***Учреждение образования «Полоцкий государственный учебный центр подготовки, повышения квалификации и переподготовки кадров со средним специальным медицинским образованием имени героя советского союза З.М. Туснолобовой-Марченко»***

**Тема реферата:**

***Инфекции, передаваемые половым путём***

***Выполнил слушатель: Шнитковская Светлана Леонидовна,***

***курс «Дифференцированный подход к планированию и***

***осуществлению сестринского ухода за пациентами с кожными и***

***венерическими заболеваниями»***

***Руководитель: Городович Алексей Николаевич***

**Полоцк 2007 г.**

***ВВЕДЕНИЕ***

В настоящее время насчитывается более 20 заболеваний, передаваемых половым путём (ЗППП). Они характеризуются высокой контагиозностью и сравнительно быстрым распространением среди определённых групп населения.

По классификации ВОЗ в другую группу включены болезни, передающиеся главным образом половым путём с преимущественным поражением половых органов: хламидиоз, трихомониаз, кандидозные вульвовагиниты и баланопоситы, микоплазмоз, генитальный герпес, бактериальный вагиноз. Имеется также ряд заболеваний, которые могут иметь как половой, так и неполовой пути передачи (папилломавирусные инфекции половых органов, генитальный контагиозный моллюск, урогенитальный шигеллёз гомосексуалистов, лобковый педикулёз, чесотка, гепатит В, лямблиоз, амёбиаз, цитомегалия). В последние годы к перечисленным болезням присоединилось столь грозное заболевание как СПИД.

Заболевания, передаваемые половым путём, представляют собой группу инфекций, которые передаются в основном при половом контакте. В настоящее время в большинстве стран ЗППП относятся к наиболее распространённым инфекционным болезням, подлежащим регистрации. Заболеваемость этими инфекциями продолжает оставаться на неприемлемо высоком уровне, несмотря на некоторые колебания в ту или иную сторону.

Установлено, что половым путём передаётся свыше 20 возбудителей. Некоторые из них (Chlamydia trachomatis, Herpes simplex virus, Papillomavirus hominis, Hepatitis B virus, Human immunodeficiency virus) постепенно вытесняют возбудителей классических бактериальных болезней (сифилис, гонорея, шанкроид и др.) как в плане значимости, так и в плане частоты случаев. Этих возбудителей, считающихся вторым поколением микроорганизмов, передаваемых половым путём, зачастую трудно идентифицировать, а вызываемые ими инфекции труднее лечить. Они могут вызывать тяжёлые осложнения, приводящие к хроническим нарушениям, инвалидности и даже смерти

***1. ТРИХОМОНИАЗ***

Трихомониаз является одним из наиболее распространённых заболеваний мочеполового тракта и пока занимает первое место среди заболеваний, передаваемых половым путём. Инфекция имеет «космополитический» характер, так как от неё страдают 170 миллионов человек на земном шаре.

Возбудителем мочеполового трихомониаза является влагалищная трихомонада – Trichomonas vaginalis. Она относится к простейшим – Protozoa, классу жгутиковых – Flagellata, роду трихомонад – Trichomonas. У человека паразитируют 3 вида трихомонад: Trichomonos tenax ( в полости рта), Trichomonos hominis (в желудочно-кишечном тракте), Trichomonos vaginalis (в мочеполовом тракте). Урогенитальные трихомонады бывают трёх форм: грушевидной, амебовидной и пучкующейся.

Влагалищная трихомонада представляет собой самостоятельный вид, в естественных условиях обитает только в мочеполовом аппарате человека и не поражает животных. Основным местом обитания Trichomonos vaginalis в женском организме является – влагалище, у мужчин – предстательная железа и семенные пузырьки. Однако при первом попадании в организм трихомонады всегда вызывают уретрит. Заражение происходит половым путем при контакте с больным или носителем инфекции.

***Клиника:*** В зависимости от длительности заболевания и интенсивности реакции организма на внедрение возбудителя различают следующие формы трихомониаза:

***- свежая***

- острая,

- подострая,

- торпидная (малосимптомный);

***- хроническая*** (торпидное течение и давность заболевания свыше 2-ух месяцев);

- ***трихомонадоносительство*** (при наличии трихомонад отсутствуют объективные и субъективные симптомы заболевания).

Для хронического трихомониаза характерны периодические обострения, которые могут быть обусловлены половыми возбуждениями и сношениями, употреблением алкоголя, снижением сопротивляемости организма, нарушениями функции яичников и изменением рН содержимого влагалища.

Инкубационный период при трихомониазе равен в среднем 5-15 дней, но может колебаться от 1-3 дней до 3-4 недель.

