

Сифилис

Сифилисът /луес/ принадлежи към група та на т.н. класически венерически заболявания. Той представлява инфекциозно заболяване с хронично циклично, активно проявено или скрито, протичане. Причинител на болестта е спирохета /трепонема/. Заразяването става предимно по полов път, но може да се предава и извънполово, директно, индиректно и конгенитално /от майката на плода/. Спирохетата /трепонемата/ се нарича бледа поради нейното слабо оцветяване с анилинови бои и невъзможност да се види с обикновен микроскопски способ. Под въздействие на антисептични и дезинфекционни разтвори бледите спирохети загиват бързо. Измиването с вода и сапун е достатъчно за унищожаване на попадналите върху кожата спирохети. Инфекцията може да бъде придобита или вродена. При придобития сифилис заразата се предава при пряк или непряк контакт с болен, като най-често инфекцията се предава по полов път. Извънполовото и непряко предаване на инфекцията е особено характерно за битовия сифилис. При вродения сифилис заразяването се предава от болната майка чрез плацентата на плода през или след 4-тия лунарен месец. Продължителността на инкубационния период е 3-4 седмици. Това е периодът, в който инфекцията се развива в организма без да настъпят външни прояви. Възможно е инкубационният период да бъде по-къс /10-12 дни/ или по-дълъг /до и над 3 месеца/. Противосифилистичното лечение, приложено в оптимална дозировка и продължителност през инкубационния период, може да предотврати развитието на болестта. Това е т.н. превантивно лечение на сифилиса. По отношение на имунитета съществуващите закономерности при много други инфекциозни болести не се отнасят за сифилиса. При това заболяване е възможна т.н. суперинфекция - т.е. повторно заразяване на вече лекувани от сифилиса болни. Преболедуване от сифилис не води до траен имунитет. Съвременното и своевременно лечение осигурява пълно излекуване.

Трипер (Гонорея)

Гонореята /трипер, гонококция/ спада към групата на т.н. класически венерически заболявания и е една от най-честите болести, предавани по полов път. Тя се причинява от бактерии /гоноток/. Той представлява микроорганизъм с овална форма, съставен от две части, наподобяващи бобени или кафеени зърна, разположени с вдлъбнатините си едно срещу друго. Този микроорганизъм е болестотворен само за цилиндричния епител /напр. за лигавицата на уретрата/, но може да причини възпаление и на плосък епител /на малки момиченца или възрастни жени/ напр. влагалището /поради някои биохимични особености. Новороденото може да се зарази по време на раждане.

Източници на инфекцията са болни от гонорея, по-често жени с хронично протичане на болестта. У тях гонореята протича почти безсимптомно. Инфекцията може да се предаде при анален хетеро- и хомосексуален полов контакт, както и чрез замърсени пръсти. Извънполовото заразяване става по индиректен път чрез различни предмети: бельо, изтривалки, гърненца, столове и други. Малки момиченца се заразяват при спане в едно легло с болни от гонорея, както и в детски заведения, където може да възникне и гонорейна епидемия. В случаите на заразяване по време на родов акт инфекцията засяга очите и гениталите на новороденото. Инкубационният период на болестта е средно 3 дни, по-рядко достига до 7 дни. Гонореята у мъжа се изяснява като остър гонококов уретит. Характерно за него е обилното гнойно течение от уретрата, придружено от болка и парене при уриниране. Външният отвор на уретрата е зачервен и оточен. Налице е болезненост при опипване по хода на уретрата. При нелекуване недостатъчно ефективно лекуване острият гонококов уретрит преминава за 1-2 месеца в хроничен. Хроничният гонококов уретрит протича със слаби признаци - сърбеж, парене и чести позиви за уриниране. Гонореята у жената протича с лека парене при уриниране с тежест в долната част на корема, парене и течение от влагалището. Много често възпалението засяга и лигавицата на шийката на матката. Обективно се открива зачервяване и оток на влагалищната и шийковата лигавица и изтичане на гноевиден секрет. Нерядко настъпват усложнения - възпаление на разположените около гениталните жлези, на мехурната и маточната лигавица, на маточните тръби и яйчниците /гонококов бартолинит, цистит, ендометрит, аднексит, фоликулит-оофорит/. Рядко инфекцията може да проникне в малкия таз и коремната кухина и да предизвика развитие на гонококов пелвеоперитонит. Гонококцията у децата протича като възпаление на външните полови органи и влагалището, с болка, парене, сърбеж и отделяне на гноевиден секрет. Нерядко болестта засяга очите и протича като гонококова офталмия, със зачервяване и оток на клепачите, разязвяване на роговицата на окото с наличие на гнойна секреция. При недостатъчно ефективно лечение гонококовата офталмия води до слепота. Гонококов проктит /възпаление на правото черво - ректума/ се среща в значителен процент от жените, заболяли от гонорея, както и у мъже, които поддържат хомосексуални връзки. Много често гонореята на ануса и ректума протича безсимптомно или със много слаби оплаквания. Лечението на гонококцията е консервативно, като се прилагат антибиотици от пеницилиновия ред или по-широкоспектърни антибиотици в лечебен курс от пет до седем дни. Лечението се провежда от и под контрола на лекар-специалист.

