивается в 15-22% случаев, особенно при появлении многих язв мягкого шанкра на внутреннем листке крайней плоти и по краю препуциального мешка, который гиперемизируется, становится болезненным, из его отверстия обильно вытекает гной. Фимоз при мягком шанкре может осложняться гангреной крайней плоти.

Парафимоз при мягком шанкре встречается относительно редко. При насильственном заворачивании воспаленной крайней плоти за головку происходит сдавление полового члена в заголовочной борозде с нарушением кровообращения. В результате головка полового члена отекает, увеличивается в объеме, становится резко болезненной и синюшной. Без оказания лечебной помощи воспалительный процесс может закончиться гангреной головки и крайней плоти.

Среди других, еще более редких, осложнений мягкого шанкра иногда встречаются рожистое воспаление и остроконечные кондиломы.

Диагностика. Диагноз мягкого шанкра устанавливают на основании клинических симптомов, выявленных при обследовании больного, и подтверждают данными микробиологического исследования, полученными в лаборатории. Материалом для лабораторного исследования является соскоб тканей из-под нависших краев язвы, взятый острой лопаточкой, а также гной из вскрывшихся и невскрывшихся бубонов. Перед взятием материала для исследования поверхность язвы тщательно очищают тампоном, смоченным физиологическим раствором натрия хлорида. При получении отрицательного результата исследование повторяют

через 24 ч. При отрицательных повторных бактериоскопических исследованиях может использоваться метод аутоинокуляции, суть которого состоит в прививке материала из язвы на участке здоровой кожи бедра или живота. При положительном результате прививки на 2-3-и сутки возникают пустулы, содержащие стрептобактерий.

Дифференциальный диагноз мягкого шанкра следует проводить с твердым шанкром, паховым лимфогранулематозом, с острой язвой вульвы Липшютца-Чапина, с туберкулезом кожи.

Принципы лечения. Лечение проводится сульфаниламидными препаратами и антибиотиками. Начинать лечение следует сульфаниламидами, так как они не оказывают воздействия на возбудителя сифилиса и тем самым не маскируют развитие его симптомов. При возникновении лимфангиитов и бубонов местно применяют сухое тепло, УВЧ-терапию. Нагноившиеся бубоны вскрывают, очищают от гноя и засыпают порошком стрептоцида. Вскрывшиеся бубоны обрабатывают так же, как и первичную язву мягкого шанкра. В случаях противопоказаний к лечению антибиотиками и сульфаниламидами проводится местное лечение мягкого шанкра. Для этого может применяться йодоформ, ксероформ, карболовая кислота. После местной горячей ванночки (45-50 °С) с перманганатом калия (0,02-0,1 % раствора) язвы высушивают стерильным ватным тампоном и прижигают карболовой кислотой, особенно тщательно обрабатывают края язвы. Процедуру прижигания язвы проводят ежедневно или через день. Ванночки с перманганатом калия с последующей присыпкой ксероформом можно проводить один или два раза в день. Обработка мест поражения прекращается с появлением на язвенной поверхности грануляций.

Лечение больных мягким шанкром осуществляют в специализированной дерматовенерологической больнице. После проведенного курса лечения пациенты остаются под диспансерным наблюдением в течение 6 мес. с ежемесячным повторением клинико-серологического контрольного исследования.

Прогноз. Некоторые формы мягкого шанкра - гангренозная и серпигиозная - плохо поддаются лечению, увеличивается продолжительность лечения заболевания; особенно это касается пациентов, страдающих интеркуррентными заболеваниями или интоксикациями. Однако после завершения курса лечения прогноз считается благоприятным.

Профилактика. Предусматриваются мероприятия по линии социальных преобразований и воспитательной работы, а также специальные медицинские мероприятия, направленные на предупреждение, раннее выявление, лечение и прекращение распространения болезни. Надежным средством личной профилактики является пользование мужским презервативом. После сомнительного полового контакта дополнительно следует провести втирание в кожу половых органов, лобка, внутренней поверхности бедер тетрациклиновой мази (1 %-ной), а также в течение первых трех часов после полового контакта принять внутрь сульфаниламидный препарат (сульфадиметоксин - 2,0 г).

ЛЕКЦИЯ № 5

Урогенитальный хламидиоз, его профилактика

Хламидиоз - распространенное инфекционное заболевание, вызывающее поражение мочеполовых путей, глаз, суставов, кровеносных сосудов, органов дыхания и других систем организма человека. Считают, что хламидиозом поражено от 30 до 60 % женщин и до 51 % мужчин, страдающих воспалительными заболеваниями мочеполового тракта негонококкового происхождения.

Хламидии - мелкие, сферической формы микробы, являются внутриклеточными паразитами. Известны хламидии, поражающие животных и птиц, и хламидии, поражающие человека, среди них изучено 15 серотипов. Поражение мочеполовых органов человека вызывают серотипы D-K.

Источник инфекции. Чаще всего источником инфекции бывает больной человек или бактерионоситель с бессимптомной формой болезни (чаще всего женщины). Передача хламидийной уrogenитальной инфекции вызывается половым путем. Передача инфекции внеполовым путем существенного значения не имеет.

Клиническая картина. Инкубационный период может колебаться от 5 до 30 дней. Заболевание у мужчин начинается с поражения уретры (25-70 % случаев), затем в воспалительный процесс вовлекается простата (49 %), семенные пузырьки (15 %), придатки яичек (56 %). У женщин воспалительный процесс чаще начинается с поражения канала шейки матки (12-60 %), а затем следует развитие восходящего воспаления.

По характеру течения воспалительного процесса различают хламидиоз с острым, подострым и вялым течением болезни до 2 мес. и хронический, продолжающийся более 2 мес.

Клиническая картина заболевания зависит от вирулентности типа возбудителя и характеризуется весьма широким разнообразием клинических форм и симптомов с острым, подострым и хроническим течением, которые напоминают воспалительные процессы мочеполовых органов негонококковой этиологии.

Хламидийный уретрит характеризуется частыми позывами на мочеиспускание, ощущением зуда и болезненности, слизисто-гнойными выделениями из уретры. При обильных выделениях моча становится мутной, содержит слизисто-гнойные нити. Протекает главным образом в хронической форме. Хламидийный уретрит у женщин характеризуется ощущением зуда в уретре, болью в начале мочеиспускания и незначительными слизистыми выделениями. При осмотре слизистая оболочка уретры несколько инфильтрированная.

Хламидийный простатит - воспаление предстательной железы, характеризуется затяжным хроническим течением. Отмечаются выделения из уретры иногда и в конце мочеиспускания или в момент акта дефекации, возникает зуд в уретре, прямой кишке, появляются периодические боли в промежности, мошонке, крестцовой и паховой областях. Различают катаральный, фолликулярный и паренхиматозный простатит. В большинстве случаев встречается катаральный простатит, при котором субъективных признаков может и не быть. При этом железа во время пальпации бывает болезненная, но нормальной консистенции и величины. При фолликулярной форме развиваются отмеченные субъективные признаки болезни. Паренхиматозный простатит встречается редко, протекает остро, железа увеличивается в размерах, становится плотной и болезненной. Моча нередко бывает прозрачной с примесью слизистых и гнойно-слизистых нитей и хлопьев, а иногда становится мутной.