Трихомонадный уретрит у мужчин по клинической картине ни чем не отличается от уретритов др.этиологии. При острой форме воспалительный процесс протекает бурно с обильными гнойными выделениями из уретры и дизурическими явлениями. При подостром уретрите симптомы незначительные, выделения из уретры в небольших количествах серого или серовато-жёлтого цвета, моча в первой порции слегка мутная с умеренным количеством хлопьев. Для торпидной формы трихомонадного уретрита у мужчин, которая встречается чаще всего, характерна скудность объективных и субъективных симптомов или полное их отсутствие. Иногда при хронических и вялотекущих формах трихомониаза инфекция распространяется в заднюю уретру и возникает тотальный уретрит. В этих случаях появляются учащённые мочеиспускания, рези, жжение в конце акта мочеиспускания, тотальная пиурия и терминальная гематурия.

Осложнения при трихомонадных уретритах у мужчин встречаются часто и представлены в виде простатита, везикулита и эпидидимита. При длительном течение возможно образование множественных стриктур уретры.

Клиническая картина острого трихомониаза у женщин характеризуется симптомами вагинита, к которому могут присоединиться вестибулит, уретрит, эндоцервицит, эндометрит. При острой форме заболевания женщины жалуются на обильные, раздражающие кожу выделения и значительный зуд наружных половых органов. Беспокоит также жжение и болезненность при мочеиспускании. При осмотре находят воспалительные изменения от умеренной гиперемии свода влагалищаи шейки матки до обширных эрозий, петехиальных геморрагий и опрелости в области промежности. Весьма характерным, но не постоянным признаком является наличие гранулематозных, рыхлых поражений слизистой оболочки шейки матки красноватого цвета (малиновая шейка матки). В области заднего свода шейки матки имеется скопление жидких, серовато-жёлтых, пенистых выделений. Губки уретры нередко отёчны и гиперемированы. При вовлечение в воспалительный процесс уретры, можно выдавить небольшое количество гнойных выделений при массаже. При торпидной форме трихомониаза объективные и субъективные ощущения могут полностью отсутствовать. Слизистые оболочки влагалища и наружных половых органов имеют нормальную окраску или незначительно гиперемированы; выделения из вагины молочного цвета в незначительном количестве.

Мочеполовой трихомониаз у девочек чаще всего проявляется в виде вульвовагинита или вульвовестибуловагинита. Органы полости малого таза не поражаются, что связано с недостаточностью эстрогенизации у девочек до наступления менархе. Острый вульвовестибуловагинит проявляется диффузной гиперемией и припухлостью наружных половых органов, а также прилегающих участков кожи бёдер и промежности. В области вульвы, геменального кольца, влагалища и наружного отверстия мочеиспускательного канала отмечаются эрозии и язвочки. Выделения гнойные, жидкие, пенистые с раздражением кожи наружных половых органов. Нередко в процесс вовлекается уретра и при надавливании на её заднюю стенку можно отметить появление выделений. Больных беспокоит зуд, жжение Отмечается неприятный запах отделяемого, расчесы в области гениталий. При переходе в хроническую стадию субъективные и объективные признаки трихомониаза выражены слабее.

***Диагностика:*** Диагноз мочеполового трихомониаза устанавливается на основании клинических признаков заболевания и обнаружения в исследуемом материале трихомонад.

Для успешной диагностики трихомониаза следует придерживаться следующих принципов:

- сочетанное использование различных способов диагностики;

- неоднократное исследование изучаемого материала;

- забор материала из разных очагов (уретра, мочевой пузырь, вульва, вагина, протоки больших вестибулярных желез);

- правильная техника забора и транспортировка материала.

Для лабораторной диагностики трихомониаза применяют следующие методы:

- микроскопия нативного препарата;

- микроскопия окрашенного препарата;

- культуральные;

- люминесцентная микроскопия;

- иммунологические;

Экспресс-метод (латекс-агглютинация).

***Лечение:*** Лечению подлежат все больные, у которых обнаружены влагалищные трихомонады, а также больные с воспалительными процессами, у которых при исследовании трихомонады не обнаружены, но найдены у полового партнёра. Терапия должна быть комплексной и с учётом топического диагноза. При хронической или торпидной форме лечение начинают с неспецифической иммунотерапии, пирогенных препаратов (пирогенал), биогенных стимуляторов (алоэ, ФиБС, инъекции стекловидного тела), витаминотерапии.

Одним из наиболее эффективных препаратов является трихопол (метронидозол, флагил). При свежем трихомонозе с острым и подострым течением препарат принимают по 0,25 г три раза в день 4 дня, в последующие 4 дня – по 1 таблетке 2 раза в день или же в первый день по 0,5 г 2 раза в день, во второй – по 0,25 г 3 раза в день и в последующие четыре дня по 0,25 г 2 раза в день. Излечение достигается у 98-99% мужчин и у 85-98% женщин.