Мек шанкър

Мекият шанкър представлява остро инфекциозно заболяване, което спада към групата на т.н. класически венерически болести. То се предава по полов път. Характеризира се с поява на болезнени язви по половите органи и усложнения - поява на бубони /възли,

пакети/ в регионалните лимфни възли. Болестта се среща по-често в тропическите, субтропическите и предимно в слаборазвитите страни. У нас са наблюдавани единични случаи. Мекият шанкър се причинява от специфичен стрептокок. Инкубационният период на болестта е 1-5 дни.

Всъщност, развитието на инфекцията започна веднага след заразяването. На мястото на проникването /половите органи/се появяват едно или няколко зачервени петна, които се превръщат последователно в малки възелчета, гнойни мехурчета и язви. Язвите на мекия шанкър са болезнени, с кръгла, овална или неправилна форма, рязки граници с околното зачервяване, с некротично дъно, покрито с гноен налеп. В момента на заразяването или по-късно вследствие автоинокулация /самостоятелно само заразяване от собствените язви върху незаразените участъци на тялото/ се наблюдават окологенитална и извънгенитална ло кализации - около ануса, по бедрата, ръцете, пръстите, устните, езика. Усложненията на мекия шанкър са: 1. Кръвоизливи - на местата с разязвени тъкани; 2. Възпаление на лимфните съдове по гърба на пениса със или без малки възловидни уплътнения, които нагнояват и образуват след разпад вторични язви; 3. Регионален лимфаденит /възпаление и уголемяване на слабинните лимфни възли; Лимфаденитът възниква 3-4 седмици след началото на заболяването вследствие проникване на стрептокока в регионалните лимфни възли, най-често едностранно. Засегнатите лимфни възли се увеличават и достигат големина до кокоше яйце и повече. Възпалението обхваща и околните тъкани, включително кожата, която е зачервена, опъната и глатка. При разпад на засегнатите лимфни възли се образуват дълбоки кратерообразни язви с гноен ексудат. Лимфаденитът протича с повишена телесна температура. След възстановителен процес за 1-2 месеца язвите постепенно заздравяват с образуване на груби ръбци. Лечението се провежда от лекар-специалист. Прилагат се сулфонамиди, стрептомицини и тетрациклини.

Хламидиаза

Хламидиазата принадлежи към групата болести, предавани по полов път. Специфичен вид хламидии причиняват заболяване на мъжките и женските генитали. Инкубационният период е от една до четири седмици. У мъжете най-често хламидиазата протича като остър уретрит. Признаците са: сърбеж или болка по хода на уретрата, често с парене при уриниране, увеличен водно-слизест секрет, изтичащ от уретралния отвор. Нерядко хламидийният уретрит възникват след предшествуващо преболедуване от гонорея. У жените хламидиазата най-често протича като уретрит и се усложнява с развитие на възпаление на външните полови органи, влагалището и шийката на матката. Заболялите жени се оплакват от генитален сърбеж, парене при уриниране, болка ниско в корема. Нерядко заболяването се усложнява с поява на цистит. При новородените инфекцията се предава от болната майка и протича като

неонатална офталмия /засягане на очите/. Допуска се съществуване на безсимптомно хламидионосителство. Специфичен вид хламидий /хламидия тра хоматис/ причинява болестта на Райтер разновидност на хламидиозата. Тя се среща рядко, предимно у мъжете, и представлява комбинирано засягане на уретрата, очите и ставите. Заболяването започва с уретрит, 10-15 дни след полов контакт, със или без общи явления. По-късно се появява повишение на телесната температура, конюнктивит, артрит. Характерно е засягането на ставите около тазовия пояс. Наблюдават се кожни признаци - гнойни мехурчета или розово-червени люспи, които често са локализирани по дланите и стъпалата. Болестта протича остро, подостро или хронично, с рецидиви и ремисии. Лечението на хламидиозата у двата пола се провежда от лекар-специалист, като се прилагат широкоспектърни антибиотици /тетрациклини/ и сулфонамиди.

