**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Инфекционных болезней**

Зав. кафедрой д.м.н., -------------------

**Реферат**

на тему:

«Заболевания передаваемые половым путём и синдром приобретённого иммунодефицита»

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

**Пенза**

**2008**

# **План**

Введение

1. Гонорея

2. Сифилис

3. Хламилиальная инфекция

4. Шанкроид

5. Паховая гранулёма

6. Трихомониаз

7. Прогенитальный герпес

8. СПИД

Литература

**ВВЕДЕНИЕ**

В США на венерические (или передаваемые половым путем) заболевания (ВЗ) приходится значительная часть заболеваемости и смертности вследствие инфекции. За первые 9 месяцев 1986 года, по данным ЦКЗ, зарегистрировано более 670 000 случаев гонореи среди гражданского насления и более 20 000 случаев сифилиса. Постоянно возрастает и частота синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), как и смертность вследствие этого заболевания.

Помимо роста числа случаев ВЗ, следует отметить постоянно меняющуюся клиническую картину этих заболеваний. Многие (если не большинство) представления о ВЗ, полученные из прежних руководств, должны быть пересмотрены. ВЗ не являются небольшой группой инфекционных заболеваний, передаваемых почти исключительно при гетеросексуальном половом контакте. Такие заболевания, как гонорея, сифилис, шанкроид, венерическая лимфогранулема, паховая гранулема, трихомониаз и прогенитальный герпес, традиционно относимые к ВЗ, должны рассматриваться лишь как часть этой группы заболеваний. Другие заболевания, относимые к этой группе, включают гепатит В, чесотку, некоторые грибковые и паразитарные заболевания и СПИД. Действительно, практически любая инфекция, распространяющаяся контактным (кожа, жидкие среды организма) или фекально-оральным путем, должна рассматриваться в контексте ВЗ.

Гомосексуальная или бисексуальная половая активность мужчин значительно повышает распространенность названных заболеваний. По имеющимся наблюдениям, гомосексуальная активность женщин, по-видимому, в меньшей степени сопряжена с передачей ВЗ. Возможна передача ВЗ от матери к новорожденному или маленькому ребенку; ВЗ часто возникают и у детей, подвергающихся сексуальному насилию.

Более того, возбудители ВЗ могут передаваться при соприкосновении с жидкостями организма, т. е. без генитального контакта. Они могут передаваться и при переливании крови, при использовании одного шприца наркоманами, при попадании выделений из организма на раневые поверхности (кожа или слизистые оболочки), при использовании нестерильных инструментов медицинским персоналом. Путь заражения не влияет на диагностику и лечение заболевания.

**1. ГОНОРЕЯ**

Гонорея — чрезвычайно распространенное заболевание. У мужчин она проявляется гнойными уретральными выделениями в сочетании с дизурией. Женщины имеют аналогичные симптомы, однако они часто просматриваются. В значительном числе случаев заболевание протекает бессимптомно как у мужчин, так и у женщин. Также у обоих полов встречается фарингеальная и анальная инфекция (гонорея).

Наиболее частым осложнением, наблюдаемым у женщин в ОНП, является воспалительное заболевание органов таза (ВЗОТ). И у женщин, и у мужчин гематогенная диссеминация может привести к инфекционному поражению суставов, сердца или менингеальных оболочек. Поражение может носить деструктивный характер и бывает иногда жизнеугрожающим.

Диагноз ставится при обнаружении в мазке из выделений или в материале, взятом в месте поражения грамотрицательных интрацеллюлярных диплококков, а также Neisseria gonorrhoeae при посеве. Однако не всегда при этом удается получить положительный результат. Могут потребоваться повторные культуральные исследования, включая посев материала из глотки и ануса. Лечение начинают при наличии подозрения на гонорею или соответствующих анамнестических данных.

Заболевание приобретается при контакте (обычно генитальном) с инфицированным человеком, но оно может передаваться и через загрязненные пальцы или некоторые предметы обихода с занесением инфекции на другие участки тела (например, в глаза) как самого больного, так и другого лица. При сексуальных контактах возможно также инфицирование альтернативных областей (глотка, анус). Гонорея может быть приобретена плодом во время его прохождения по родовым путям.

Инкубационный период составляет несколько дней (до недели), а период возможного заражения окружающих вариабелен и порой бывает довольно длительным; при правильном лечении он резко сокращается. Заболевание может иметь самолимитирующий характер.