При хронических формах трихопол назначают в первый день по 0,75 г3 раза в день, во второй 0,75 г утром, 0,5 г в обед, 0,75 г. вечером, в третий день по 0,5 г. 3 раза в день, в четвёртый день по0,5 г 2 раза в день и в пятый 0,25 г 3 раза в день, на курс 7,5 г. Одновременно вечером во влагалище закладывается свеча или вагинальная таблетка, содержащая 0,5 г трихопола.

Девочкам в возрасте 1 – 5 лет трихопол назначают по1/3 таблетки 2-3 раза в день; в возрасте 6 – 10 лет – по ½ таблетки 2 раза в день; в возрасте 11 – 15 лет – по 0,25 г 2 раза в день в течение 10 дней. Лечение беременных женщин начинается после 6-го месяца беременности с назначения по 0,25 г препарата 2 раза в день в течение 8 – 10 дней. В первой половине беременности рекомендуется местная терапия 1 – 4%-ным водным раствором метиленового синего в виде смазывания. Назначается также надсоджин по 0,5 г 2 раза в день, 6 дней и тиберал по 0,5 г 2 раза в день, 5 дней.

Во время лечения запрещается половая жизнь, употребление алкогольных напитков и острой пищи.

При острых и подострых формах уретрита у мужчин уретру промывают раствором (1:6000 –1:8000) оксицианистой ртути, после этого вводят в уретру на 10 – 15 мин. 6 – 8 мл. 5 – 10%-ной водной или масляной взвеси осарсола и борной кислоты. С прекращением острых воспалительных явлений, а также при свежих торпидных и хронических уретритах осарсол вводят в переднюю часть уретры через тубус уретроскопа в порошкообразном виде или в виде уретральных палочек в течение 8 – 10 дней. При хронических уретритах вводят тампон, пропитанный смесью, состоящей из протаргола (0,1 г), осарсола (2,5 г), двууглекислой соды (2,0 г) и глицерина (50,0), оставляя его на 1,5 – 2 ч.

При хроническом уретрите женщинам назначают инстилляции 0,25 – 0,5%-ного раствора ляписа или 1 – 2%-ного раствора протаргола через 1 – 2 дня; смазывание слизистой уретры растворами Люголя на глицирине или 1 – 2%-ным раствором ляписа через 2 дня, всего 8 – 10 процедур. Рекомендуется массаж уретры при наполненном мочевом пузыре раствором марганцевокислого калия (1:6000) или оксицианистой ртути (1:8000) с последующим введением(после опорожнения мочевого пузыря) порошка осарсола (0,3 г).

Поражённые парауретральные ходы подвергают диатермокоагуляции или вводят 1%-ный раствор ляписа. При воспалении больших вестибулярных желез наряду с общепринятыми методами лечения (аутогемотерапия, тепловые процедуры и др.) протоки промывают раствором осарсола или 4%-ным водным раствором метиленового синего с помощью шприца с затуплённой иглой.

При остром вульвоваггините рекомендуются тёплые сидячие ванны с настоем ромашки, шалфея, с марганцевокислым калием (1:8000) 2 раза в день. Одновременно этими же растворами делают спринцевание влагалища под давлением. На ночь во влагалище вводят шарики, содержащие осарсол, антибиотики и фунгицидные препараты.

После стихания острых воспалительных явлений при торпидном и хроническом кольпите применяются присыпки порошкообразной смеси вышеуказанного состава, а также рекомендуется ежедневные смазывания слизистой уретры, вульвы, влагалища 4%-ным водным раствором метиленового синего.

У мужчин через 7 – 10 дней после окончания лечения производят пальпаторное обследование предстательной железы и семенных пузырьков и микроскопическое исследование их секрета. Спустя 10 – 12 дней после окончания терапии назначают провокацию. Применяют только алиментарную (острая пища) и механическую(массаж уретры на буже) провокацию. Если после этого в отделяемом или соскобе со слизистой уретры и в первой порции свежевыпущенной мочи трихомонады не обнаружены, а также отсутствуют симптомы уретрита, повторное обследование, уретроскопию, а при необходимости провокацию проводят через 1 месяц.

Первые контрольные исследования у женщин проводят через 7 – 8 дней после окончания лечения. В дальнейшем исследования осуществляют в течение трёх менструальных циклов (лучше перед менструацией или через 1 –2 дня посде её окончания). Девочки перенёсшие трихомоноз, подвергаются контрольному обследованию ежемесячно в течение трёх месяцев.

При развитии посттрихомонадных воспалительных процессов, зачастую обусловленных бактериальной флорой, уреаплазмами, хламидиями, гарднереллами клинического выздоровления можно добиться путём назначения антибиотиков широкого спектра действия или фунгицидных препаратов.

