Реферат:

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ВЕНЕРОЛОГИИ

**КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ИХ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ**

Венерология – дословно наука, изучающая венерические заболевания. Слово венерология произошло от латинского venus – Венера и греческого logos – слово, наука. Венера в римской мифологии – богиня любви и красоты.

Под термином «венерические болезни» объединяют инфекционные заболевания, передающиеся, как правило, половым путем. Раньше их называли любострастными болезнями.

История развития венерологии. В истории развития венерологии следует выделить 2 учения: Унитаристов и Дуалистов. Ученые, которые рассматривали сифилис как проявление всех венерических заболеваний, относились к унитаристам. Ярким представителем этого учения был авторитетнейший английский врач и ученый Гентер, который в 1767г. ввел себе в уретру гной от больного гонореей, вследствие чего у него через несколько дней появились выделения, а затем твердый шанкр. Теперь мы понимаем, что в этом случае произошла роковая ошибка, материал был взят от больного, который страдал одновременно гонореей и сифилисом. Это учение было ошибочным, но продолжалось до начала 19 века.

Представителем дуалистов являлся французский венеролог Ф.Рикор, который докозал, что сифилис и гонорея являются различными и самостоятельными заболеваниями. Он с 1831 до 1837года провел массовое заражение узников, приговоренных к смертной казни, заразив 700 человек сифилисом и 667 человек гонореей и такой ценой снискал себе историческую известность. Следует отметить, что всем осужденным, на которых проводился данный эксперимент, смертная казнь была отменена.

Начало развития научной венерологии в России относится ко 2-ой половине 19 века. Основоположником отечественной сифилидологической школы по праву и заслуженно считается проф. Петербургской Медико-хирургической академии Вениамин Михайлович Тарновский (1838 – 1907). Он был выдающимся ученым, клиницистом, талантливым педагогом и блестящим организатором. Благодаря ему сифилидология в 1871г. впервые выделена из курса хирургии в самостоятельную дисциплину. Им в 1885г. было организовано Русское сифилидологическое и дерматологическое общество – первое научное общество дерматовенерологов в Европе.

Классификация ИППП.

Согласно международной классификации болезней к венерическим заболеваниям относятся: сифилис, гонорея, мягкий шанкр, лимфогранулематоз венерический (или 4-я венерическая болезнь) и донованоз (или 5-я венерическая болезнь). Это узаконенные венерические заболевания. Однако существует ряд инфекций, заражение которыми происходит преимущественно при половом контакте, но которые юридически не признаны венерическими – это мочеполовой трихомониаз, урогенитальный хламидиоз, микоплазмоз, чесотка, кандидоз, генитальный герпес, гепатит В, остроконечные кондиломы и другие, всего около 20.

В настоящее время и те и другие называют – инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). С 1981г. появилось новое заболевание – СПИД, которое тоже может передаваться половым путем, чаще при извращенных связях.

Распространенность ИППП и причины их возникновения. По данным ВОЗ сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз являются наиболее часто встречающимися болезнями в мире, за исключением гриппа во время эпидемии и малярии. Ежегодно в мире регистрируется около 200 млн. больных гонореей, 250 млн. – хламидиозом, 100 млн. – микоплазмозом и около 60 млн. больных сифилисом. Еще примерно у 250 млн. человек регистрируются другие сексуально-трансмиссивные инфекции. Таким образом, суммарное количество больных вен.заболеваниями и ИППП около 1 млрд. человек, т.е. почти каждый 6-ой житель планеты – наш пациент.

По сообщениям Европейского регионарного бюро ВОЗ, каждый год в Европе регистрируется более 40 тыс. больных заразными формами сифилиса и до 400 тыс. больных гонореей.

По данным ВОЗ в странах Африки и США ежегодно заражается вен. Заболеваниями 25 – 30 % студентов, а в Швеции до 35 %.

**ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО СИФИЛИСА**

Сифилис – хроническое рецидивирующее заболевание, которое характеризуется последовательной периодичностью и закономерной сменой активных и скрытых периодов. Заболевание сифилисом начинается с момента проникновения в организм его возбудителя – бледной трепонемы. В связи с этим возникает вопрос о путях заражения, как непременном условии возникновения сифилиса. Итак пути заражения сифилисом:

1. Половой путь – абсолютное число заражений в современных условиях происходит этим путем.
2. Внеполовой, или бытовой путь – заражение происходит при тесном контакте с больным человеком. В настоящее время наблюдается крайне редко – десятые доли процента. В дореволюционной России встречался очень часто.
3. Плацентарный, внутриутробный путь. Встречается в разных странах с разной частотой. В России в течение многих десятилетий врожденный сифилис регистрировался крайне редко. В настоящее время отмечается рост заболеваемости врожденным сифилисом. За 1998г. зарегистрировано > 60 случаев.
4. Гемотрансфузионный путь. Заражение сифилисом происходит при попадании трепонем непосредственно в кровь, например, при переливании. В этом случае заболевание начинается с высыпаний вторичного периода. Твердого шанкра не будет и поэтому такой сифилис называется «обезглавленным».

Без лечения сифилис течет неопределенно долго. Течение различно по времени: подъем, спад, вновь подъем. Воздействует внутренняя и внешняя среда: алкоголизм, наркомания, токсикомания, туберкулез и др. заболевания. Для течения сифилиса характерна периодизация, согласно которой различают первичный, вторичный, третичный периоды. Эта схема, предложенная французским сифилидологом Ф.Рикором (1848г.) существует и по настоящее время с незначительными изменениями.

Известный парижский венеролог Альберт Фурнье сравнивал течение сифилиса с театральным спектаклем, схему которого он излагал приблизительно следующим образом.

* Увертюра – в которой происходит встреча и чаще всего половая близость здорового человека с больным.
* Подготовка к выходу на сцену – ничто не говорит о существовании инфекции, хотя она уже родилась и бурно «готовится к раскрытию своего содержания» (инкубационный период).
* I действие – в котором главная роль принадлежит твердому шанкру. Это своеобразный «монолог» твердого шанкра на том месте, куда внедрилась бледная трепонема. Только один твердый шанкр да еще сопутствующий увеличенный лимфатический узел (бубон) – основные «исполнители» или «солисты» первого действия (первичного периода).
* Антракт и смена декораций – в котором со сцены еще не ушли главные «действующие лица первого действия», но «партии» их подходят к завершению и наступает II действие – в котором в течение нескольких лет, сменяя друг друга, следует эпизод за эпизодом с перерывами большей или меньшей длительности. «Действующих лиц» (видимых наружных проявлений) много, и они весьма разнообразны. Каждому эпизоду свойственна своя диспозиция высыпаний на коже и слизистых оболочках (это вторичный сифилис). Спустя много лет (2 – 4) второе действие тоже завершается антрактом, за которым наступает III действие – в котором на первый план выступают поражения не только кожи, но и костно-мышечного аппарата, внутренних органов и нервной системы (третичный период сифилиса).

Естественно, что весь этот своеобразный «спектакль» происходит в том случае, если больного не лечить или если он лечится неаккуратно. В настоящее время наблюдается изменение клиники и течения сифилиса во всех стадиях, начиная с инкубационного периода.

Инкубационный период – это время с момента заражения до появления первых признаков заболевания. При проникновении бледной трепонемы в организм сифилис становится заболеванием общим, болезнью всего организма. Доказано, что уже через несколько часов трепонемы проникают в лимфатическую систему, затем кровеносную и мозговую ткань. С этого периода начинается иммунологическая перестройка организма. Клинические проявления заболевания сравнительно долго отсутствуют. В настоящее время инкубационный период сифилиса составляет в среднем 3 – 4 недели.

Удлинение инкубационного периода сифилиса является одной из особенностей современного течения сифилиса. Вообще же срок инкубации колеблется от 8 дней до 100 – 190 дней.

ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА (syphilis primaria). По окончании инкубационного периода на месте внедрения бледной трепонемы развивается первичная сифилома, или твердый шанкр (ulcus durum).

По локализации твердого шанкра можем судить о путях заражения. Наиболее частая локализация – половые органы. На месте внедрения бледной трепонемы возникает ограниченная эритема, быстро превращающаяся в папулу, на поверхности которой появляется эрозия или язва. Если отторгаются клетки эпидермиса – образуется шанкр эрозивный, если и соединительная ткань – образуется язвенный шанкр.

Клиническая характеристика твердого шанкра. Твердый шанкр, как правило, - это дефект размером в диаметре с чечевицу, с ноготь мизинца. Форма шанкра обычно круглая или овальная. Она зависит от анатомо-физиологических особенностей пораженной кожи. Например, в углах рта и в складках ануса форма продолговатая или щелевидная, а в венечной борозде полового члена и у сосков грудной железы он имеет вид полулуния. Края шанкра блюдцеобразные. Никогда не бывает ни подрытых, ни отвесных краев – это играет определенную диагностическую роль. Дно ровное, блестящее, как бы, лакированное. Цвет шанкра красный, часто его сравнивают с цветом свежего мяса в разрезе. Иногда шанкр приобретает серый цвет (за счет фибрина), напоминающий испорченное сало.

В основании твердого шанкра определяется уплотнение (индурация), которое является патогномоничным характерным симптомом. Это уплотнение определяется на глаз, т.к. приподнимает шанкр над уровнем окружающей нормальной кожи. Кожа вокруг шанкра, как правило, без признаков воспаления.

Твердый шанкр безболезненный, по мнению ряда авторов, это зависит от того, что бледная трепонема выделяет анестезирующие вещества. При обратном развитии на месте эрозивного шанкра остается пигментированное пятно, или рубец после язвенного. Проф. П.С.Григорьев назвал эти остаточные явления «печатью перенесенной первичной сифиломы».

Разновидности твердого шанкра.

По локализации различают: генитальные, экстрагенитальные, биполярные твердые шанкры.

По характеру: эрозивные, язвенные.

По количеству: одиночные и множественные (близнецы, отпечатки, последовательные).

По форме: дифтеритические, кокардные, комбустиформные, петехиальные, корковые.

По очертаниям: округлые, овальные, продолговатые, полулунные, подковообразные.

Для диагностики сифилиса большие трудности представляют атипичные шанкры: индуративный отек, шанкр амигдалит, шанкр панариций.

1. Индуративный отек (oedema indurativa) возникает в местах, богатых лимфатическими сосудами. Чаще он бывает у женщин и располагается на больших половых губах. У мужчин эта форма шанкра возникает на препуциальном мешке, на мошонке. Пораженный орган увеличивается иногда в 4 раза, становится очень плотным, при надавливании ямки не образуется; цвет обычный или темно-красный; отсутствует болезненность.

2. Шанкр-амигдалит. На миндалинах клинически различают 3 разновидности твердого шанкра: эрозивную, язвенную и ангиноподобную – сифилитический амигдалит. Первые 2 формы имеют характерную для твердого шанкра клинику. Сифилитический амигдалит представляется односторонним увеличением миндалины, ее значительной плотностью, отсутствием разлитой красноты. Выражен подчелюстной, шейный и предушной лимфаденит, нередко болезненный.

3. Шанкр-панариций. Этот вид атипического твердого шанкра назван потому, что он действительно похож на банальный панариций. Шанкр-панариций наблюдается обычно у врачей хирургов, гинекологов, патологоанатомов. Возникновение его чаще связано с профессиональной травмой в виде пореза или укола пальца руки во время операции, но может быть и результатом заражения при половой близости.

Шанкр-панариций локализуется обычно на концевой фаланге указательного или большого пальца. Палец приобретает булавовидную форму, становится багрово-красного цвета. Язва имеет неровные, нависающие, как бы изгрызанные, края. Дно глубокое, иногда проникающее до кости, покрытое зловонным содержимым. Больной испытывает резкие, стреляющие боли. Регионарный лимфаденит также болезнен.

