***Экзаменационный реферат***

**На тему: «**Венерические заболевания и их профилактика**»**

Содержание

1.Введение…………………………………………………..3

2.Гонорея……………………………………………………5

3.Сифилис…………………………………………………...8

4.Генитальный герпес……………………………………...12

5.Мягкий шанкр……………………………………………15 6.Венерическая лимфогранулема…………………………17

7.Другие венерические болезни…………………………...19

8.Профилактика и контроль……………………………….20

9.Заключение………………………………………………..22

10.Список использованной литературы…………………..23

**1. ВВЕДЕНИЕ**

Венерические болезни или болезни, передающиеся половым путем, – группа заразных заболеваний, приобретаемых главным образом при половом контакте с инфицированным партнером. Сначала к венерическим относили пять заболеваний: гонорею, сифилис, мягкий шанкр, паховый лимфогранулематоз и венерическую гранулему. В 1960-е годы было показано, что половым путем передаются и некоторые другие болезни. Термин «болезни, передающиеся половым путем», в настоящее время объединяет более обширный ряд заболеваний, включающий не только упомянутые выше, но и хламидиоз (вызываемый *Chlamydia trachomatis*), генитальный герпес, цитомегаловирусную инфекцию, заражение стрептококком группы В, гепатит, вагинит, инфекции органов брюшной полости, остроконечную кондилому и зоопаразитарные болезни. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), приводящий к смерти вследствие различных инфекций, передается как при половых контактах, так и иными путями.   
Во время. Второй мировой войны и сразу после нее частота заболеваний, передающихся половым путем, в большинстве стран возросла. Затем в связи с применением пенициллина она уменьшилась. Однако начиная с 1950-х годов частота гонореи и сифилиса вновь начала стремительно расти и в 1970-е годы во многих регионах достигла уровня эпидемии.

Болезни, передающиеся половым путем, встречаются у лиц любого возраста и социального положения. Более половины зарегистрированных случаев – подростки и молодые люди, причем большинство случаев приходится на возраст 20–24 года. В Америке ежегодно примерно 1 из 10 жителей заражается тем или иным заболеванием, передающимся половым путем.

Распространенность таких болезней возрастает в силу целого ряда факторов. Один из них заключается в том, что в настоящее время молодежь начинает половую жизнь раньше и вступает в половые отношения с большим числом партнеров, чем это было принято прежде. Второй фактор – изменение способов предохранения от беременности, в частности все более частое использование противозачаточных таблеток вместо презервативов, что увеличивает свободу половых отношений, но одновременно и риск заражения. Кроме того, после появления противозачаточных таблеток перестали применяться различные гели, пены и другие контрацептивные средства, многие из которых создают во влагалище химическую среду, препятствующую размножению гонококков.

**2.ГОНОРЕЯ**

Гонорея обычно поражает слизистые оболочки, выстилающие половые органы. Эти оболочки воспаляются и начинают отделять слизь и гной. Гонорея может поражать слизистые оболочки и других частей тела. Например, у ребенка, мать которого к моменту родов страдает гонореей половых путей, может развиться гонорейное поражение глаз, т.н. бленнорея новорожденных. Если вовремя не обратить на это внимания, заболевание может привести к слепоте.

Возбудитель гонореи – бактерия *Neisseria gonorrhoeae*, обычно называемая гонококком. Практически во всех случаях гонорея передается при прямом контакте, как правило при половом сношении, и не оставляет после себя иммунитета[[1]](#footnote-1).

**Симптомы[[2]](#footnote-2).** Гонорея у мужчин гораздо чаще, чем у женщин, сопровождается клиническими симптомами. Первичная локализация инфекции у мужчин – половой член, и выделения из него сразу же обращают на себя внимание больного; это заставляет мужчин быстрее обращаться к врачу. У женщин, напротив, место заражения может быть скрытым.