Хламидийный везикулит - воспаление семенных пузырьков. Может быть одно- или двусторонним, обычно сопутствует простатиту и эпидидимиту. При этом отмечается болезненность в области таза, отдающая в яичко, паховую и крестцовую области, чувство распирания в промежности. При пальпации определяется болезненность и набухание семенных пузырьков.

Хламидийный эпидидимит - воспаление придатка яичка, которое одновременно может сочетаться с уретритом, простатитом, везикулитом, сопровождать поражение семявыносящего протока и семенного канатика. Различают острый, подострый и хронический эпидидимит.

При остром течении процесса отмечается небольшая болезненность в области яичка и паховой. По истечении 1-2 сут яичко увеличивается, придаток его уплотняется, становится бугристым, кожа мошонки отечной, гиперемированной, болезненной при пальпации. По мере распространения воспаления на все яичко развивается *орхоэпидидимит*. Пораженное яичко пальпируется в виде болезненной овальной опухоли с напряженной поверхностью, температура тела может повышаться до 39 °С.

Хламидийный вульвовагинит - воспаление наружных половых органов и влагалища. Субъективные признаки болезни выражены слабо и непостоянны, появляется зуд и жжение в сфере наружных половых органов. При осмотре отмечается гиперемия и отек наружного отверстия уретры и слизистые выделения на инфицированной поверхности. Слизистая оболочка

влагалища гиперемированна и отечна. В основном больные жалуются на выделение из влагалища, жжение и зуд.

Хламидийный цервицит - воспаление шейки матки, чаще сочетается с уретритом. Отмечаются чувство тяжести и болезненность в пояснице во время менструации, выделения из влагалища. При осмотре выявляется гиперемированность и отечность шейки матки, вокруг шеечного канала образуется эрозия, при хроническом течении болезни эрозия гипертрофируется, отмечаются слизисто-гнойные выделения. Болезнь может приобретать хроническое течение, диагноз устанавливается при обнаружении хламидий.

Хламидийный эндометрит - воспаление слизистой оболочки матки. Болезнь начинается с нарушения менструального цикла, повышения температуры тела, появления болей в низу живота, в крестцовой и поясничной областях. При двуручном исследовании матка увеличена и болезненна.

Хламидийный аднексит (сальпингоофорит) - воспаление придатков матки (труб и яичников) инфекционного происхождения. Болезнь начинается остро с повышения температуры до 39 °С, появления тупых болей в низу живота, которые усиливаются во время менструации, при дефекации и физическом напряжении. Нарушается менструальный цикл. Воспалительный процесс может переходить на брюшину с развитием п е л ь в и о п е р и т о н и т а , симптомов острого живота (тошнота, рвота, напряжение передней брюшной стенки, повышение температуры до 40 °С и др.).

Болезнь Рейтера - заболевание, характеризующееся триадой клинических симптомов - уретритом, конъюнктивитом и артритом. Возбудителем болезни считаются хламидии. У 40-60 % больных возбудителя болезни выделяют из уретры, конъюнктивального мешка и пораженных суставов. Болезнь Рейтера характеризуется поражением мочеиспускательного канала, слизистой оболочки глаз и суставов. Однако болезнь может выражаться и двумя симптомами - уретритом и артритом или уретритом и конъюнктивитом.

После инкубационного периода продолжительностью в 1-3 недели болезнь проявляется уретритом с выделением слизи или слизи с гноем, приобретает хроническое течение, осложняется простатитом, везикулитом, эпидидимитом. Последовательное поражение уретры, конъюнктивы и суставов отмечается в 80% случаев, конъюнктивы и суставов - в 15%. Подвержены поражению преимущественно коленные, голеностопные и мелкие суставы. Воспалительный процесс начинается остро, болями в суставах и повышением температуры тела, накоплением жидкости в полости суставов и в окружающей клетчатке, возникновением гиперемии кожи и ограничением подвижности суставов. При этом поражение суставов обычно бывает односторонним, в воспалительный процесс может вовлекаться позвоночник.

В начале развития болезни конъюнктивит появляется у 55-56 % больных, возникновение его, а также других заболеваний глаз (кератит, ирит, иридоциклит, увеит) возможно на любой стадии воспалительного процесса.

Кроме рассмотренных признаков поражения болезнь Рейтера могут характеризовать другие поражения кожи и слизистых оболочек (полиморфные пустулезные сыпи, кератодермия ладоней и подошв, псориазоподобные высыпания и др.). У 40-50 % больных развивается б а л а н и т или б а л а н о п о с т и т (воспаление кожи головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти), поражаются ногти, появляются эрозии на слизистой оболочке полости рта, встречаются поражения почек, миокарда, мозговых оболочек, костей (остеопороз).

В большинстве случаев болезнь Рейтера длится 3-6 мес. и заканчивается выздоровлением. При сохранении хламидий в мочеполовой системе возможны рецидивы, сменяющиеся спонтанными ремиссиями.

Диагностика. При наличии характерной триады симптомов диагноз болезни Рейтера не вызывает затруднений. Для подтверждения диагноза применяют бактериологические и бактериоскопические методы исследования. Материалом для таких исследований являются соскобы с пораженных слизистых оболочек уретры, глаз, прямой кишки или выделения, секреты.

Для диагностики хламидиоза оптимальным методом считается выделение возбудителя.

Более простым технически, специфичным и высокочувствительным является иммунофлюоресцентный метод с использованием моноклональных антител. Диагноз считается

положительным, если в препарате выявляют не менее 10 телец хламидий, не вызывающих сомнений.

Принципы лечения. Лечение хламидиоза должно быть этиотропным, патогенетическим, симптоматическим, комплексным и индивидуальным.

В качестве этиотропной терапии рекомендуются антибиотики тетрациклинового ряда (тетрациклин, окситетрациклин, метациклин, доксициклин и др.), макролиды (эритромицин, эрициклин, олететрин, олеандомицин), рифампицины (рифамицин, рифампицин) и сульфаниламидные препараты.

Патогенетическая терапия применяется при вялотекущих и хронических формах урогенитального хламидиоза. С этой целью используются препараты, которые стимулируют реактивность организма (пирогенал, метилурацил, пентоксил, алоэ, стекловидное тело, плазмол, и др.).

С целью устранения местных симптомов при подострых и хронических воспалительных процессах в уретре мужчин и женщин в течение 8-10 сут проводят ее ежедневное промывание раствором фурацилина (0,02 %), этакридина лактата (0,1 %), калия перманганата (0,02-0,1 %). В случаях вялого течения процесса назначаются ежедневные инстилляции в уретру масляного раствора хлорофиллипта (2-3 %).

При возникновении в уретре мягкого инфильтрата через день делают инстилляцию раствором нитрата серебра (0,25 %), колларгола (2 %) или протаргола (2 %), а при наличии твердого инфильтрата через 1-2 дня проводят бужирование металлическими бужами возрастающего диаметра.

При наличии у больных везикулита, эпидидимита и простатита проводят лечение задней части уретры. При этом слизистую уретры обрабатывают раствором нитрата серебра (0,5 %) или раствором протаргола в глицерине (2-5 %). При необходимости лечение дополняют бужированием уретры с последующим промыванием.