***Профилактика:*** Профилактические мероприятия при трихомониазе направлены на своевременное и полное выявление зараженных трихомонадами лиц:

- выявление и лечение больных трихомониазом;

- выявление, обследование и лечение лиц, послуживших источником заражения и половых контактов;

- обследование на трихомониаз всех лиц, страдающих воспалительными заболеваниями мочеполовых органов;

- санитарно-гигиенические мероприятия (обеззараживание медицинского инструментария, обработка резиновых перчаток; влагалищное исследование только в перчатках, предпочтительно одноразового использования из синтетических материалов);

- санитарно-просветительская и воспитательная работа среди населения.

***2. ГАРДНЕРЕЛЛЕЗ***

Заболевание относится к группе негоноккоковых поражений урогенитального тракта, передающихся преимущественно половым путём. Заболевание вызывается Gardnella vaginalis. Она представляет собой мелкие грамотрицательные или гамвариабельные палочки, нередко коккобацилы, неподвижные, длиной 1 – 2 мкм, толщиной 0,3 – 0,6 мкм. Обладает полиморфизмом.

***Клиника:*** У большинства женщин, страдающих гарднереллезом, патологический процесс проявляется в виде неспецифического кольпита. Больные отмечают жжение, зуд, появление водянистых сероватых или зеленоватых с неприятным запахом выделений из влагалища. У мужчин заболевание протекает асимптомно. Тем не менее при обнаружении у них во время лабораторного обследования «ключевых клеток» требуется проведение курса этиотропной терапии.

***Диагностика:*** Диагноз ставится на основании комплекса основных и вспомогательных тестов. К основным критериям относится наличие «ключевых клеток», которые представляют собой клетки влагалищного эпителия, сплошь покрытые небольшими грамвариабельными коккобактериями. Этот критерий является патогмоничным признаком заболевания. Для выявления «ключевых клеток» нативные препараты окрашивают по Граму.

Другим основным критерием служит появление аномальных аминов в вагинальном секрете. При добавлении к вагинальному секрету 10%-ного раствора КОН появляется неприятный рыбный запах. Дополнительным критерием является повышение рН выделений от 5 до 6,5 при значительном уменьшении или полном отсутствии молочнокислых бактерий в отсутствие лейкоцитоза и грамвариабельности коккобациллярной микрофлоры. Для постановки диагноза необходимо наличие не менее двух критериев с обязательным выявлением «ключевых клеток».

***Лечение:*** Используются препараты из группы 5-нитромидазола. Применяют тинидазол 2 дня по 2 г одномоментно и 2 дня по 0,5 г 2 раза в день. Одновременно влагалище орашают 1%-ым раствором перекиси водорода. При осложнённых и хронических формах патологии тинидазол назначают внутрь: в первый день по 0,5 г 4 раза в день, на второй – по 0,5 г 2 раза вдень, на третий – по 0,5 4 раза в день, на четвёртый – по 0,5 г. 2 раза в день. Параллельно применяют аминокапроновую кислоту по 2 г 3 раза в день в течение 6 дней и местновагинальные орошения раствором томицида (6 – 8 процедур). Назначается также трихопол по 0,5 г 3 раза в день в течение 6 дней. Лечение нитромидазольными препаратами можно сочетать с назначением антибиотиков тетрациклинового ряда. Хорошие результаты получены от назначения делацина внутрь или в виде аппликаций. Одновременно в слизистые оболочки влагалища и малых половых губ втирают порошок, содержащий тетрациклина 0,2 г, борной кислоты 0,3 г, глюкозы 0,5 г (в течение 10 дней).

***Профилактика:*** Ничем не отличается от профилактики при других мочеполовых заболеваниях.

***3. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ***

Бактериальный вагиноз (гарднереллез, анаэробный вагиноз, неспецифический бактериальный вагинит, гарднереллезный вагинит) занимает определённое место среди болезней, которые возникают в результате половых контактов и, по данным специалистов, им страдают 20% женщин детородного возраста.

Бактериальный вагиноз – это заболевание, возникающие в результате резкого дисбаланса вагинальной микрофлоры и вызванное замещением нормальной микрофлоры влагалища, в которой преобладают лактобактерии, анаэробными микроорганизмами, Gardnella vaginalis и Mycoplasma hominis.

***Клиника:*** Клинические проявления заболевания не имеют характерных признаков, однако все же можно выделить наиболее частые симптомы и признаки:

- обильные однородные кремообразные влагалищные выделения серовато-белого цвета, прилипающие к стенкам влагалища;

- выделения часто имеют неприятный рыбный запах, который возникает в результате распада аминов, вырабатываемых анаэробными бактериями;

- воспаление влагалища;

- 50% женщин жалуются на вульвовагинальное раздражение в виде зуда и жжения, а также на неприятные ощущения при половом акте.