Гонорея у мужчин начинается с ощущений зуда и жжения при мочеиспускании. Обычно эти симптомы появляются спустя 2–7 дней после заражения, но могут возникать и через 10 дней; в некоторых случаях болезненные ощущения отсутствуют. В мочеиспускательном канале развивается воспаление, из полового члена начинает выделяться гной. Вначале появляются прозрачные водянистые или белесые выделения, потом они становятся густыми и зеленовато-желтыми. Иногда в них заметны прожилки крови. Со временем гноеотделение уменьшается. Однако исчезновение симптомов не означает выздоровления.

У женщин инфицированию чаще всего подвергается шейка матки, которая в результате воспаляется и выделяет гной. Могут воспаляться также мочеиспускательный канал и некоторые железы вокруг наружных половых органов, что вызывает боль и чувство жжения при мочеиспускании. В отсутствие лечения инфекция распространяется по половым путям вверх. Со временем воспаление достигает верхних отделов полового тракта, включая матку, маточные трубы, яичники и брюшную полость; возникают осложнения. Самое частое из них – воспаление органов малого таза, которое ведет к бесплодию.

Как у мужчин, так и у женщин гонококк может проникать в кровь и, распространяясь в организме, поражать суставы (артрит), головной мозг и даже сердце. Поскольку у многих женщин гонорея протекает относительно бессимптомно, они невольно разносят инфекцию.

**Диагноз.** Опытный врач в большинстве случаев способен распознать острую гонорею, исследуя под микроскопом пробу выделений. У женщин такое исследование менее надежно. Наличие гонококков в мазке позволяет с уверенностью поставить диагноз. Выделения можно также культивировать в специальной питательной среде и исследовать на присутствие гонококков.

**Лечение.** В 1937 для лечения гонореи впервые были применены сульфаниламидные препараты. После Второй мировой войны их вытеснил антибиотик пенициллин. В настоящее время пенициллин излечивает не менее 95% больных гонореей, но у некоторых штаммов гонококка развивается устойчивость к пенициллину. Один из таких штаммов, продуцирующий пенициллиназу (фермент, расщепляющий пенициллин), широко распространился среди военнослужащих США во Вьетнаме. Для борьбы с ним органы здравоохранения рекомендовали более новые и эффективные средства.

К сожалению, гонококки приобретают устойчивость и к некоторым из новых антибиотиков. Тем не менее, с помощью антибиотиков рано или поздно удается излечивать все случаи гонореи.

**Исторический аспект.** Гонорея – одна из старейших болезней человека. Китайские авторы упоминали ее еще 5000 лет назад. Гиппократ описал это заболевание в 460 до н.э., а другой греческий врач, Гален, в 200 н.э. присвоил ему нынешнее название, составленное из двух греческих слов: *gonos* («семя») и *rheein* («истечение»).

Связь гонореи с половыми контактами была обнаружена только в Средние века. Некоторое время сифилис и гонорея считались разными стадиями одного и того же заболевания, и только в 1838 французский врач Ф.Рикор разделил эти болезни. Он вводил гной больных гонореей нескольким сотням людей, и ни у одного из них не развился сифилис. Немецкий врач А.Нейссер в 1879 показал, что возбудителем гонореи является бактерия гонококк.

**3.СИФИЛИС**

Сифилис поражает не только половые, но и многие другие органы – кожу, сердце, кровеносные сосуды, спинной и головной мозг. Возбудитель сифилиса – бактерия *Treponema pallidum*, или бледная трепонема, относящаяся к т.н. спирохетам. Она имеет вид туго скрученной спирали, похожей на штопор.

Бледная трепонема проникает в организм через кожу или слизистые оболочки и передается непосредственно от человека человеку. Главный путь заражения – половой, но сифилис может распространяться также при поцелуях или при соприкосновении с сыпью или открытой язвой больного[[3]](#footnote-3).