Эффективность лечения зависит от возможного наличия бета-лактамазной резистентности к пенициллину, а также от присутствия конкурентной инфекции, особенно сифилиса и хламидиоза. Поэтому схема начального лечения обычно такова:

Водный раствор прокаин-пенициллина G — 4,8 млн единиц внутримышечно (по половине дозы в каждую из ягодиц) илиампициллин — 3,5 г в однократной пероральной дозе; илиамоксициллин — 3 г в однократной пероральной дозе (они имеют общую антигенную структуру и не могут использоваться при значительной аллергии к пенициллину). С каждым из названных препаратов дается также пробеницид (1 г перорально) для сифилиса в инкубационный период, а также тетрациклин НС1 — 500 мг перорально 4 раза в день в течение 7 дней (противопоказан при беременности у детей младшего возраста) или эритромицин — 500 мг п/о 4 раза в день в течение 7 дней.

При резистентности к пенициллину или непереносимости вышеуказанных препаратов может использоваться цефтриаксон (250 мг в/м) в сочетании с доксициклином (100 мг п/о 2 раза в день в течение 7 дней); или основание эритромицина — 500 мг (или его эквивалент) 4 раза в день в течение 7 дней; или спектиномицин — 2 г в однократной внутримышечной дозе.

Лечение однократной дозой назначается в случае возможного невыполнения больным предписаний врача. Через 1—2 недели после завершения лечения производятся контрольные посевы для оценки эффективности терапии. Неэффективность лечения может указывать на резистентность гонококка или на реинфекиию.

Рекомендуется одновременное лечение половых партнеров. Если имеются подозрения на резистентность гонококка к тому или иному препарату, это следует учесть и при лечении половых партнеров заболевшего.

**2. СИФИЛИС**

Сифилис является распространенным ВЗ, передающимся половым путем. Он может быть приобретен при рождении или при переливании крови (в случае очень ранней стадии заболевания у донора). Инфекционным агентом является бледная спирохета. Она обнаруживается в очагах поражения, инфицированных слизистых оболочках, слюне, семенной жидкости и крови. Она может проникнуть даже через едва заметные повреждения кожи или слизистой оболочки.

Заболевание распознается и лечится на различных стадиях:

*Первичный сифилис* характеризуется наличием или отсутствием изъязвлений (обычно на гениталиях) примерно через 3 недели после заражения.

*Вторичный сифилис* характеризуется системными проявлениями и наличием кожной сыпи в период от нескольких недель до нескольких месяцев после заражения.

*Третичный сифилис* — характеризуется поражением сердечно-сосудистой и (или) нервной систем и может протекать годами. Его клинические проявления зависят от стадии заболевания.

На ранних стадиях диагноз может быть поставлен при исследовании материала из очагов поражения с помощью фазово-контрастной микроскопии или в темном поле. Серологическое исследование может установить сам факт заражения, но не позволяет определить его давность. Возможно получение ложно-положительных результатов. Решение о проведении терапии может быть принято при отсутствии в анамнезе указаний на уже начатое эффективное лечение.

Схемы подтвержденного или подозреваемого первичного сифилиса в течение первого года после заражения приведены ниже.

Для больных, хорошо переносящих пенициллин: Бензатин-пенициллин G — 2,4 млн единиц внутримышечно в однократной дозе или водный раствор прокаинпенициллина G в суммарной дозе 4,8 млн единиц (600 000 ЕД/день внутримышечно в течение 8 дней). При аллергии к пенициллину

Тетрациклин НСl — 500 мг перорально 4 раза в день в течение 15 дней или эритромицин — 500 мг перорально 4 раза в день в течение 15 дней.

Схемы лечения на более поздних стадиях заболевания: Для больных, хорошо переносящих пенициллин: Бензатин-пенициллин G в суммарной дозе 7,2 млн единиц (2,4 млн единиц в/м еженедельно в течение 3 последующих недель) или водный раствор прокаин-пенициллина G в общей дозе 9 млн единиц (600 000 ЕД/день внутримышечно в течение 15 дней).

При аллергии к пенициллину:

Тетрациклин НС1 (500 мг перорально 4 раза в день в течение 30 дней) или эритромицин (500 мг перорально 4 раза в день в течение 30 дней).

Лечение на более поздних стадиях зависит от результатов исследования сыворотки крови или спинномозговой жидкости.

**3. ХЛАМИДИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ**

Частота и распространенность инфекции, вызываемой Chlamydia, общеизвестны. В значительной степени она имитирует гонорею или сосуществует с этой инфекцией, включая PID и перигепатит. Ввиду частоты подобного сопутствования и трудностей высевания хламидии лечение этой инфекции рекомендуется проводить во всех случаях гонореи с помощью тетрациклина или эритромицина (см. выше). Для диагностики заболевания (при наличии возможности) используются иммунологические методы и культуральные исследования.

Хламидиальная инфекция может проявляться и венерической лимфогранулемой с кожными поражениями и лимфаденопатией.