***Осложнения заболевания:*** В последнее время накоплено большое количество данных, свидетельствующих о том, что бактериальный вагиноз является фактором риска возникновения инфекционных осложнений:

- рецидивирующие воспалительные заболевания органов репродуктивной системы и мочеполовых путей;

- патологические маточные кровотечения;

- рост осложнений после операций на органах малого таза и кесарева сечения;

- преждевременный разрыв плодных оболочек при родах;

- хорионамнионит;

-послеродовый эндометрит;

- снижение веса и появление пневмонии у новорождённого.

Механизм возникновения перечисленных осложнений до конца не ясен.

***Диагностика:*** Критерии для диагностики бактериального вагиноза были предложены R.Amsel et al. (1983) и в дальнейшем они получили международное признание.

***Диагностические критерии бактериального вагиноза:***

**1) обнаружение ключевых клеток;**

**2) гомогенные кремообразные влагалищные выделения;**

**3) влагалищный рН > 4,5;**

**4) аминовый тест.**

**Ключевые клетки** являются патогномоничным признаком бактериального вагиноза. В нативных препаратах обнаруживают плоские эпителиальные клетки, к поверхности которых прикрепляются герднереллы, придавая им характерный «приперченный» вид. Окрашивание метиленовым синим усиливает контраст.

**Влагалищные выделения** – наличие гомогенных, жидких, имеющих запах рыбы выделений, прилипающих к стенке влагалища.

У женщин больных бактериальным вагинозом, продуцирующая амины флора поднимает рН > 4,5. Величина рН может быть легко определена с помощью погружения пинцетом рН бумаги в секрет заднего или бокового влагалищного свода.

**Аминовый тест.** При добавлении одной или двух капель выделений к 5 – 10%-ной гидроокиси калия на предметном стекле, возникает запах рыбы (аминовый запах).

Как минимум **наличие трёх** из вышеперечисленных критериев может служить основанием *для установления диагноза* **бактериальный вагиноз**.

Самым доступным, недорогим и точным лабораторным тестом является окраска влагалищного секрета по Грамму.

***Лечение:***

***Препараты выбора:***

Метронидазол внутрь по 0,5 г 2 раза в день в течение 7 дней.

***Альтернативные методы:***

Метронидазол внутрь 2 г однократный пероральный приём.

Метронидазол-гель (0,75%) вводится интравагинально с помощью стандартного аппликатора по 5,0 г 1 раз в сутки в течение 7 дней (противопоказан в 1-ом триместре беременности) или по 5,0 г 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Далацин Ц, капсулы (клиндамицина гидрохлорид) внутрь по 0,3 г 2 раза в день в течение 7 дней.

Котримоксазол крем применяется местно 2 раза в сутки в течение 7 дней.

Для лечения беременных женщин со второго триместра беременности препаратами выбора являются метронидазол и клиндамицин для приема внутрь (клиндамицин – 0,3 г 2 раза в день в течение 5 дней или метронидазол – 0,5 г 2 раза в сутки в течение 3-5 дней). В первом триместре беременности пероральное применение указанных препаратов противопоказано. Для местного лечения беременным женщинам, кроме 2% вагинального крема далацин, рекомендуется метронидазол-гель.

***Профилактика:*** Ничем не отличается от профилактики при других мочеполовых заболеваниях.

***4. УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ***

Урогенитальный кандидоз – грибковое заболевание слизистых оболочек и кожи мочеполовых органов, вызываемое дрожжеподобными грибами рода Candida ( преимущественно albicans, krusei, tropicalis). Поражение мочеполового тракта является одним из наиболее часто встречающихся проявлений кандидоза. Генитальные кандидозы широко распространены, пртекают хронически и склонны к рецидивам.

Клиника: В настоящее время не существует общепринятой клинической классификации урогенитального кандидоза. Рекомендуют различать следующие клинические формы: с указанием топического диагноза:

*- кандидонасительство*;

*- острый урогенитальный кандидоз*;

*- хронический (рецидивирующий) урогенитальный кандидоз*.

Под кандидоносительством подразумевают:

- полное отсутствие клинических проявлений кандидоза;

- постоянное обнаружение псевдомицелия в биологических средах, в основном почкующихся клеток дрожжеподобного гриба, в незначительном количестве и только изредка.

Кандидоносители служат причиной инфицирования половых партнёров урогенитальным кандидозом, а также новорожденных в процессе родоразрешения.

Урогенитальный кандидоз встречается чаще у женщин, реже – у мужчин.

При острой и подострой формах кандидоза длительность заболевания не превышает 2 мес. Воспалительные явления носят ярко выраженный характер: гиперемия, отек, высыпания везикул накже и слизистых оболочках. При хронических формах давность процесса составляет свыше 2-ух мес. На кожных и слизистых покровах преобладают вторичные элементы в виде инфильтрации, лихенизации, атрофичности тканей.