**Симптомы.** Сифилис проходит ряд стадий, которые практически одинаково проявляются у мужчин и женщин. На первичной стадии образуется небольшое поражение, т.н. твердый шанкр; оно может напоминать прыщ или принимать форму открытой язвы. Обычно оно появляется через 3 недели после заражения, но иногда возникает через 10 дней или через 3 месяца. Шанкр, как правило, безболезнен, и на него можно не обратить внимания. Чаще всего он появляется на месте заражения, т.е. в области половых органов, но может развиться и на груди, губах, языке, лице или пальцах. Отделяемое шанкра очень заразно.

Вторичная стадия начинается обычно через 6–10 недель после заражения. К этому времени шанкр исчезает, даже без лечения, а трепонема проникает в кровь и разносится по организму. По всему телу или только на руках или ногах появляется сыпь. Иногда во рту или вокруг вульвы (наружных женских половых органов) возникают мелкие язвочки. Подобно первичному шанкру, вторичные язвы и сыпь очень заразны. Как и проявления первичной стадии, эти симптомы в конце концов исчезают.

У некоторых больных по завершении вторичной стадии навсегда исчезают какие бы то ни было симптомы. Однако у других они, оставаясь скрытыми на протяжении 1–20 лет, возобновляются. В течение скрытого (латентного) периода трепонемы разносятся кровью и попадают в различные ткани организма. Поражение этих тканей приводит к тяжелым последствиям, характерным для третичной (поздней) стадии сифилиса.

На этой стадии у некоторых больных развиваются крупные поражения, т.н. гуммы, которые могут локализоваться в костях или мягких тканях, например в печени. Возможно поражение сердца и сосудов. Однако наибольшую опасность представляет развитие повреждений головного и спинного мозга; они обычно вызывают особую форму психоза, т.н. прогрессивный паралич, и могут приводить к слепоте или параличу, например одной из конечностей или одной стороны тела. Такие осложнения сифилиса бывают смертельными.

Больные сифилисом беременные женщины могут заразить развивающийся плод. Сифилис новорожденных называют врожденным.

**Диагноз.** Ранние стадии сифилиса можно распознать, используя метод микроскопии в темном поле (при отраженном свете) для выявления возбудителя в отделяемом из шанкра. На последующих стадиях заболевание диагностируют также путем определения в сыворотке крови антител (реагинов), которые вырабатываются организмом в ответ на появление в крови антигенов бледной трепонемы. Самый первый из таких серологических тестов – реакция Вассермана, предложенная в 1907 немецким бактериологом А.Вассерманом. В этой реакции в качестве антигена для определения антител используется полисахарид, сходный с аналогичным веществом клеточной оболочки бактерии. Современные серологические исследования, использующие липидный, или небактериальный (нетрепонемный), антиген, включают экспресс-метод определения сывороточных реагинов и специализированную флокуляционную пробу на сифилис. В других современных исследованиях применяется антиген из самих бактерий *Treponema*. Один из наиболее чувствительных и специфических тестов – флуоресцентный трепонемный тест на связывание антител.

**Лечение[[4]](#footnote-4).** Начало современной химиотерапии сифилиса было положено немецким бактериологом П.Эрлихом, который в 1909 открыл «чудодейственное средство» – сальварсан. Это мышьяковистое соединение Эрлих назвал препаратом «606», поскольку оно было 606-м соединением из тех, которые он испытывал как химические средства против сифилиса.

В 1943 врачи начали лечить сифилис пенициллином. Антибиотики оказались эффективным средством лечения даже поздних стадий сифилиса, но вызванные им поражения мозга и других органов необратимы.

**Исторический аспект.** Некоторые считают, что сифилис был занесен в Новый Свет в 1492, когда Колумб впервые прибыл туда из Испании. Другие же полагают, что сифилис распространялся в обратном направлении. Приверженцы первой точки зрения ссылаются на то, что сифилис, по крайней мере, в легкой его форме, был известен еще в Древней Греции и Риме.

Болезнь названа именем Сифилиса, пастуха, воспетого в мифологической поэме *Сифилис, или французская болезнь* (*Syphilis sive Morbus Gallicus*). В этом произведении, написанном в 1530 итальянским врачом Дж. Фракасторо, возникновение сифилиса связывается с неблагоприятными астральными и атмосферными влияниями.