Кожные поражения обычно безболезненны и могут то нарастать, то уменьшаться, приобретая форму поверхностных изъязвлений, папул, узелков или герпетиформных везикул. Чаще всего они присутствуют в области гениталий. Как правило, это сопровождается увеличением паховых лимфатических узлов. Последние могут размягчаться, спаиваться с покрывающей их кожей, образуя свищевые ходы. У женщин может наблюдаться образование свищей, в большей степени затрагивающее ткани влагалища и прямой кишки. Могут присутствовать системные симптомы, такие как озноб, лихорадка, головная боль и общее недомогание; отмечается, хотя и нечасто, инфицирование суставов и менингеальных оболочек. Течение заболевания может быть очень длительным, но смертельный исход наблюдается редко. При наличии активных очагов поражения данное заболевание считается заразным, причем очаги могут сохраняться годами в отсутствие соответствующего лечения. Инкубационный период длится 1—3 недель или более.

Диагноз ставится при обнаружении в аспиратах пораженных тканей лейкоцитов с внутриклеточными включениями в форме особых телец. При наличии соответствующих лабораторных условий возможно культуральное подтверждение диагноза. При биопсии также обнаруживаюся характерные гистологические признаки. Для лечения применяется тетрациклин НС1, назначаемый перорально по 500 мг 4 раза в день в течение 10 дней. Лечение может быть и более длительным, что зависит от степени поражения и от клинического ответа больного. В случае аллергии к тетрациклину (или его непереносимости) целесообразна терапия применявшимся раньше сульфадиазином (4 г/день в течение 14—21 дня). В отдельных случаях показано дренирование флюктуирующих очагов поражения. Поздние осложнения, включая элефантиаз и стриктуру прямой кишки, не отвечают на медикаментозное лечение.

**4. ШАНКРОИД**

Частота шанкроида, наименее часто описываемого ВЗ, возрастает. Заболевание вызывается Haemophil.us ducreyi, проникающей в организм при сексуальном контакте из изъязвленной слизистой оболочки или нагноившейся лимфоидной ткани. Поражения обычно заживают в течение нескольких недель, но все это время они остаются заразными. Длительность инкубационного периода колеблется от 3 до 14 дней.

Заболевание проявляется одним или несколькими болезненными некротическими поражениями или нагноением паховых лимфатических узлов. Поражение может локализоваться и в других областях в зависимости от места инокуляции инфекционного агента.

Предположительный диагноз ставится на основании клинических проявлений заболевания; результаты исследования мазков и последующий посев подтверждают диагноз. Гистологические данные также диагностически информативны.

Лечение эритромицином (500 мг 4 раза в день в течение 10 дней или дольше) проводится до полного заживления поражений. Альтернативное лечение триметоприм-сульфаметоксазолом (160 мг, 800 мг дважды в день) может назначаться в те же сроки. Иногда показаны вскрытие и дренирование флюктуирующих очагов поражения. Отсутствие терапевтического эффекта может указывать на резистентность; целесообразно тестирование на чувствительность патогена к антибиотикам. Как и при других ВЗ, лечению подвергаются и половые партнеры заболевшего.

**5. ПАХОВАЯ ГРАНУЛЕМА**

Заболевание вызывается Calymmatobacterium granulomatis. Его относят к группе ВЗ, хотя у гетеросексуальных партнеров заболевших оно возникает редко. В США это заболевание наблюдается нечасто. Инкубационный период может затягиваться до 3 месяцев.

Клинические проявления зависят от стадии заболевания, которое начинается с небольших поражений (папулы, узелки или везикулы), медленно развивающихся до обширных гранулематозных или язвенных поражений. Они обнаруживаются на коже и слизистых оболочках гениталий, паховой и анальной областей и могут быть безболезненными. В отсутствие лечения развиваются выраженные деструктивные процессы в очагах поражения. Впоследствии на таком участке может возникнуть карцинома сквамозного характера.

Диагностика основывается на результатах окрашивания и гистологических харатеристиках гранулематозных поражений. При лечении тетрациклином НС1 (2 г/день перорально в течение 15 дней) выздоровление наступает быстро. Используются также стрептомицин и хлорамфеникол.

**6. ТРИХОМОНИАЗ**

Трихомониаз вызывается протозойным патогеном Trichomonas vaginalis. Заболевание передается при контакте (обычно генитальном) с инфицированными секретами гениталий и мочевого тракта. Инфекция относится к весьма контагиозным ввиду продолжительности заболевания. Инкубационный период длится от 4 до 20 дней, но обычно составляет 1 неделю. Симптоматическое заболевание чаше наблюдается у женщин; при этом имеют место обильные и пенистые вагинальные выделения желтого цвета с дурным запахом. Диагноз ставится при идентификации подвижного паразита на предметном стекле во влажной среде. Проводится лечение метронидазолом (250 мг перорально трижды в день в течение 7 дней; или 2 г перорально в одной дозе; или 1 г 2 раза в течение одного дня (за исключением беременных). Одновременно лечатся сексуальные партнеры.