У женщин наиболее часто урогенитальный кандидозный процесс локализуется в области наружных половых органов и влагалища.

***Кандидозные вульвит и вульвагинит*** без поражения мочевыводящих путей характеризуется следующими симптомами:

- увеличение количества отделяемого из влагалища;

- необычно белый с «молочными» бляшками цвет выделяемого;

- зуд, чувство жжения или раздражения в области наружных половых органов;

- повышение чувствительности слизистой к воде и моче;

- усиление зуда и болезненных ощущений после полового акта;

- неприятный запах, усиливающийся после полового сношения.

***Кандидозный вульвит*** – поражение дрожжеподобными грибами больших половых и малых половых губ, клитора, преддверия влагалища.

Типичные проявления кандидозного вульвита характеризуются зудом или чувством жжения различной интенсивности. Зуд обостряется в предменструальный период и исчезает или уменьшается в менструальную и постменструальную фазы цикла. Слизистые оболочки наружных половых органов умеренно или интенсивно гиперемированы с багрово-синюшным оттенком. Возможны высыпания в виде мелких везикул, которые вскрываясь, образуют точечные или сливающиеся между собой эрозии с полицикличными краями и отторгшимся эпидермосом по периферии. Между малыми половыми губами могут быть наслоения белых крошковатых творожистых плёнок. При хроническом течении кандидозного процесса слизистые оболочки наружных половых органов находятся в состоянии гиперемии и инфильтрации. Нередко отмечаются лихенификация и сухость больших и малых половых губ, имеющих белесоватую поверхность. У некоторых больных кандидозный вульвит распространяется на кожу пахово-бедренных складок и перианальной области.

***Кандидозный вагинит*** – микотическое поражение не только слизистых оболочек влагалища, но и влагалищной части шейки матки.

Кандидозный вагинит характеризуется пятнистой краснотой слизистой оболочки влагалища с беловатым густым сметанообразным отделяемым, а иногда крошковатыми налетами, рыхло сидящими на геперемированной слизистой оболочке. Нередко имеются обширные эрозии на стенках и сводах влагалища. Белые творожистые, обильные, жидкие или сливкообразные, часто пенистые и даже гнойные с неприятным запахом. Больные ощущают зуд, жжение и небольшую болезненность.

***Кандидозный эндоцервицит*** как самостоятельное заболевание никогда не наблюдается, а только совместно с кандидозным вагинитом. В результате влагалищного кандидоза дрожжеподобные грибы по протяжению проникают в отверстие шейки матки в глубь канала. Заболевание наблюдается у женщин с неполноценной функцией яичников. При типичной форме эндоцервицита в глубине канала шейки матки имеетсябольшое количество белых крошковатых комочков или белое густое слизистоеотделяемое. При малосимптомной форме данного заболевания обнаруживается слизистая пробка, свисающая на заднюю губу отверстия матки.Возможно очень скудное молочно-слизистое отделяемое.

***Кандидозный уретрит и цистит*** у женщин диагностируется сравнительно редко, что обусловлено отсутствием патогномичной симптоматики.

У мужчин наиболее частым признакм урогенитальногокандидоза является воспаление головки полового члена (баланит) и внутреннего листка крайней плоти (постит). Обычно эти воспаления сочетаются.

***Кандидозный баланопостит*** проявляется зудом и жжением в области головки полового члена. Клиническая картина данного заболевания довольно вариабельна. Кандидозный баланопостит может протекать в эрозивной, мембранозной и эритимо-пустулёзной формах. Чаще всего на головке полового члена в области венечной борозды и на внутреннем листке крайней плоти имеются гиперемия кожи, легкая отечность, инфильтрация. Кандидозный баланопостит может осложняться гангренизацией, рожистым воспалением полового члена, лимфангитами, лимфаденитами, бородавчатыми разрастнаниями, язвами с вегетациями, карциномами полового члена.

***Кандидозный уретрит*** встречается реже, чем баланопостит.

Диагностика: Лабораторная диагностика урогенитального кандидоза включает следующие виды исследований:

- микроскопия;

- культуральная диагностика;

- серологические реакции;

- иммунологические методы;

- иммуноферментный анализ;

- полимеразная цепная реакция.

***Лечение:*** Лечение необходимо начать с устранения причины, которая привела к появлению урогенитального кандидоза. Необходимо отменить антибактериальный препарат, прекратить пользоваться или выбрать другое контрацептивное средство, заняться лечением нарушения обмена веществ. Для подавления грибковой флоры применяются специальные противогрибковые антибиотики. Эти же антибиотики могут использоваться для инстилляций мочеиспускательного канала и в виде мази при баланопостите. Поскольку неправильная антибактериальная терапия часто становится причиной снижения иммунитета организма, не будут лишними иммунокоррегирующие препараты, поливитамины. Если не лечение, то обследование на урогенитальный кандидоз половых органов необходимо провести всем партнерам.