В настоящее время атипичные твердые шанкры встречаются редко.

Осложнения твердого шанкра. Они возникают вследствие: 1) присоединения вторичной инфекции; 2) как результат раздражения нечистоплотным содержимым его; 3) при самолечении.

Различают 1) Баланит – вульгарное воспаление головки полового члена. 2) Баланопостит – воспаление головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти. 3) Фимоз – состояние узости крайней плоти, при которой невозможно обнажить головку полового члена. Крайняя плоть отекает, утрачивает эластичность; болезненный половой член напоминает «язык колокола». 4) Парафимоз, или «удавка». При нем головка полового члена обнажена и сдавлена кольцом отечной и воспаленной крайней плоти на границе венечной борозды. В дальнейшем могут развиться явления некроза и изъязвления. Более тяжелыми осложнениями твердого шанкра являются 5) гангренизация и 6) фагеденизм. Они наблюдаются у ослабленных больных в результате присоединения фузоспериллезной инфекции. На поверхности шанкра образуется грязно-черный струп (гангренизация), который может распространяться за пределы первичной сифиломы в результате центробежного стремительного роста (фагеденизм).

Из частых осложнений твердого шанкра в современных условиях следует отнести фимоз и парафимоз.

Вторым симптомом первичного периода сифилиса является регионарный склераденит, который определяется, как правило, через 7 – 10 дней после возникновения шанкра. Лимфоузлы увеличиваются до размера сливы и более, становятся плотно-эластическими; они подвижны, т.к. не спаяны с окружающими тканями. Кожа над ними не изменена, болезненности нет. Про склераденит говорят, что он следует за шанкром, как тень.

Третьим симптомом первичного сифилиса является полисклераденит – увеличение всех лимфатических узлов. Он возникает на 3 – 4 неделе первичного периода.

В зависимости от результатов классических серологических реакций первичный период сифилиса делится на серонегативный (2 – 3 недели после появления шанкра) и серопозитивный (следующие 3 – 4 недели).

Особенности современной клиники первичного периода сифилиса являются:

1. Наличие множественных сифилом. Патогномоничным для сифилиса раньше считались шанкры единичные. В настоящее время у 50 – 60 % больных встречаются множественные сифиломы. Количество шанкров при этом варьирует от 2 до 6. Описаны больные, имевшие от 18 до 52 твердых шанкров.
2. Регистрация гиганских и герпетических шанкров (у 1 – 3 % больных).
3. Учащение язвенной разновидности твердого шанкра. По литературным данным, она наблюдается у 40 – 60 % больных, нередко осложненных вторичной инфекцией.
4. Учащение появления твердых шанкров в полости рта и анальной области. Следует отметить, что шанкры в области ануса у женщин наблюдаются в 3 раза чаще, чем у мужчин (согласуется с фактом увеличения числа гомосексуалистов). Так, по литературным данным, среди больных сифилисом встречается до 7 и > % гомосексуалистов.
5. Учащение экстрагенитальной локализации твердых шанкров (кожа лобка, живота, бедер).
6. Отсутствие у 5 – 10 % больных регионарного склераденита.
7. Укорочение первичного серонегативного периода до 2 – 3 недель.

Диагноз первичного сифилиса ставится на основании: 1) типичной клинической картины; 2) обнаружения бледной трепонемы; 3) положительных результатов серологических исследований (КСР и РИФ); 4) данных конфронтации (обследование предполагаемого источника заражения).

Больные первичным сифилисом заразны, поэтому лечение должно быть назначено максимально быстро.

**Литература**

1. "Кожные и венерические болезни" под ред. Зудина Б.И.
2. "Кожные и венерические болезни" под ред. Иванова О.Л.
3. "Инфекции, передаваемые половым путем" издание ассоциации "Санам".
4. "Эпидемиология и вакцинопрофилактика" журнал под ред. Покровского В.И