Придобит сифилис

Придобитият сифилис, при който заразяването най-често става по полов път /при полов контакт/ протича в няколко последователни етапа: първичен сифилис, вторичен сифилис и третичен сифилис. Първичният сифилис има продължителност около 6 седмици и обхваща периода от заразяването до вторичният сифилис, когато започват кожните /обривните/ прояви на болестта. След изтичането на инкубационния период на мястото на входната врата на инфекцията се образува раничка, порядко язва. Язвата е с кръгловата форма с диаметър от 5 до 20 мм, гладко дъно с медно-червеникав цвят, с оточно-червеникав цвят, с оточни твърди ръбове, неболезнена. Локализацията на язвата най-често е в областта на главата и препуциума на пениса, вулвата и влагалището. Няколко дни след появата на сифилистичната язва регионалните лимфни възли се увеличават и достигат големина на лешник, като не са болезнени при опипване. През този период на прясна сифилистична инфекция диагноза се потвърждава чрез доказване на бледата спирохета в материал от язвата и изследван микроскопски на тъмно поле. Серологичната реакция за доказване на сифилиса става положителна 10 -14 дни след появата на сифилистичната язва. Вторичният сифилис започва средно 6 седмици след появата на сифилистичната язва /т.н.твърд шанкър/ и се характеризира с това, че всички кожни прояви през този период са богати на бледа спирохета което определя периода като най-заразителен. От общите признаци най-чест е краткотрайната /за 4-5 дни/ повишена телесна температура, обикновено привечер, съпроводена от изпотяване. Нерядко се установява безсъние, главоболие и нощни костни болки. Най-характерното обаче при вторичен сифилис е появата на т.н. сифилиди по кожата, които са неболезнени, петнисти или възлести. Петнистите /макулозни/ сифилиди представляват розово-червени петна на нивото на кожата, на големина от лещено зърно до малка монета, разположени главно по туловището /гърдите, гърба, корема/, кои то след 2-3 седмици изчезват безследно. Възлестите сифилиди се локализируют по крайниците, като особено типична област са стъпалата и дланите. Те са на големина колкото лещено зърно, с гладка повърхност и червено-кафяв цвят. Те също така изчезват спонтанно за 3-4 седмици. Под влияние на

овлажняването по гениталите се образуват т.н. широки кондиломи, които представляват най-заразните места на болестта. По шията се появяват участъци на кожата с променена пигментация - т.н. 'огърлица на Венера'. Но кожата на границата между челото и окосмената част на главата нерядко се образуват възлести сифилиди /т.н. 'Корона на Венера'. По окосмената част на главата се установяват участъци на оплешивяване. След няколко седмици до няколко месеца тези признаци изчезват постепенно. През този период серологичните реакции за сифилис са в 100 % от случаите положителни. Третичният сифилис започва 2-3 години след началото на сифилиса. Възлести третични сифилиди могат да се появят по различни участъци на тялото. Те представляват множество възлести образувания на големина до грахово зърно, с умерена плътност и медно-червеникав цвят. Задържат се няколко месеца, част от тях постепенно изчезват и на тях на място остават тъмно-червеникави белези. Гумозните третични сифилиди се образуват в кожата и подкожните тъкани. Те са обикновено единични, на големина от грахово зърно до орех. Най-често тези сифилиди изчезват, но понякога се разявяват и от тях изтича гъста лепкава кръвениста материя, наподобяваща арабска гума. Третичният сифилис засяга и опорно-двигателния апарат, сърдечно-съдовата и нервна система.