При развитии острого простатита больным назначают дополнительно сидячие ванны (38 - 40°C) продолжительностью до 10 мин и болеутоляющие средства. При хроническом простатите больные нуждаются в тепловых процедурах, в массаже простаты (10-12 процедур через день), фонофорезе с гидрокортизоном (10 сеансов).

При возникновении острого бартолинита назначают сначала покой, а затем тепловые сидячие ванны с перманганатом калия, новокаиновые блокады один раз в сутки и в дальнейшем тепловые процедуры. Преддверие влагалища смазывают раствором нитрата серебра (1-2 %).

Для лечения хронического эндоцервицита рекомендуется обработка шейечного канала раствором натрия гидрокарбоната 10% с последующим смазыванием шейки раствором хлорофиллипта (1-2 %). Кроме этого можно применять ванночки для шейки матки с раствором хлорофиллипта (3 %) один раз в 2-3 дня или раствором колларгола (2 %) через день, курс лечения 10- 2 сеансов. Образовавшиеся на шейке эрозии смазывают маслом облепихи, хлорофиллиптом, вазелином, обрабатывают раствором нитрата серебра (1-2 %).

Для лечения болезни Рейтера применяются антибиотики широкого спектра действия, болеутоляющие средства из группы ненаркотических анальгетиков, при значительных поражениях кожи - кортикостероиды, реже цитостатики (метотрексат) и др.

Критериями излеченности болезни Рейтера считаются исчезновение клинических признаков и выделения возбудителя. После завершения лечения спустя 10-12 дней проводят первый контроль на излеченность и переводят больного на 3 мес. на диспансерное наблюдение с обследованием 1 раз в месяц на выявление хламидий.

Профилактика хламидиоза состоит в соблюдении санитарно-гигиенических норм, особенно при неблагоприятных эпидемических ситуациях, применении мер личной защиты от заражения, полноценном лечении уретрита, цистита, воспалительных заболеваний женских половых органов, строгом учете больных, при выявлении у больных хламидийной инфекции мочеполовых путей необходимо обследование и лечение их половых партнеров, которые могут быть источником заражения.

Урогенитальный микоплазмоз, его профилактика

Микоплазмоз - болезни человека, поражающие мочеполовую сферу и органы дыхания. Урогенитальные заболевания передаются половых путем.

Этиология. Заболевание вызывают микоплазмы - группа микробов величиной 125-250 нм, характеризующихся полиморфностью и отсутствием ригидной оболочки. Размножаются на бесклеточной среде, потребляют стерины, устойчивы к сульфаниламидам и антибиотикам из группы пенициллинов. Занимают промежуточное положение между бактериями и простейшими.

Источником возбудителя инфекции является человек, заболевания органов дыхания передаются воздушно-капельным путем, урогенитальные - половым.

Урогенитальный микоплазмоз весьма широко распространен и сопутствует ряду других заболеваний. Так, при трихомонозе сопровождается болезнью в 40-69 % случаев, при хламидиозе - 6-15, при гонорее - 22-30 %, сопутствует острым и хроническим заболеваниям мочеполовой сферы и иной этиологии. При микробиологическом исследовании лиц, страдающих воспалительными заболеваниями мочеполового тракта, микоплазмы выявляются у 22-40,5 % мужчин и у 30-68,7 % женщин.

Клиническая картина. Инкубационный период от 3 дней до 5 недель, в среднем составляет 15-19 дней. Урогенитальный микоплазмоз чаще всего является малосимптомным заболеванием с продолжительным течением.

Микоплазмоз у мужчин бывает свежий с острым, подострым или торпидным течением до 2 мес. и хронический с давностью заболевания свыше 2 мес. При этом отмечаются поражение уретры, парауретральных протоков, предстательной железы, семенных пузырьков, придатков яичек, мочевого пузыря.

По клиническим проявлениям урогенитальный микоплазмоз не имеет существенных отличий от воспалительных процессов иной этиологии, если не считать более высокий процент вялотекущих форм с субъективно асимптомным проявлением и незначительными изменениями, которые обнаруживаются при исследовании мочи.

Урогенитальный микоплазмоз наиболее часто поражает предстательную железу и семенные пузырьки с развитием разнообразных проявлений вялотекущего простатита и везикулита.

Микоплазменный эпидидимит - воспаление придатка яичка, развивается постепенно, симптомы выражены слабо, протекают вяло, иногда возникает неопределенная тянущая боль в паховой области, промежности и мошонке. При усилении воспалительного процесса повышается температура тела до 38 °С, а иногда и выше, воспаленный придаток увеличивается, становится плотным, возникает инфильтрат также в семявыносящем протоке и семенном канатике. Рассасывание инфильтрата идет очень медленно, и полного перехода к норме почти никогда не бывает.

В результате внедрения возбудителя нередко развивается *микоплазменный баланит* и *баланопостит*. Возникают жалобы на зуд и выделения из крайней плоти, в которых обнаруживаются микоплазмы. Пораженные участки кожи гиперемированны, отечны, покрыты эрозиями.

Микоплазмоз у женщин может быть наружных и внутренних половых органов. Поражение наружных половых органов чаще всего проходит без субъективных ощущений или со слабо выраженными кратковременными проявлениями, внутренних половых органов - может сопровождаться заболеванием преддверия влагалища, уретры, вестибулярных желез, влагалища, шейки матки. При этом различают свежий микоплазмоз с острым, подострым и торпидным течением до 2 мес. и хронический с давностью заболевания свыше 2 мес.

Свежие формы микоплазмоза у женщин встречаются очень редко и характеризуются слабо выраженными кратковременными ощущениями зуда в сфере гениталий и весьма скудными выделениями из уретры или влагалища.

При хроническом микоплазмозе отмечаются периодически исчезающие зуд и незначительные выделения из влагалища. Другие клинические проявления микоплазмоза нижнего отдела мочеполового тракта ничем не отличаются от воспалительных поражений иной этиологии.

Кроме нижнего отдела микоплазмоз может поражать и верхний отдел женских половых органов с развитием эндометрита, оофорита, аднексита, пельвиоперитонита. Во время беременности вялотекущие, асимптомные и латентные формы микоплазмоза активизируются и часто заканчиваются самопроизвольным абортom, выкидышем, мертворождением или рождением ребенка с малой массой тела. Течение послеродового или послеабортного периода у женщин, страдающих микоплазмозом, отягощается лихорадкой, эндометритом, аднекситом. Новорожденные дети инфицируются микоплазмозом при прохождении через родовые пути, и у них могут развиваться пневмония, абсцесы, менингит, энцефалит, вульвит, при которых микоплазмы выделяются из очагов поражения. Микоплазмы выявляются у детей с множественными врожденными пороками. Предполагают, что они имеют определенное значение в возникновении врожденных пороков.

Диагностика микоплазмоза основана на совокупности клинических, лабораторных и эпидемиологических данных. Наиболее распространенным для обнаружения возбудителя болезни является бактериологический метод исследования; в качестве материала для исследования используют выделения из пораженных органов мочеполового тракта. Из серологических методов диагностики применяют РСК (реакция связывания комплемента), иммунофлюоресценцию, встречный электрофорез и др.

Принципы лечения. Лечение микоплазмоза должно быть комплексным, состоять из специфической и стимулирующей терапии. Для лечения применяют препараты тетрациклиновой группы и эритромицин.