**7. ПРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС**

Прогенитальный герпес — широко распространенное заболевание, вызываемое вирусом простого герпеса (тип 2). Обычно оно проявляется рецидивирующими генитальными высыпаниями в виде типичных везикул, которые могут быть очень болезненными. Выздоровлению предшествуют изъязвление пузырьков и образование корочки. У женщин чаще всего поражаются вульва и шейка матки, у мужчин — головка полового члена и крайняя плоть. Однако поражения могут локализоваться в любой другой области. У новорожденных, заражающихся в процессе родов, могут возникать очень серьезные осложнения. У жен-шин первичная инфекция иногда вызывает самолимитирующийся менингит. Возможная причинно-следственная связь данного заболевания с раком шейки матки требует дальнейшего изучения. Генитальные поражения могут быть вызваны и вирусом герпеса типа 1.

Заражение обычно происходит при половом контакте. Независимо от наличия видимых проявлений заболевания инфицированный индивид может быть носителем и распространителем вируса. Длительность инкубационного периода составляет 2— 12 дней.

Диагноз обычно ставится на основании клинических данных и подтверждается (в случае первичной инфекции) при исследовании парных сывороток или (что значительно чаще) при прямом иммунофлюоресцентном тестировании, идентификации внутриядерных включений или при выделении вируса (в зависимости от технических возможностей лаборатории).

Вопросы лечения все еще находятся в стадии изучения. Некоторые антивирусные препараты, включая аденин, арабинозид и ацикловир, как было показано, ускоряют процесс выздоровления и сокращают сроки вирусоносительства, но не излечивают больного полностью.

**8. СПИД**

СПИД может рассматриваться как новое заболевание. С 1981 года, когда он был впервые описан, зарегистрировано свыше 10 000 случаев заболевания, и число заболевших быстро возрастает. Заболевание, развившееся до определенной стадии, по-видимому, является фатальным. Возбудитель СПИДа называют вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Примерно 90 % больных СПИДом в США составляют гомосексуалы или бисексуалы (мужчины), наркоманы, использующие внутривенные наркотики, и их сексуальные партнеры. Остальную часть заболевших представляют реципиенты зараженной ВИЧ донорской крови (или ее продуктов), дети, рожденные от инфицированных матерей, и другие лица.

Заражение ВИЧ приводит к появлению в сыворотке крови специфических антител уже через несколько недель. По разным данным, безусловно, нуждающимся в дальнейшей проверке, у 5—10 % зараженных развивается СПИД, у 10—25 % наблюдается менее тяжелая патология, а 70—85 % остаются асимптоматичными. С течением времени эта статистика ухудшается.

Клинический комплекс СПИДа включает определение заражения ВИЧ (вирусная культура или соответствующие антитела), сокращения количества иммунокомпетентных клеток (особенно лимфоцитов-Т-хелперов) и развитие саркомы Капоши или одной из оппортунистических инфекций (преимущественно Pneumocystis carinii).

Клинические проявления заболевания — это обычно те или иные осложнения, связанные с иммунодефицитом. Характерны также повышенная утомляемость, потеря массы тела, диарея и респираторная симптоматика.

Специфического лечения или вакцины против ВИЧ пока не существует. В то же время многие клинические осложнения данного заболевания могут считаться вполне излечимыми. Важное значение имеет сохранение высокой бдительности в отношении раннего выявления заболевания в связи с тем, что социальные и психологические факторы могут побудить жертвы СПИДа к отказу от обращения к врачу.

**Риск заболевания СПИДом медицинского персонала**

Представляется, что медицинский персонал достаточно осведомлен о риске заражения СПИДом, так как передачи вируса аналогичны таковым при гепатите В, эпидемиология которого им хорошо известна.

Хотя четкие гарантии профилактики дать невозможно, имеющиеся сегодня данные достаточно ободряющи. Во всяком случае риск заражения СПИДом во много раз меньше, чем при гепатите В при одинаковых условиях передачи. Обзоры литературы по этому вопросу выявляют очень небольшое число лиц, зараженных ВИЧ-инфекцией при контакте с продуктами крови.

Медицинский персонал должен соблюдать особую осторожность при работе с иглами и другими инструментами и избегать соприкосновения с кровью и ее препаратами.

При случайном контакте с кровью следует немедленно промыть загрязненный участок водой. В определенных ситуациях необходимо работать в перчатках, маске и очках во избежание возможного заражения при контакте с различными выделениями человеческого организма; важно не допускать их попадания на кожу, слизистую оболочку или конъюнктиву.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Неотложнаямедицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год