**4.ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС**

Генитальный герпес – передающееся половым путем заболевание, вызываемое вирусом простого герпеса. Он принадлежит к семейству герпес-вирусов, которое включает также вирусы ветряной оспы и инфекционного мононуклеоза. Известны два типа вирусов простого герпеса: тип 1 и тип 2. Тип 1 чаще всего обнаруживают при губном герпесе, поражающем слизистые оболочки рта и обычно называемом «лихорадкой». Тип 2 служит причиной большинства случаев генитального герпеса. Однако оба вируса способны поражать любые части тела.

С конца 1960-х годов в США частота генитального герпеса начала возрастать. Статистических данных о его распространенности до 1966 немного, но уже в начале 1980-х годов им страдало от 5 до 20 млн. американцев. Ежегодно возникает 300–500 тыс. новых случаев заболевания[[5]](#footnote-5).

**Симптомы.** У одних больных генитальный герпес протекает бессимптомно, у других возникают клинические проявления, которые могут быть острыми и рецидивирующими. Как правило, в результате вирусной инфекции появляются бугорки или наполненные жидкостью пузырьки в области влагалища у женщин и полового члена у мужчин. Они появляются через 3–7 дней после заражения и часто сопровождаются ощущением жжения или покалывания. Далее они либо спонтанно исчезают, либо вскрываются, образуя мелкие болезненные язвочки, которые затем покрываются корочкой и заживают. Иногда увеличиваются и становятся болезненными паховые лимфоузлы. Начальные проявления сохраняются в течение 14–28 дней. Женщины обычно испытывают более неприятные ощущения, чем мужчины, но инфекция шейки матки или влагалища не всегда сопровождается болезненными симптомами.

Даже после исчезновения первичных поражений вирус нередко сохраняется в нервной ткани, а возможно и в коже. Позднее он может размножиться и вызвать новый приступ заболевания. Число рецидивов совершенно непредсказуемо. В ряде случаев провоцирующими факторами служат повышение температуры тела, пребывание на ярком солнце, менструация и эмоциональный стресс. Многие больные ощущают приближение рецидива по таким ранним признакам, как покалывание, жжение или зуд на месте будущего поражения. Повторные проявления болезни продолжаются обычно 7–14 дней.

У новорожденных при активной инфекции материнских родовых путей может возникнуть тяжелая форма герпеса. Во избежание этой опасности родоразрешение проводится путем кесарева сечения. Генитальный герпес у женщин может также способствовать развитию рака шейки матки, поэтому такие больные должны ежегодно проходить соответствующее обследование по методу Папаниколау (пап-мазок).

**Диагноз** полового герпеса устанавливается, как правило, на основании анамнеза и исследования поражений. Дополнительное исследование крови позволяет обнаружить антитела против герпес-вируса, но при этом трудно отличить первичную инфекцию от ее рецидива и определить тип вируса. С помощью пап-мазка с места поражения удается обнаружить вирус в цитологическом препарате. Наиболее надежный диагностический метод – культивирование.

**Лечение.** Эффективных средств, которые предотвращали бы рецидивы генитального герпеса или укорачивали их продолжительность, не существует. Однако проявления этого заболевания можно ослабить, используя препарат ацикловир (зовиракс). Большинство врачей рекомендуют следить за чистотой и сухостью мест поражения и избегать половых контактов при появлении соответствующих симптомов, так как заражение происходит, как правило, именно в эти периоды. Каков риск заражения партнера вирусом герпеса в бессимптомном периоде (когда видимые поражения отсутствуют), остается неизвестным.

**Исторический аспект.** Упоминания о болезни, похожей на инфекцию вирусом простого герпеса, содержатся уже в Библии. Вирус-возбудитель был выделен в 1912. Еще в 18 в. ученые предполагали, что болезнь, описание которой соответствует генитальному герпесу, передается половым путем, но экспериментальные доказательства тому были получены лишь в 1923.