Вроден сифилис

Задължително условие за възникване на вроден сифилис е наличието на сифилис у майката. Инфекцията се предава от болната от сифилис майка на плода по време на бременността посредством плацентата след четвъртия лунарен месец. Колкото инфекцията у майката е по-прясна, толкова вероятността за заразяване на плода е по-голяма. В зависимост от количеството на проникналите бледи спирохети плодът се уврежда в различна степен.

Съответно на това вроденият сифилис се разделя на: 1. Ранен вроден сифилис - до 4-годишна възраст; 2. Късен вроден сифилис - в над 4 годишна възраст; 3. Скрит /латентен/ вроден сифилис. Ранният вроден сифилис е силно заразителен. Болестната симптоматика напомня ранния придобит /респективно вторичен/ сифилис, но наред с това се срещат и гумозни възли и язви и значителни увреждания на костите и вътрешните органи. Тези обстоятелства предопределят и неблагоприятната му прогноза. Ранният вроден сифилис от своя страна се разделя на: сифилис на плода, сифилис на кърмачето и сифилис на ранната детска възраст. За сифилис на плода говорим, когато масивното проникване на спирохетите в плода причинява тежки, несъвместими с живота промени във всички тъкани, органи и системи. Това води до аборт /през 5-6тия лунарен месец/ или до преждевременно мъртворождаване /през 7-8-мия лунарен месец/. Тежки промени се установяват във всички вътрешни органи /бели дробове, черен дроб, сърце, жлези с вътрешна секреция, кости/. Като сифилис на

кърмачето се определя ранният вроден сифилис от момента на раждането до края на първата година от живота. Сифилисът на кърмачето се изяснява със сериозно увреждане на общото състояние, дистрофия с намаляване на телесната маса, атрофична кожа и мускули, повишена телесна температура. Кожата е набръчкана, със старчески вид и землист цвят. По кожата често се наблюдават мехурчести обриви. Вроденият сифилис на ранната детска възраст засяга болните от една до четири-годишна възраст. Най-често са увредени кожата, лигавиците и костите. Характерно е наличието на възлести обриви по кожата, наподобяващи вторичния рецидивен сифилис. Късният вроден сифилис засяга болните от пет до шестнадесетгодишна възраст. Много често се увреждат лигавиците на устата. Образуват се гумозни възли, които се разпадат и водят до разрушаване на костните прегради. Гумите в областта на носа водят до т.н. седловиден нос. Наблюдават се и костни усложнения /периостит и остеомиелит/, очни промени с потъмняване на роговицата, зъбни аномалии с характерни зъби като отверка или с полулунни очертания. Комбинацията от загуба на слуха, възпаление на роговицата на очите и зъбни аномалии е известна като триада на Хътчинсън. Профилактиката на вродения сифилис изисква повишаване на здравната култура на населението. Абсолютно необходими са двукратното серологично изследване на бременните, контрол върху лечението на болните от сифилис и превантивното лечение по време на бременност на лекуваните преди това за сифилис жени. Лечението на сифилиса се провежда главно с пеницилин. Необходимо е да се осигури оптимално съдържание на пеницилин в кръвта в продължение на 10-14 дни. При ранните форми на сифилиса лечението трябва да започне с водно-разтворим пеницилин, след което се продължава с де по-пеницилинови препарати. При късните форми освен пеницилин се прилагат бисмутови и йодни препарати и неспецифично лечение /автохемотерапия/. Цялостното лекарствено лечение се провежда от лекар-специалист.

Аднексит

Аднекситът е възпаление на лигавицата на маточните тръби, което обхваща и яйчниците.

Заболяването може да бъде едностранно или двустранно. Най-често инфекцията прониква от влагалището, цервикалния канал и маточната кухина, по съседство, по кръвен или по лимфен път. Причинителите са голям брой микроорганизми, нерядко - гонококи и хламидии. При прогресия възпалителният процес прониква и в по-дълбоките слоеве на стените на маточната тръба, обхваща и яйчниците и води до стерилитет. След оздравяване остават сраствания в малкия таз.

Различават се три форми на андексит: остра, подостра и хронична.

При острата форма телесната температура се повишава, появява се болка в тазовата област. Характерни са симптомите на дразнене на перитонеума: гадене, повишено образуване и отделяне на газове, болка и стягане /ригидност/ на мускулатурата в долната част на корема. Тези признаци обикновено се предшествуват от увеличаване на влагалищния секрет и нарушения в менструацията.