Профилактика. Предусматриваются мероприятия по линии социальных преобразований и воспитательной работы, а также специальные медицинские мероприятия, направленные на предупреждение, раннее выявление, лечение и прекращение распространения болезни. Надежным средством личной профилактики является пользование мужским презервативом.

Гарднереллез

Гарднереллез - негонококковое поражение мочеполовой сферы человека, передающееся преимущественно половым путем.

Этиология. Заболевание вызывает влагалищная палочка - гарднелла, сопутствующая хламидиозу и микоплазмозу.

Влагалищная гарднелла обнаруживается у 60 % женщин при воспалительных заболеваниях влагалища, уретры, шейки матки.

Клиническая картина. Патологический процесс у большинства женщин, страдающих гарднереллезом, проявляется картиной неспецифического кольпита. При развитии острого воспаления появляются боли в области влагалища, ощущение тяжести в нижней части живота, обильные выделения, иногда отмечается зуд и жжение при мочеиспускании. При хроническом течении заболевания основным признаком воспалительного процесса являются выделения из половых путей (бели), реже отмечаются зуд и неприятные ощущения в сфере влагалища. Хронические кольпиты характеризуются длительным течением и склонностью к рецидивированию. У ряда больных кольпит может протекать в скрытой или бессимптомной форме.

При обследовании в острой стадии кольпита слизистая оболочка влагалища гиперемированна, отечна, часто кровоточит при введении зеркал, протирании.

У мужчин заболевание чаще всего протекает асимптомно. Однако при обнаружении возбудителя болезни во время лабораторного обследования необходимо провести курс этиотропной терапии.

Диагноз устанавливают на основании клинической картины и результатов обследования. В качестве основных критериев для постановки диагноза принимают наличие «ключевых клеток», являющихся клетками влагалищного эпителия, покрытых коккобактериями, что считается патогномоническим признаком, и наличие аномальных аминов в вагинальном секрете, при добавлении к которому 10 % раствора КОН появляется неприятный рыбный запах.

Принципы лечения. Лечение гарднереллеза, как и сопутствующего ему трихомоноза, проводится препаратами, предназначенными для лечения заболеваний, вызванных протозойными инфекциями. С этой целью используют тинидазол в таблетках для приема внутрь. Параллельно с этим проводится местное лечение, состоящее из орошений влагалища 1 % раствором пероксида водорода.

Лечение противопротозойными препаратами можно дополнять назначением антибиотиков тетрациклиновой группы как для приема внутрь, так и в виде влагалищных аппликаций. На слизистые оболочки влагалища и малых половых губ с помощью инсуфлятора вдувают порошок, содержащий тетрациклин (0,2 г), борную кислоту (0,3 г), глюкозу (0,5 г); процедура проводится ежедневно в течение 10 дней.

Профилактика гарднереллеза состоит в устранении условий, способствующих проникновению возбудителя инфекции, в соблюдении правил личной и половой гигиены, в своевременном выявлении и лечении гинекологических заболеваний, снижающих эндокринную функцию яичников.

Прогноз при своевременном и правильном лечении благоприятный.

Донованоз

Донованоз (гранулема венерическая) - хроническая инфекционная болезнь, передающаяся главным образом половым путем и характеризующаяся образованием гранулематозных изъязвлений на половых органах и промежности.

По частоте возникновения заболеваний и распространенности донованоз составляет только 1,5 % от всех венерических болезней.

Этиология. Возбудителями болезни являются полиморфные бактерии бобовидной формы, реже в виде короткой палочки или кокка, паразитирующие внутри макрофагов. Впервые возбудитель инфекции был открыт в 1905 г. Ч. Донованом, который выделил эти бактерии из экссудата гранулемы полости рта больного, имевшего аналогичные поражения и на половых органах. Возбудитель болезни выявляется в экссудате пораженных участков кожи в 90-95 % всех случаев донованоза.

Распространение донованоза происходит в основном половым путем, однако изредка встречаются случаи заболевания у детей и взрослых, не имевших половых сношений. Определенную роль в устойчивости человека к заражению донованозом играет уровень напряженности индивидуального иммунитета. Отмечаются различия в уровне заболеваемости разных народностей и социальных групп населения, которые зависят от социально-экономических условий жизни, материальной обеспеченности, грамотности, навыков личной и половой гигиены.

Заболевание донованозом не оставляет иммунитета, возможна реинфекция (повторное заражение) и суперинфекция (дополнительное заражение) больного в условиях незавершившегося инфекционного процесса, которые расценивают как заражение возбудителями иного вида этой болезни.

Клиническая картина. Инкубационный период от нескольких дней до 3-5 мес., а иногда до 9 лет. Болезнь начинается незаметно, без отклонений от нормы в общем состоянии больных. Реакция регионарных лимфатических узлов слабо выражена. На месте внедрения возбудителя (чаще всего на головке полового члена, коже крайней плоти, малых и больших половых губах, реже на промежности или других участках кожи и слизистых оболочек) появляется папула - остро воспаленный узелок умеренной плотности с уплощенной

поверхностью величиной с горошину, который постепенно увеличивается в диаметре, достигая 25-40 мм. В ряде случаев образовавшийся узелок превращается в пузырек (везикулу) и поражение представляется везикулопапулой. В последующем после увеличения в размере в центральной части поражения происходит размягчение с гнойным распадом (пустула) и формируется мягкая на ощупь и почти безболезненная розоватого цвета язва с неровными краями, дно которой покрыто серозно-гнойным отделяемым. Иногда одновременно появляется несколько язв. Воспалительный процесс распространяется по периферии, захватывая большие участки кожи. В случаях переноса отделяемого язвы на другие участки кожи и слизистых оболочек (лицо, губы, слизистые полости рта и др.) своими руками может возникать несколько новых язв.

Встречаются различные клинические формы донованоза: язвенная, веррукозная, цветущая, некротическая, смешанная и др.

Язвенная форма характеризуется склонностью к периферическому росту, распространению на паховые складки, возникновением обширных рубцовых образований.

Веррукозная (бородавчатая) форма - на дне язвы образуются бородавчатые разрастания бледно-розового цвета, которые легко кровоточат, безболезненны, выделяют в небольшом количестве экссудат - воспалительную жидкость, которая засыхает с возникновением серозно-кровоянистых, плотно удерживающихся корок; течение вялое, нарушение лимфооттока, иногда с развитием слоновости наружных половых органов.

Цветущая форма - ярко-красные грануляции по краям и на дне язвы, серозно-гнойное отделяемое с неприятным запахом, зуд вокруг язвы.

Некротическая форма считается наиболее тяжелой, развивается в результате осложнения воспалительного процесса вторичной инфекцией. Клиническая картина язвенного процесса характеризуется омертвением и глубоким распадом тканей с возникновением свищей, регионарного лимфаденита, возможной генерализацией процесса с развитием симптомов общего недомогания, с метастазированием инфекции в среднее ухо, кости, печень, селезенку и др., появлением сепсиса с неблагоприятным исходом.

Склерозирующая форма - возникают рубцовые изменения, которые вызывают деформацию половых органов.

Смешанная форма - появляются симптомы, свойственные нескольким формам болезни.

Продолжительность течения болезни может быть от 2-4 до 30-40 лет, кратковременным считается течение болезни длительностью всего несколько месяцев.