**5. Мягкий шанкр**

Мягкий шанкр (син: шанкроид, венерическая язва) относят к классическим заболеваниям, передающимся половым путем (венерическим болезням). Возбудитель - бацилла Дюкрея-Унны-Петерсона (Haemophilus ducreyi). Заболевание распространено в странах Африки, Юго-Восточной Азии, Центральной и Южной Америки.   
Немногочисленные случаи, встречающиеся в России, являются привозными[[6]](#footnote-6).

Заражение возможно при половых контактах во влагалище, рот и прямую кишку. Другие способы заражения маловероятны. Случаи бытового заражения редки и обычно являются недоказанными случаями полового пути заражения. Риск (вероятность) заражения при половом контакте с больным мягким шанкром составляет около 50%.  
Инкубационный период составляет от 2 до 10 сут (в среднем 3-5 сут).   
На месте внедрения возбудителя появляется маленькое красное пятно, на месте которого вскоре возникает пузырек с гнойным содержимым. После вскрытия последнего формируется язва.   
Язва при мягком шанкре характеризуется неправильной формой, диаметром от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, мягкой консистенцией и болезненностью.   
Обычно язвы при мягком шанкре располагаются на половых органах, реже - вокруг заднего прохода, еще реже - на слизистой рта.

Осложнения мягкого шанкра.  
Наиболее частые осложнения:

* Воспаление регионарных лимфатических сосудов. Это осложнение проявляется в виде уплотненных болезненных тяжей. У мужчин они обычно возникают на верхней поверхности полового члена, у женщин - на лобке и наружной поверхности больших половых губ.
* Воспаление регионарных лимфатических узлов (так называемый бубон). Это осложнение возникает через 2-3 нед после появления язвы мягкого шанкра. Если язва локализуется на половых органах, то поражаются паховые лимфатические узлы. При этом они увеличиваются, становятся резко болезненными. Кожа над ними приобретает ярко-красный цвет. Эти изменения сопровождаются общим недомоганием и повышением температуры тела. В дальнейшем пораженные лимфатические узлы размягчаются и вскрываются.
* При отеке крайней плоти возможен фимоз и парафимоз.

Диагностика основана на клинической картине и микроскопии отделяемого язвы или бубона. В ряде случаев применяют посев и полимеразную цепную реакцию (ПЦР).   
Мягкий шанкр сложно отличить от первичного сифилиса. Для этого используют серологические реакции на сифилис и обследование половых партнеров больного за последние 3-6 месяцев.   
Лечение мягкого шанкра включает сульфаниламидные препараты или антибиотики. Курс лечения составляет 1-2 нед. Если Вы страдаете аллергией на лекарственные средства, обязательно сообщите об этом врачу! Врачи настоятельно не рекомендуют заниматься самолечением данной болезни, т.к. это может привести к фатальным последствиям.  
Профилактика (профилактическое лечение) мягкого шанкра**.**

В течение инкубационного периода (2-3 сут после заражения) возможна профилактика (профилактическое лечение), которая предотвратит развитие заболевания. Профилактика с помощью хлоргексидина (Гибитан, Мирамистин) - очень ненадежный метод.

Он не дает никаких гарантий.

# 6. Венерическая лимфогранулема

Венерическая лимфогранулема (син: паховый лимфогранулематоз) относят к классическим заболеваниям, передающимся половым путем (венерическим болезням). Возбудитель - Chlamydia trachomatis серологических типов L1-L3[[7]](#footnote-7).  
 Это заболевание распространено в тропических и субтропических странах Южной Америки, Западной и Восточной Африки, Юго-Восточной Азии, в портовых городах Европы. В США ежегодно регистрируется от 500 до 1000 случаев венерической лимфогранулемы.  
Немногочисленные случаи, встречающиеся в России, являются привозными.  
 Заражение в большинстве случаев происходит при половых контактах, значительно реже - бытовым путем. Инкубационный период составляет от 5 сут до 21 сут (в среднем около 10 сут). Заболевание начинается с бугорка или пузырька на месте внедрения возбудителя (обычно на половых органах), который быстро исчезает или может остаться незамеченным.  
 Через 1-4 нед увеличиваются регионарные лимфатические узлы (у мужчин чаще всего паховые, у женщин - малого таза). Пораженные лимфатические узлы при этом уплотняются, становятся болезненными, спаиваются между собой. Кожа над узлами приобретает цвет - от розового до синюшно-красного. Со временем лимфатические узлы вскрываются с выделением желтоватого гноя.