***Профилактика:*** Профилактика урогенитального кандидоза состоит в соблюдении правил личной гигиены, эффективном лечении больных и уменьшении контактов с инфицированными пациентами. Для профилактики урогенитального кандидоза предложена внутривлагалищная вакцинация секреторными фунгицидными токсиноподобными анти-идиотипическими антителами.

***5. ХЛАМИДИОЗ***

Заболевание вызывается бактериями рода хламидий. В природе существует 2 вида хламидий, первый вид поражает животных и птиц и может вызвать у людей инфекционное заболевание – орнитоз. Второй вид хламидии носит название Chlamidia trachomatis. Известно около 15 ее разновидностей, некоторые из них вызывают трахому, венерический лимфогрануломатоз. Две из 15 разновидностей хламидий поражают мочеполовую систему человека, вызывая урогенитальный хламидиоз.

По своим свойствам хламидии занимают промежуточное положение между вирусами и бактериями. Поэтому до сих пор хламидиоз диагностируется и лечится с большим трудом, нежели обычные бактериальные инфекции.

Урогенитальный хламидиоз относится к заболеваниям, передающимся половым путем. Часто отмечается сочетание хламидиоза с другими мочеполовым инфекциями – трихомониазом, гарднереллезом, уреаплазмозом.

***Клиника:*** Инкубационный период при хламидиозе составляет примерно 1-3 недели. Заболевший хламидиозом замечает характерные стекловидные выделения из мочеиспускательного канала по утрам. Могут отмечаться зуд или неприятные ощущения при мочеиспускании, слипание губок наружного отверстия уретры. Иногда страдает общее состояние - отмечается слабость, незначительно повышается температура тела. Следует отметить, что хламидиоз часто протекает без выраженных признаков или вообще никак не проявляется.

Даже без лечения через некоторое время (около 2 недель) симптомы заболевания исчезают. Хламидиоз при этом приобретает хроническое течение, хламидийная инфекция как бы "консервируется" в организме, дожидаясь случая, чтобы снова напомнить о себе.

***Осложнения заболевания:*** Основная опастность хламидиоза заключается именно в тех осложнениях, которые он может вызвать. По прошествии некоторого времени хламидии "добираются" до предстательной железы и семенных пузырьков, вызывая хронические простатит и везикулит. Далее хронический процесс распространяется на придаток яичка, что может привести к обтурационной форме мужского бесплодия.

Хламидии также могут попасть на стенку мочевого пузыря и вызвать геморрагический цистит. Хроническое воспаление мочеиспускательного канала, вызванное хламидиями, приводит к развитию его сужения (стриктуры).

У женщин хламидийная инфекция часто вызывает непроходимость фаллопиевых труб, внематочную беременность, послеродовый или послеабортный эндометрит. Беременность у больной хламидиозом часто протекает с осложнениями.

Помимо различных осложнений, касающихся половых органов, хламидиоз может вызывать поражение других органов. Тогда это заболевание уже будет называться болезнью, или синдромом Рейтера. При синдроме Рейтера могут поражаться глаза (хламидийный конъюктивит), суставы (чаще голеностопные, коленные и позвоночник), кожа, внутренние органы (чаще гепатит, но могут поражаться практически любые органы).

***Диагностика:*** Диагностика хламидиоза более сложна, чем бактериальной инфекции. Самые простые методы имею точность не более 40%. Наиболее точным и доступным методом определения хламидий в отделяемом из уретры на сегодняшний день является реакция иммунофлюоресценции (РИФ) с использованием антител, меченых особым веществом – ФИТЦ***.***

***Лечение:*** В силу особенностей хламидий, антибактериальные препараты против них не так эффективны, как против обычных бактерий, поэтому лечение хламидиоза более сложное и трудоемкое. Кроме курса антибактериальной терапии оно обязательно включает в себя иммуномодулирующую терапию, поливитаминотерапию, нормализацию образа жизни, диету, отказ от половой жизни на время лечения. Лечение обязательно должно проводиться всем партнерам. По окончании курса проводятся контрольные анализы. Если хламидии не обнаруживаются, то анализы проводятся еще 2 раза через 1 месяц (у женщин - перед менструацией). Только после этого можно будет говорить об эффективности проведенной терапии.

***Профилактика:*** Профилактика хламидиоза в стране складывается из следующих основных положений:

- создание сети диагностических лабораторий по всей стране;

- бесплатное лечение;

- пропаганда использования презервативов;

- повышение моральной ответственности партнеров за распространение хламидийной инфекции.