Осложнения встречаются у 15-20 % женщин, страдающих веррукозной, некротической и склерозирующей формами донованоза. Чаще всего осложнения сводятся к развитию слоновости половых губ и клитора, сужению наружного отверстия мочеиспускательного канала, входа во влагалище и заднепроходного отверстия, нарушению анатомического строения и резкой деформации наружных половых органов.

Диагностика. При постановке диагноза донованоза учитывают клиническую картину, форму течения болезни и подтверждают диагноз обнаружением возбудителя в отделяемом, взятом с поверхности язвы, или в кусочке ткани на срезах гранулемы.

Дифференциальный диагноз проводят с сифилисом от первичной сифиломы, вторичной и третичной стадии сифилиса, паховым лимфогранулематозом, мягким шанкром, раком кожи и слизистых оболочек, туберкулезом кожи.

Принципы лечения. Эффективными являются антибиотики широкого спектра действиями и сульфаниламидные препараты, которые и используются для лечения.

В запущенных случаях болезни с развившимися рубцовыми изменениями половых органов бывает необходимость в проведении пластической операции - устранение слоновости, деформирующих рубцов, вульвэктомия, пересадка кожи. Потребность в таких операциях может возникать после излечения донованоза из-за развития уродующих изменений.

Прогноз. При достаточном лечении антибиотиками прогноз бывает благоприятным. В случаях недостаточности радикального лечения у части больных возможны рецидивы, в случаях поздней установки диагноза и запущенности болезни в воспалительный процесс вовлекаются

внутренние половые органы, развивается стеноз ануса, влажлища, уретры, слоновость половых органов. При генерализации процесса, присоединении вторичной инфекции, развитии сепсиса возможен смертельный исход.

Профилактика. Врач, установивший диагноз венерического заболевания, обязан выявить источник заражения и привлечь человека, послужившего источником болезни, к лечению.

ЛЕКЦИЯ № 7

Трихомонадные поражения урогенитального тракта

Трихомоноз - воспалительное заболевание, вызываемое трихомонадами, часто поражающее мужчин и женщин.

Этиология. Возбудителем трихомоноза является трихомонада. Это одноклеточный микроорганизм, относится к типу прстейших, классу жгутиковых. У человека выявлено несколько разновидностей трихомонад - влажлищная, ротовая и кишечная. Влажлищная трихомонада наиболее крупная, размеры ее колеблются от 8 до 40 мкм и более. Мелкие особи ее обычно встречаются при остром воспалительном процессе, крупные - при хроническом течении заболевания. Она имеет пять жгутиков и волнообразную мембрану, с помощью которых может активно двигаться. Вне организма трихомонады быстро утрачивают жизнеспособность, на них губительно действуют прямые солнечные лучи, раствор сулемы (0,1 %), хлорамина Б (1 %), карболовой кислоты (1 %).

В 1989 г. Т. Я. Свищева (Россия) доказала, что возбудителями рака, инфаркта и СПИДа также являются трихомонады (заявки на открытия: НК 425, НК 426, НК 427 от 19.06.1990 г.). Автором было доказано, что рак и инфаркт - паразитарные заболевания, а СПИД сверхпаразитарное, так как возбудителем его является трихомонада - паразит человека и ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) - паразит трихомонады. По данным открытия Т. Я. Свищевой, в медицинской практике колонии трихомонад, образующиеся в органах и тканях, онкологи называют опухолями, а образующиеся в сосудах - кардиологи обозначают атеросклерозом, тромбами, инфарктом миокарда. Образование колоний трихомонад в половых органах становится причиной импотенции. Трихомонада является бесполом самооплодотворяющимся одноклеточным организмом и при каждом делении дает новый вид клетки, схожей с клетками макроорганизма, что маскирует ее от реакции иммунитета организма. Трихомонады прожорливы, питаются различными соками, клетками тканей и крови человека, пожирают сперматозоиды, становятся причиной мужского и женского бесплодия. Трихомонады расщепляют в организме человека сахара с помощью вырабатываемого ими фермента гексокиназы, оставляя ему мало энергии и много молочной кислоты.

Источник влажлищного трихомоноза в обычных условиях - это больной человек или трихомонадоноситель. Заражение происходит, как правило, половым путем. Внеполовое заражение встречается редко и это может быть преимущественно у девочек при пользовании общими мочалкой, ночным горшком, бельем, резиновыми перчатками, медицинскими инструментами и др. Мужчины болеют трихомонозом реже женщин, у 60-80 % мужчин, которые имели половые контакты с больными трихомонозом женщинами, возбудители заболевания обнаруживаются. У женщин, заразивших трихомонозом мужчин, возбудитель болезни обнаруживается почти всегда. Заболевание трихомонозом в 60-70 % случаев сочетается с сифилисом и гонореей.

Трихомоноз у мужчин поражает главным образом уретру и довольно часто простату (до 27,8 %). Основным местом обитания трихомонад у женщин является влажлище, однако они могут нередко поражать также уретру, мочевой пузырь, полость матки. У 14-19 % больных трихомонозом женщин развивается восходящий воспалительный процесс, нередко развивается варикозное расширение вен.

Клиническая картина. Различают свежий трихомоноз с острым, подострым и торпидным (вялым) течением, хронический, продолжающийся 2 и более месяцев и бессимптомный трихомоноз (трихомонадоносительство).

Инкубационный период от 3 дней до 3-4 недель, в среднем 0-14 дней. Особенности течения и клинической картины зависят от вирулентности возбудителя, реактивности организма и сопутствующих заболеваний.

Трихомоноз у мужчин может протекать с проявлениями уретрита, баланопостита, парауретрита, везикулита, куперита, простатита, эпидидимита, орхита.

Трихомонадный уретрит - самая частая клиническая форма болезни у мужчин трихомонадной этиологии. Может протекать остро, подостро и торпидно. Острая и подострая формы характеризуются обильными гнойными выделениями из уретры, торпидная - скудными слизистыми и слизисто-гнойными выделениями. Субъективные ощущения непостоянны и мало выражены: может возникать боль, жжение и зуд при мочеиспускании. Острое течение болезни типично для смешанной гонорейно-трихомонадной инфекции. Хронические трихомонадные уретриты характеризуются торпидным течением с периодическим обострением воспалительного процесса. Для 63 % больных характерны незначительность субъективных признаков, скудные слизисто-гнойные или гнойные выделения, у 37 % больных уретрит остается бессимптомным и возникают осложнения со стороны других мочеполовых органов.

Трихомонадный баланопостит - сочетанное воспаление кожи головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти. Характеризуется скоплением пенистого содержимого серо-желтого цвета, в котором находятся трихомонады.

Трихомонадный эпидидимит - воспаление придатка яичка в результате проникновения трихомонад из уретры по семявыносящему протоку в придаток яичка. Нередко сочетается с орхитом. Развивается постепенно в течение нескольких дней. Характеризуется резкой болезненностью и увеличением придатка яичка и яичка. Поверхность воспаленного придатка становится неровной, бугристой. Чаще поражается хвостовая часть придатка.

Трихомонадный везикулит - воспаление семенных пузырьков. Обычно сопровождается эпидидимитом и простатитом и не проявляется субъективными расстройствами; выявляется при микроскопическом исследовании спермы.