Ранние осложнения:  
  – свищ заднего прохода;  
  – прямокишечно-влагалищный свищ;  
  – пузырно-прямокишечный свищ;  
  – свищ мочеиспускательного канала;  
  – свищ мошонки.  
Поздние осложнения:  
  – слоновость половых органов;  
  – сужение прямой кишки;  
  – сужение мочеиспускательного канала.

Диагностика основана на клинической картине и результатах лабораторных исследований (РИФ, ИФА, посев).  
Лечение венерической лимфогранулемы включает сульфаниламидные препараты или антибиотики. Курс лечения составляет 3 нед. В течение инкубационного периода (около 10 сут после заражения) возможна профилактика (профилактическое лечение) венерической лимфогранулемы, которая предотвратит развитие заболевания.  
 Профилактика с помощью хлоргексидина (Гибитан, Мирамистин) - очень ненадежный метод. Он не дает никаких гарантий.

**7.ДРУГИЕ ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**

Сейчас известно более 20 венерических (т.е. передающихся половым путем) болезней, причем некоторые из них представляют столь же серьезную проблему для здравоохранения, как и три рассмотренные выше. Сегодня в США, например, наиболее распространенной болезнью, передающейся половым путем, является инфекция, вызываемая бактерией *Chlamydia trachomatis*. Хламидиозы вызывают тяжелые осложнения у мужчин, женщин и новорожденных. Существенной проблемой остаются и другие передающиеся половым путем инфекции, которые упоминались в начале статьи. С ними тоже связаны высокая заболеваемость и большие экономические затраты. Однако объем наших знаний, касающихся эпидемиологии, клинического течения, диагностики, терапии и профилактики этих позднее открытых венерических заболеваний, постоянно растет[[8]](#footnote-8).

**8.ПРОФИЛАКТИКА И КОНТРОЛЬ**

Борьба с распространением венерических болезней включает ряд мер. Первая из них – лечение больных на ранних стадиях заболевания; это не только увеличивает шансы на полное излечение, но и препятствует заражению других лиц. Вторая важная мера – выявление половых контактов зараженных лиц; это позволяет быстро начать лечение партнеров и способствует установлению диагноза, особенно у женщин. Нередко единственным указанием на венерическую болезнь у женщины является заболевание ее полового партнера[[9]](#footnote-9).

Профилактика заболеваний, передающихся половым путем, осуществляется различными методами. Наиболее эффективным из существующих профилактических мероприятий является, пожалуй, санитарное просвещение. Соответствующие знания позволяют человеку изменить свое половое поведение и гигиенические приемы так, чтобы свести к минимуму возможность заражения и распространения инфекции. Лучший из механических способов профилактики венерических болезней – это правильное использование презервативов. Химические методы заключаются в немедленном применении таких средств (или их сочетаний), которые уничтожают бактерии прежде, чем те смогут проникнуть в организм. Большинство профилактических программ осуществляется местными органами здравоохранения, но значительную долю ответственности за их исполнение несут и частнопрактикующие врачи. И те и другие должны оказывать помощь при подозрении на венерическое заболевание и предоставлять обратившимся к ним людям дополнительные сведения о венерических болезнях.

Проблемы венерических болезней теснейшим образом связана с вопросами брака, семьи. По данным литературы, около 97% вен болезней, наблюдаемых в семье, являются результатом случайных связей мужа или жены. Только в 3% случаях сифилис или гонорея имелись у супругов ещё до брака.