***6. МИКОПЛАЗМОЗ, УРЕАПЛАЗМОЗ***

Уреаплазмоз вызывается возбудителем Ureaplasma urealiticum, микоплазмоз - Micoplasma hominis. Эти возбудители относятся к царству грибов и по своим свойствам занимают промежуточное положение между вирусами, бактериями и простейшими. Оба заболевания настолько похожи, что их почти всегда рассматривают вместе. Заразиться уреаплазмозом можно только половым путем при контакте с больным или носителем уреаплазмы (микоплазмы).

***Клиника:*** Инкубационный период достаточно длительный, составляет 50-60 дней. Заболевание начинается с обычных симптомов уретрита, не имеющего никаких специфических особенностей. Больной человек отмечает жжение или зуд при мочеиспускании, выделения из мочеиспускательного канала по утрам, небольшой подъем температуры тела и ухудшение общего самочувствия. Выделения из мочеиспускательного канала могут быть единственным проявлением заболевания. Уретрит, вызванный уреаплазмой (микоплазмой) часто сопровождается баланопоститом. По своей выраженности симптоматика зболевания может варьировать от очень яркой, острой до стертой, малозаметной, практически полного остутствия клинических проявлений.

***Осложнения заболеваний:*** При отсутствии лечения симптомы заболевания быстро исчезают и воспаление переходит в хроническую форму. Уреаплазменная инфекция остается в организме и через некоторое время вновь вызывает обострение. При этом воспалительный процесс чаще всего переходит на предстательную железу и семенные пузырьки, вызывая хронический уреаплазменный простатит и везикулит. Достаточно часто по прошествии определенного времени развивается хронический двусторонний эпидидимит, который быстро заканчивается облитерацией придатка яичка и обтурационной формой бесплодия. При развитии уреаплазменного орхита возможно нарушение секреторной функции яичек и развитие секреторной формы бесплодия. Также могут развиться микоплазменные цистит и пиелонефрит.

***Диагностика:*** Уреаплазмоз и микоплазмоз достаточно точно диагностируются современными бактериологическими методами по росту этих культур на питательных средах. Обычно такое исследование занимает около 1 недели.

***Лечение:*** Лечение обязательно должно проводится всем партнерам. Применяют антибактериальные препараты, длительность курса составляет в среднем 2 недели. Необходимо также применение иммуномодулирующей терапии (средств, повышающих иммунитет организма), местное лечение (инстилляции в мочеиспускательный канал лекарственных веществ, физиотерапия, при простатите – массаж предстательной железы).

На время лечения необходимо отказаться от половой жизни, а также соблюдать диету, исключающую употребление острой, соленой, жареной, пряной и другой раздражающей пищи, а также алкоголь.

По окончании курса лечения обязательно проведение контрольных исследований для определения его эффективности. Такие исследования должны проводится на протяжении 3-4 месяцев по окончании лечения.

***Профилактика:*** Профилактика урогенитальных микоплазмозов и уреаплазмоза остаётся неразработонной.

***ЗАКЛЮЧЕНИЕ***

Конечно, лучшим способом защиты от ЗППП является ПОЛНОЕ воздержание от половых связей и секса. Но в наше время это сделать в принципе невозможно, мы лишь можем использовать правила личной гигиены, а при половом акте пользоваться презервативами.

Презерватив не даёт стопроцентной защиты от венерической болезни. Даже от нежелательной беременности он защищает в 95% случаев. Но это единственное средство защиты. Хотелось бы акцентировать внимание, что использование презерватива не гарантирует БЕЗОПАСНЫЙ секс, он лишь может позволить ЗАЩИЩЕННЫЙ секс.

Для профилактики ЗППП надо хотя бы раз полгода посещать уролога и никогда не нужно воспринимать венерические заболевания как несерьезные. Любую болезнь легче лечить в начальной стадии, чем когда заболевание уже запущено. Проще предупредить, чем лечить.

***СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ***

1. Адаскевич В.П. Заболевания, передаваемые половым путём. – 2 изд., испр. и доп. – г. Витебск: ид-во Витебского медицинского института, 1997 г. – 310 с.;
2. Ягодвик Н.З. Венерические болезни: Справ./ Н.З. Ягодвик, М.В. Качук, А.Т. Сосновский, И.Н. Белугина; Под общ. ред. Н.З. Ягодвика. 3 изд. – Мн.: Бел. н.;01 г. -- 345 3 изд. ук, А.Т. Сосновский, И.Н. Белугина; Под общ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_аука, 2001 г. – 345 с.;
3. Кожные и венерические болезни. Учебное пособие – Мн.: Амалфея, 1999 г. – 224 с.;
4. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. – СПб.: ЭЛБИ, 2002 г. – 314 с.;
5. Кожные и венерические болезни/ Под ред. Скрипкина Ю.К. М.: Медицина, 1996 г. Т. 4. – 348 с.