Трихомонадный простатит - воспаление предстательной железы, возникающее у 10,6-27,8% больных на фоне хронического трихомонадного уретрита. Может годами протекать бессимптомно. Однако возбудитель не теряет свою патогенность, вызывает инфицирование полового партнера и обуславливает периодические обострения уретрита. У небольшой части больных нарушается половая функция и фертильность.

Трихомонадный цистит - воспаление стенки мочевого пузыря трихомонадной этиологии. Возбудитель болезни проникает в мочевой пузырь из уретры. В моче обнаруживают трихомонады и иную бактериальную флору. Основными признаками цистита являются боли в низу живота, частое болезненное мочеиспускание, пиурия. Иногда интенсивность боли при мочеиспускании нарастает, принимает постоянный характер и больной не в состоянии удерживать мочу. Однако такое развитие болезни встречается редко.

Трихомоноз у женщин характеризуется преобладающим развитием вульвовагинита (86 %), восходящий воспалительный процесс возникает у 14 % больных. Чаще всего поражается влагалище, канал шейки матки и уретра.

При возникновении воспаления наружных половых органов (*вульвовагинита*) появляется чувство зуда и жжения во влагалище, в сфере наружных половых органов и промежности, выделяются из влагалища пенистогнойные экскреты желтого цвета, усиливающие неприятные ощущения. Больные отмечают боли при половом контакте и неприятные ощущения в низу живота.

При развитии воспаления мочеиспускательного канала (*уретрита*) и мочевого пузыря (*цистита*) появляется учащенное болезненное мочеиспускание. Воспаление слизистой оболочки

матки (*трихомонадный эндометрит*) проявляется длительными маточными кровотечениями, обильными выделениями из шейного - канала матки.

При обследовании больной обнаруживается гиперемия и отечность, мелкие изъязвления слизистой оболочки влагалища и его преддверия. При хроническом течении развиваются остроконечные кондиломы.

Течение трихомоноза у женщин зависит от общего состояния организма, сопутствующих заболеваний (особенно гонореи и кандидоза) и возраста. В большинстве случаев болезнь приобретает хроническое течение, сопровождается обострениями и ремиссиями. Нередко этому способствует неправильное лечение, направленное только против трихомоноза и не учитывающее необходимость лечения сопутствующих заболеваний.

Диагностика. Диагноз трихомоноза считается установленным при обязательном обнаружении трихомонад одним из методов исследования. Однако ни один из методов исследования не дает одномоментного стопроцентного выявления трихомонад. Поэтому для установления диагноза приходится сочетать различные методики, многократно повторять анализы, брать материал для исследования из разных очагов болезни. Перед взятием материала для анализа больные в течение 5-7 дней не должны проводить противотрихомонадное лечение. У женщин для микроскопического исследования берут выделения из влагалища, уретры, канала шейки матки, осадок мочи и др. Живые трихомонады активно двигаются, и их легко обнаружить под микроскопом, обнаружения трихомонад у мужчин берут выделения или соскобы слизистой из уретры, семенных пузырьков, предстательной железы и др. При трихомонадном баланопостите для исследования делают соскоб с эрозированной поверхности головки члена. Нельзя забывать и про необходимость исследования мочи, в которой трихомонад можно обнаружить чаще, чем в отделяемом уретры.

При установлении диагноза трихомоноза на основании бактериологического и бактериоскопического исследования необходимо проводить дифференциальный диагноз с гонореей и другими воспалительными заболеваниями мочеполовой системы.

Принципы лечения. Лечение проводится одновременно обоим половым партнерам как при явных клинических проявлениях, так и при трихомонадоносительстве. На время лечения и последующей контрольной проверки на излеченность половая жизнь прекращается. При хроническом и торпидном течении трихомоноза лечение начинают с применения неспецифической иммунотерапии (инъекции продигозана, молока), пирогенных препаратов (пирогенал), биогенных стимуляторов (алоэ, биосед и др.), витаминотерапии.

Из числа противотрихомонадных средств наиболее эффективными являются тинидазол, орнидазол, ниморазол, трихомонацид, метронидазол.

Противопоказаниями к применению противотрихомонадных препаратов являются заболевания печени, нервной системы, кровотечения, беременность. В связи с этим лечение беременных женщин следует начинать после 6-го месяца беременности с назначением тинидазола по 0,25 г два раза в день в течение 8-10 дней. В первой половине беременности используют местное лечение в виде растворов или вагинальных таблеток. С этой целью возможно использование октилина. Он выпускается в виде 1 % и 3 % эмульсии беловатого цвета. После очистки от слизи стенки влагалища и шейки матки смазывают 3 % эмульсией октилина и вводят во влагалище ватный тампон, смоченный эмульсией этой же концентрации. Поверх этого вводят второй сухой тампон. После извлечения зеркала протирают наружные половые органы, промежность и область заднего прохода ватой, смоченной 3 % эмульсией октилина. Ватой, пропитанной 1 % эмульсией октилина, обрабатывают наружное отверстие уретры. Через 8-10 ч больная удаляет тампоны. Курс состоит из 7 ежедневных процедур.

Лечение трихомонадных простатитов, везикулитов, эпидидимитов целесообразно проводить назначением также антибиотиков широкого спектра действия, так как у мужчин после лечения нередко остается посттрихомонадный воспалительный процесс. Дело в том, что питательной средой для трихомонад являются не только ткани макроорганизма, но и многие другие микробы-антагонисты, активность которых ими подавляется. При быстрой гибели

трихомонад оставшиеся бактерии интенсивно размножаются и возрастает проявление их активности; в этом и заключается причина усиливающихся воспалительных процессов.

После проведенного лечения лица, перенесшие трихомоноз, продолжают находиться под диспансерным наблюдением до установления излеченности. Критерием излеченности у мужчин считается отсутствие выделений из мочеиспускательного канала, а также трихомонад в секрете предстательной железы. Контрольное негодование проводят после алиментарной и механической провокации. У женщин критерием излеченности считаются отрицательные результаты анализов на выявление трихомонад в различных отделах мочеполовой системы на 1, 2 и 3-й день после окончания менструации в течение трех менструальных циклов. Контрольные исследования у мужчин должны проводиться через 7- 10 дней после окончания лечения, а затем через один и два месяца.

Прогноз при проведении комплексного лечения трихомоноза благоприятный. Невыпеченный трихомоноз у женщин способствует развитию поражения слизистых оболочек влагалища и кожи с атрофией наружных половых органов. Неизлеченный трихомоноз у мужчин приводит к двустороннему трихомонадному орхоэпидидимиту, который в 70-80 % случаев является причиной бесплодия.

Профилактика трихомоноза предусматривает раннее выявление больных, что способствует более успешному лечению. Поэтому обследовать на трихомоноз необходимо мужчин, страдающих уретритом, баланопоститом, везикулитом, эпидидимитом, орхоэпидидимитом, циститом, и женщин, имеющих признаки уретрита, бартолинита, вагинита, цервицита, цистита, эндометрита, аднексита, и всех других с подозрением на воспалительные заболевания мочеполовой сферы, страдающих бесплодием, привычными выкидышами, обращающихся для установления беременности.

Женщины, заболевшие трихомонозом, не допускаются к работе в детских дошкольных учреждениях до установления излеченности, девочки - к посещению детских учреждений до излечения от болезни.