Всё сказанное подчёркивает важность борьбы с венерическими заболеваниями. Бороться с ними должны не только медики, потому, что это проблема всего общества в целом. Нужно поднимать экономический и культурный уровень жизни населения. Информировать о венерических заболеваниях ещё в школе, чтобы люди были грамотны и если они сделали неверный шаг, то могли вовремя его исправить.

Одним из главных звеньев профилактики венерических заболеваний является семья. Если семья будет дружной и крепкой, основанной на любви, доверии и взаимопонимании, то она непременно будет здоровой и счастливой[[10]](#footnote-10).

**9. Заключение**

По данным молодёжных социологических опросов известно, что более 98% всех молодых людей и девушек знают, о существовании венерических заболеваний. Более 80% говорят, что избежать заражения и нежелательной беременности можно, используя презерватив. Однако только 47% из тех, кто ведёт половую жизнь используют их. Почему же наши знания мы не всегда применяем на практике? Может быть, нам кажется, что это всё нас не касается? Может, мы думаем, что использование презервативов подрывает доверие партнёров друг к другу или говорит о распущенности или неразборчивости? Может, мы не уверены в том, что презерватив действительно защищает?[[11]](#footnote-11)

При занятии сексом без использования презерватива можно заразиться не только ВИЧ, но и другими венерическими заболеваниями(гонореей, сифилисом, хламидиозом и др.). Эти заболевания очень распространены. В России количество людей, заразившихся этими болезнями, быстро растёт. В 1992 году количество новых случаев заражения сифилисом составило 13.3 на 100 000 человек, а в 1997 году - уже 277.3. Некоторые венерические заболевания могут просто вызывать неудобства, другие же приводят к бесплодию или к более серьёзным последствиям, если их не вылечить вовремя. К тому же люди, страдающие этими болезнями, более уязвимы перед ВИЧ-инфекцией. Вирус быстрее попадает в организм через язвы, раны и другие кожные повреждения, вызываемые венерическими заболеваниями.

**10. Список использованной литературы**

1. Кардашенко Б.Я. Знать, чтобы не оступится…- М.: Медицина, 1989 – 148 л.
2. Самцов В.И. Руководство по кожным и венерическим болезням. – Л.: Медицина, 1990 – 235 л.
3. Антипина Л.А. Ты и я. – М.: Высшая школа, 1989 – 364 л.
4. Журнал Медицинская жизнь №4 1995г.
5. http://www.venerologia.ru
6. Козорез Екатерина. Кожно-венерические заболевания: Учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений. Владос, 2005 г.
7. А. Н. Родионов. Книга: Справочник по кожным и венерическим заболеваниям, Эксмо, 2004 г.

1. Самцов В.И. Руководство по кожным и венерическим болезням. – Л.: Медицина, 1990 [↑](#footnote-ref-1)
2. Козорез Екатерина. Кожно-венерические заболевания: Учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений. Владос, 2005 г стр. 25 [↑](#footnote-ref-2)
3. Самцов В.И. Руководство по кожным и венерическим болезням. – Л.: Медицина, 1990 [↑](#footnote-ref-3)
4. Козорез Екатерина. Кожно-венерические заболевания: Учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений. Владос, 2005 г стр. 59 [↑](#footnote-ref-4)
5. http://www.venerologia.ru [↑](#footnote-ref-5)
6. http://www.venerologia.ru [↑](#footnote-ref-6)
7. http://www.venerologia.ru [↑](#footnote-ref-7)
8. Журнал Медицинская жизнь №4 1995г [↑](#footnote-ref-8)
9. А. Н. Родионов. Книга: Справочник по венерическим заболеваниям, Эксмо, 2004 г [↑](#footnote-ref-9)
10. Антипина Л.А. Ты и я. – М.: Высшая школа, 1989 [↑](#footnote-ref-10)
11. Кардашенко Б.Я. Знать, чтобы не оступится…- М.: Медицина, 1989 [↑](#footnote-ref-11)