Подострата форма не се отличава съществено от острата. Налице са същите симптоми, но в по-слаба степен.

Хроничната форма протича със слабо изразена болка, с нарушения в менструацията.

Лечението се провежда от лекар-гинеколог, като се прилагат и широкоспектърни антибиотици. По показание се извършва и оперативно лечение.

Болезнена менструация

Болезнената менструация /дисменорея/ е състояние, което е израз на заболяване в половата система или се среща самостоятелно. Възпалителните процеси в малкия таз у жената обикновено се съпътствуват с болезнена менструация. Особено силни са болките при сраствания на матката или по пътя на отока на кръвта. Ендометриозата също се съпътствува със силно болезнена менструация.

Други причини за дисменорея са туморите и промени в нормалните параметри /големина, форма/ на матката. Болезнената менструация се среща и самостоятелно. В такива случаи тя се означава като есенциална дисменорея. Най-често тя се среща сред жени с лабилна психика. Приема се, че условията на живот и прекараните заболявания в детската възраст и пубертета също могат да причинят болезнена дисменорея.

Болките са локализирани в долната част на корема. Те са силни, режещи и се съпровождат с отпадналост, раздразнителност, изпотяване. За разграничаване на двете форми се прилагат инструментален оглед на матката и околните органи, рентгеново изследване и изследване на клетъчния състав на маточната и околната лигавица.

Лечението се състои в прилагане на спазмолитични средства /бусколизин, спазмалгон, но-шпа и други/, обезболяващи средства, физиотерапевтични и общоукрепващи процедури. В случаите, при които дизменореята е последица на друго заболяване се пристъпва към неговото лечение.

Генитален херпес

Гениталният херпес се причинява от същия вирус, който причинява и херпес на устните. Човешкият херпесен вирус имунологично се разделя на два типа:

1 тип причиняващ лабиален /на устните/ херпес;

2 тип - генитален херпесен вирус.

Заболяването става в детска възраст /между 1 и 5 години/ и протича под форма на остро възпаление на външните полови органи и влагалището у момиченцата или възпаление в устната кухина, след което вирусът остава в организма в латентно /неактивно/ състояние. Заболяването се предава най-често по полов път.

Гениталният херпес обхваща външните полови органи и влагалището и представлява първична инфекция, която засяга както деца, така и момичета или млади жени. Обривът се характеризира със зачервяване и мехурчета, които бързо се разпукват. Често обривът се повтаря. Намирацията се в латентно състояние генитален херпесен вирус при определени условия се реактивира и причинява нов херпесен обрив.

Провокираща роля имат различни фактори:

1. Болестни състояния, които протичат с висока телесна температура;
2. Хронични травми;
3. Някои отравяния /с въглероден окис,алкохол и други/;
4. Силно нервно-психично напрежение;
5. Ендокринни /хормонални/ влияния, вкл. менструация;
6. Слънчево облъчване.

Херпесният обрив се появява като сърбящо или леко парещо червеникаво леко надигнато петно /папула/, върху което след няколко часа се образуват групички мехурчета с размер главичка на топлийка.

Отначало мехурчетата са изпълнени с бистра течност, която след няколко дни потъмнява и засъхва и на тяхно място се образува коричка. Понякога мехурчетата бързо се разпукват и се образуват малки червени ерозии с влажна повърхност, които също бързо засъхват с поява на корички. След няколко дни коричките постепенно падат, като белези не се образуват. Херпесният обрив върху половите органи на мъжа най-често е разположен върху пениса, в браздата между главата и препуциума. При генеталния херпес се установява увеличение на регионалните лимфни възли.

У жените гениталният херпес може да заеме голяма площ и се съпътства от силна болка, сърбеж и повишена температура.Той често рецидивира на едно и също място и

понякога може да послужи като входна врата за проникване на причинителя на сифилиса - сифилистичната бледа спирохета.

Не съществува ефективно средство за унищожаване на херпесния вирус. Генеталният херпес най-често преминава без лечение. За предпазване на ерозийките от вторична инфекция се прилагат антисептични разтвори и пудри. С известен успех се прилага ацикловир /цовиракс/ като специфичен противовирусен препарат. При чести рецидиви се прилагат витамини, гамаглобулин, противохерпесна ваксина и лазерно лечение.