4. Практический раздел электронного учебно-методического комплекса «Профилактика венерических заболеваний»

4.1. Практические занятия

ЗАНЯТИЕ № 1

ТЕМА: Профилактика сифилиса. Профилактика гонореи

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптомы, пути проникновения, принципы лечения сифилиса и гонореи.

Сформировать настороженное отношение к возможности заражения венерической болезнью.

Развить правильное представление о болезнях, передающиеся половым путем, о вреде самолечения.

Изучить основные профилактические мероприятия, предупреждающие заражения сифилисом и гонорей.

Добиться свободного изложения научно-теоретических положений, развития самостоятельного мышления, умения отстаивать свое мнение.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: рисунки.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Профилактика сифилиса. Профилактика гонореи. Этиология, возбудитель сифилиса. Пути проникновения в организм. Классификация сифилиса. Приобретенный, врожденный сифилис. Первичный сифилис. Вторичный сифилис. Третичный сифилис. Висцеральный сифилис. Нейросифилис. Сифилитическая гидроцефалия. Психические расстройства. Сифилитические психозы. Сифилис костей и суставов. Диагностика, принципы лечения. Превентивное лечение, профилактическое лечение, пробное лечение. Методики лечения первичного и вторичного свежего сифилиса. Методики лечения вторичного рецидивного и скрытого раннего сифилиса. Этиология гонореи, возбудитель. Пути проникновения в организм. Клиническая картина. Гонорея у женщин, гонорея у мужчин. Диагностика. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика гонореи.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Этиология, возбудитель сифилиса. Пути проникновения в организм.
2. Классификация сифилиса. Приобретенный, врожденный сифилис. Первичный сифилис. Вторичный сифилис. Третичный сифилис. Висцеральный сифилис. Нейросифилис. Сифилитическая гидроцефалия.
3. Психические расстройства. Сифилитические психозы.
4. Сифилис костей и суставов. Диагностика, принципы лечения.
5. Превентивное лечение, профилактическое лечение, пробное лечение.
6. Методики лечения первичного и вторичного свежего сифилиса. Методики лечения вторичного рецидивного и скрытого раннего сифилиса.
7. Этиология гонореи, возбудитель. Пути проникновения в организм. Клиническая картина.
8. Гонорея у женщин, гонорея у мужчин. Диагностика. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика гонореи.

РЕФЕРАТЫ.

1. Болезни, которые передаются половым путем.
2. Профилактика венерических заболеваний.
3. О вреде самолечения при венерических заболеваниях.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА.

Ознакомиться с основными симптомами сифилиса и гонореи, художественными произведениями, изображающие проявления венерических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Яговдик Н.З. Кожные и венерические заболевания, 2000.
3. Николаев Л.А. Профилактика наркоманий и сопутствующих заболеваний / Л.А. Николаев, Д.Л., Николаев. – Мн.: Выш. шк., 2002. - С. 126-150
4. Навроцкий А.Л. Профилактика болезней, передаваемых половым путем / А.Л. Навроцкий и др. – Мн.: Университетское, 2001. – С.110-116, 124-127, 145-148.

Дополнительные учебные пособия:

5. Яговдик Н.З. Венерические болезни: справочник / Н.З. Ягодовик, 1997.
6. Сергеев А.С. Болезни, передающиеся половым путем: краткая энциклопедия 2003.
7. Панкратов В.Г., Панкратов О.В. Болезни, которые передаются половым путем, 1997.

ЗАНЯТИЕ № 2

ТЕМА: Профилактика мягкого шанкра. Лимфогранулематоз венерический, его профилактика

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптомы, пути проникновения, принципы лечения мягкого шанкра, лимфогранулематоза венерического.

Сформировать настороженное отношение к возможности заражения венерической болезнью.

Изучить основные профилактические мероприятия, предупреждающие заражения мягкого шанкра, лимфогранулематоза венерического.

Добиться свободного изложения научно-теоретических положений, развития самостоятельного мышления, умения отстаивать свое мнение.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: лекционный материал, рисунки

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Профилактика мягкого шанкра. Лимфогранулематоз венерический, его профилактика.

Этиология, источник инфекции. Клиническая картина. Диагностика, принципы лечения. Прогноз, профилактика.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Этиология, источник инфекции, клиническая картина мягкого шанкра.
2. Диагностика, принципы лечения. Прогноз, профилактика мягкого шанкра.
3. Этиология, источник инфекции, клиническая картина лимфогранулематоза венерического.
4. Диагностика, принципы лечения. Прогноз, профилактика лимфогранулематоза венерического.
5. Первичный и вторичный период лимфогранулематоза венерического

РЕФЕРАТЫ.

1. Профилактика мягкого шанкра.
2. Разновидности мягкого шанкра.
3. Профилактика лимфогранулематоза венерического.

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Яговдик Н.З. Кожные и венерические заболевания, 2000.
3. Николаев Л.А. Профилактика наркоманий и сопутствующих заболеваний / Л.А. Николаев, Д.Л., Николаев. – Мн.: Выш. шк., 2002. - С. 167-178.

Дополнительные учебные пособия:

4. Яговдик Н.З. Венерические болезни: справочник / Н.З. Ягодовик, 1997.
5. Сергеев А.С. Болезни, передающиеся половым путем: краткая энциклопедия 2003.
6. Панкратов В.Г., Панкратов О.В. Болезни, которые передаются половым путем, 1997.

ЗАНЯТИЕ № 3

ТЕМА: Урогенитальный хламидиоз

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптомы, пути проникновения, принципы лечения урогенитального хламидиоза.

Сформировать настороженное отношение к возможности заражения венерической болезнью.

Изучить основные профилактические мероприятия, предупреждающие заражения урогенитального хламидиоза.

Ознакомить с основами безопасных сексуальных контактов, видами контрацепции.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: раздаточный материал

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Урогенитальный хламидиоз, его профилактика. Возбудитель, источник инфекции. Клиническая картина, диагностика, принципы лечения. Прогноз. Профилактика.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Возбудитель, источник инфекции урогенитального хламидиоза.
2. Клиническая картина, диагностика урогенитального хламидиоза.
3. Принципы лечения. Прогноз урогенитального хламидиоза.
4. Профилактика урогенитального хламидиоза.

РЕФЕРАТЫ.

1. Советы больному венерическими заболеваниями.
2. Ответственность лиц, виноватых в распространении венерических заболеваний. Врачебная тайна.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Основы безопасных сексуальных контактов, виды контрацепции.

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Яговдик Н.З. Кожные и венерические заболевания, 2000.
3. Николаев Л.А. Профилактика наркоманий и сопутствующих заболеваний / Л.А. Николаев, Д.Л., Николаев. – Мн.: Выш. шк., 2002. - С. 167-178.
4. Навроцкий А.Л. Профилактика болезней, передаваемых половым путем / А.Л. Навроцкий и др. – Мн.: Университетское, 2001. – 152 с.

Дополнительные учебные пособия:

5. Яговдик Н.З. Венерические болезни: справочник / Н.З. Ягодовик, 1997.
6. Сергеев А.С. Болезни, передающиеся половым путем: краткая энциклопедия 2003.
7. Панкратов В.Г., Панкратов О.В. Болезни, которые передаются половым путем, 1997.

ЗАНЯТИЕ № 4

ТЕМА: Трихомонадные поражения урогенитального тракта.

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: формировать настороженное отношение к возможности заражения венерической болезнью.

Дать учащимся сведения о безопасных и рискованных ситуациях заражения венерическими заболеваниями, предупредить об опасности случайных половых контактов.

Добиться свободного изложения научно-теоретических положений, развития самостоятельного мышления, умения отстаивать свое мнение.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: лекционный материал, рисунки

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Трихомонадные поражения урогенитального тракта.

Этиология, трихомоноз у женщин, трихомоноз у мужчин. Клиническая картина, диагностика, принципы лечения, прогноз, профилактика.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Возбудитель трихомониаза. Пути заражения.
2. Этиология, трихомоноз у женщин.
3. Этиология, трихомоноз у мужчин.
4. Клиническая картина, диагностика, принципы лечения, прогноз, профилактика трихомониаза.

РЕФЕРАТЫ.

1. Бесплодие у женщин, как результат БППП.
2. Бесплодие у мужчин, как результат БППП.
3. Герпес половых органов.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Безопасные и рискованные ситуации заражения венерическими заболеваниями, опасность случайных половых контактов (беседа со студентами).

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Яговдик Н.З. Кожные и венерические заболевания, 2000.
3. Навроцкий А.Л. Профилактика болезней, передаваемых половым путем / А.Л. Навроцкий и др. – Мн.: Университетское, 2001. – С.127-129.

Дополнительные учебные пособия:

4. Яговдик Н.З. Венерические болезни: справочник / Н.З. Ягодовик, 1997.
5. Сергеев А.С. Болезни, передающиеся половым путем: краткая энциклопедия 2003.
6. Панкратов В.Г., Панкратов О.В. Болезни, которые передаются половым путем, 1997.

4.2 ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

1. Венерические болезни, определение, исторический аспект.
2. Сифилис, классификация сифилиса. Этиология, пути проникновения.
3. Первичный сифилис, его клинические проявления.
4. Вторичный сифилис, его клинические проявления.
5. Третичный сифилис. Его клинические проявления.
6. Врожденный сифилис, его характеристика.
7. Висцеральный сифилис, нейросифилис.
8. Принципы лечения сифилиса, прогноз.
9. Профилактическое лечение сифилиса.
10. Гонорея. Возбудитель, этиология, источник инфекции, клиническая картина, принципы лечения, профилактика гонореи.
11. Гонорея у женщин, последствия, лечение. Профилактика.
12. Гонорея у мужчин, последствия, лечения. Профилактика.
13. Хламидиоз, возбудитель, источник инфекции, клиническая картина, принципы лечения, профилактика.
14. Хламидийный уретрит у женщин, клинические проявления, лечение. Профилактика.
15. Диагностика хламидиоза.
16. Трихомоноз влагалищный, возбудитель, этиология, источник инфекции, клиническая картина, принципы лечения, профилактика.
17. Трихомоноз у мужчин, возбудитель, этиология. Источник инфекции, клиническая картина. Принципы лечения, профилактика.
18. Трихомоноз у женщин, возбудитель, этиология. Источник инфекции, клиническая картина. Принципы лечения, профилактика.
19. Диагностика трихомоноза.
20. Микоплазмоз уrogenитальный, этиология, клиническая картина, принципы лечения, профилактика.
21. Микоплазмоз у женщин, краткая характеристика клинических проявлений, профилактика. Принципы лечения.
22. Микоплазмоз у мужчин, клиника, принципы лечения, профилактика.
23. Мягкий шанкр, возбудитель, этиология, источник инфекции, клиническая картина, осложнения, принципы лечения.
24. Диагностика мягкого шанкра.
25. Возвышающийся мягкий шанкр, клиническая характеристика.
26. Фолликулярный мягкий шанкр, клиническая характеристика.
27. Серпигинозный мягкий шанкр. Клиническая характеристика.
28. Воронкообразный мягкий шанкр, клиническая характеристика.
29. Дифтероидный мягкий шанкр. Краткая клиническая характеристика.
30. Гангренозный мягкий шанкр, краткая клиническая характеристика.
31. Смешанный шанкр, краткая клиническая характеристика.
32. Осложнения мягкого шанкра, их краткая клиническая характеристика.
33. Лимфогранулематоз венерический, этиология. Источник инфекции, клиническая картина, принципы лечения. Прогноз, профилактика.
34. Лимфогранулематозный шанкр - первичный период, краткая характеристика клинических проявлений.
35. Вторичный период лимфогранулематоза венерического, краткая характеристика клинических проявлений.

36. Третичный период лимфогранулематоза венерического, краткая характеристика клинических проявлений. Диагностика лимфогранулематоза венерического.

4.3 ТЕМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Болезни, которые передаются половым путем.
2. Профилактика венерических заболеваний.
3. О вреде самолечения при венерических заболеваниях.
4. Советы больному венерическими заболеваниями.
5. Ответственность лиц, виноватых в распространении венерических заболеваний. Врачебная тайна.
6. Бесплодие у женщин, как результат БППП.
7. Бесплодие у мужчин, как результат БППП.
8. Профилактика распространение БППП у детей.
9. Роль семьи в борьбе с БППП.
10. Гонорея у беременных женщин.
11. Врожденный сифилис, его характеристика.
12. Висцеральный сифилис, его характеристика.
13. Нейросифилис, прогноз.
14. Генитальный герпес: этиология, клиническая картина.
15. Гарднереллез: этиология, клиническая картина, диагноз, принципы лечения, профилактика.
16. Донованоз: этиология, клиническая картина, диагноз, принципы лечения, профилактика.
17. СПИД: этиология, клиническая картина, классификация, профилактика.
18. Бактериальный вагиноз: этиология, клиническая картина, профилактика.
19. Кандидоз (молочница): этиология, клиническая картина, профилактика.
20. Контагиозный моллюск: этиология, клиническая картина, профилактика.
21. Лобковые вши: этиология, клиническая картина, профилактика.
22. Остроконечные кондиломы: этиология, клиническая картина, профилактика.
23. Цитомегаловирус: этиология, клиническая картина, профилактика.
24. Чесотка: этиология, клиническая картина, профилактика.
25. Лабораторная диагностика венерических болезней.

5. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для обеспечения данной дисциплины необходимы: видеофильмы, рисунки, фотографии.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная

1. Яговдик Н.З. Кожные и венерические заболевания / Н.З. Яговдик. – Мн.: Вышэйшая школа, 2000. – 270 с.
2. Навроцкий А.Л. Профилактика болезней, передаваемых половым путем / А.Л. Навроцкий и др. – Мн.: Университетское, 2001. – С.127-129.
3. Николаев Л.А. Профилактика наркоманий и сопутствующих заболеваний / Л.А. Николаев, Д.Л.Николаев. – Мн.: выш.шк., 2002. – 207 с.

Дополнительная

4. Венерические болезни: справочник / Под общ.ред. Н.З. Ягодовик. - Мн.: беларуская навука, 1997. – 336 с.
5. Сергеев А.С. Болезни, передающиеся половым путем: краткая энциклопедия / А.С. Сергеев, 2003.
6. Панкратов В.Г., Панкратов О.В. Болезни, которые передаются половым путем, 1997.
7. Голубев С.А. Профилактика СПИДа и наркомании: учеб.- метод. пособие / С.А. Голубев. – Витебск: изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2006. – 79 с.

РЕПОЗИТОРИЙ ВГУ