

Таким образом, данные количественных закономерностей расстройств объемной скорости кровотока и сосудистого сопротивления в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы в зависимости от степени ее тяжести и клинической картины важны для их коррекции в системе патогенетической терапии.

Анализ литературных данных показал, что наиболее полно изучена природа и механизм возникновения спонтанного пульса центральной вены сетчатки, частота наличия данного феномена у здоровых лиц, неэффективность попыток измерения венозного давления в ЦВС, неоднозначна и оценка этого феномена. Вместе с тем, значимость выявления венозного пульса сетчатки по сравнению с застойными ДЗН описана в литературе в случаях внутричерепной гипертензии, обусловленной неврологической и нейрохирургической патологией, менее связанной с травмами головного мозга.

На сегодняшний день нерешенной является проблема объективизации нейроофтальмологической диагностики в острый период закрытой черепно-мозговой травмы, особенно тяжелой ее степени. В связи с этим представляется интересной возможность изучить показатели спонтанного пульса ЦВС в случаях внутричерепной гипертензии, обусловленной закрытой черепно-мозговой травмой.

Литература:

1. Бессмертный М.З. Состояние глазного дна в остром периоде черепно-мозговой травмы. // Нейрохирургия.-2002.-№2-С.34-36.
2. Гогорян С.Ф. К анализу последствий черепно-мозговой травмы. // Актуальные вопросы неврологии и нейрохирургии. - Ростов-на-Дону, 2002.-С. 63-64.
3. Калицев Л.Ж., Поляков В.В., Асадулин И.Р. О диагностической ценности исследования спонтанного венозного пульса сетчатки. // Военно-медицинский журнал, 1991, № 12, С. 29-31.
4. Клячко Л.И., Савельев Г.Т. Изменения глазного дна у больных с последствиями черепно-мозговой травмы. // Военно-медицинский журнал.-1971.-39-С.21.
5. Кондаков Е.Н., Семенютин В.Б., Гайдар Б.В. Тяжелая черепно-мозговая травма. // СПб.,2001.-213с.
6. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапова А.А. Нейротравма.// Ростов-на-Дону, 1999.-574с.
7. Кремкова Е.В. Лечение патологии заднего отрезка глаза в связи с сочетанными контузионными травмами черепа и глаза. // Тез.докл.научн.-практ. конференции: Лечение посттравматической патологии заднего отрезка глаза у пострадавших в экстремальных ситуациях в применении приборов и медикаментов.-М., 2004.-С. 124-125.
8. Магалов Ш.И., Пашаева Т.С. Последствия легких закрытых черепно-мозговых травм: вопросы терминологии и классификации // Неврологический журнал.-2002.-Т.7-№6.-С. 16-19.
9. Можеренков В.П., Шамсулла Базай. Травматические повреждения зрительного нерва-виды травм, методы диагностики и лечения. //Офтальмохирургия.-1995.-№1.-С. 39-43.
10. Оглезнев К.Я., Котелин И.В. Магнитно-резонансная томография травматических повреждений зрительного нерва у пациентов с контузией глазного яблока, орбиты и

черепно-мозговой травмой. // Тез. докл. VII съезда офтальмологов России.-М., 2000.-С. 92-93.

11. Пономарев А.И. О застойном диске зрительного нерва при острой черепно-мозговой травме.// Нейрохирургия.-2002.-№2-С.37-39.
12. Родионов Ю.М. Глазная симптоматика в остром периоде закрытой черепно-мозговой травмы. - // Вестн. офтальмологии, 1970, № 2, С. 64.
13. Ронкин М.А., Осадчих А.И. Гемодинамические сдвиги в остром периоде закрытой черепно-мозговой травмы (по данным реоплетизмографического исследования). - // Вопр. нейрохирургии, 1973, № 6, С. 8.
14. Селина С.А. Состояние зрительных функций у больных после легкой закрытой черепно-мозговой травмы в зависимости от церебральной и орбитальной гемодинамики.: Дис....канд.мед.наук.- Спб.,2004.-165с.
15. Старых В.С., Чередниченко В.А. Об изменениях глазного дна у больных с закрытой черепно-мозговой травмой. // Вестник офтальмологии.-1978.-№4-С.65-67.

Pathological changes in the eye in severe craniocerebral injury.

A. Ibrahimova

I.K. Akhunbaev Kyrgyz state medical academy,
Bishkek, Kyrgyzstan.

This article illustrates the problem of objectification neuroophthalmology diagnosis, especially indicators of spontaneous pulse PCV in cases of intracranial hypertension due to a closed craniocerebral injury.

Keywords: neuroophthalmology diagnosis, intracranial hypertension, craniocerebral injury

УДК: 616.97 – 03622-071

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ.

Жыныстык жол менен берилүүчү жугуштуу оорулар.

А.М. Эрманбетов

Родильный дом №1,
г. Бишкек, Кыргызстан

В работе приводятся краткие данные о клинических и эпидемиологических особенностях инфекций, передаваемых половым путем «нового поколения».

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путем.

В 60-70 гг. 20-го столетия в результате развития новых методов диагностики стали появляться названия новых, неизвестных широким слоям населения, заболевания передающихся преимущественно половым путем – ИППП «нового поколения» [1].

Наряду с ростом заболеваемости сифилисом и гонореей отмечается тенденция распространения ИППП «нового поколения». Это хламидиоз, трихомонады, микоплазмоз, кандидоз и др. [2].

Официальная регистрация прочих ИППП стала обязательной в Кыргызской Республике только с 2002 года.

I. Хламидиоз По статистике ежегодно хламидиозом в мире заболевает 100 млн. человек, а число инфицированных хламидиями людей на всем земном шаре, по самым скромным подсчетам, достигает одного миллиарда. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и многочисленных отечественных и зарубежных исследователей, урогенитальный хламидиоз является одним из самых распространенных заболеваний, передающихся половым путем, поэтому серьезную проблему для современной венерологии представляет поиск максимально эффективных средств лечения так называемых негенитальных воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы. По разным данным, от 5 до 15% молодых сексуально активных людей поражены хламидийной инфекцией.

Этиология. *Chlamydia trachomatis* представляют собой неподвижные, кокковидные, грамотрицательные облигатные внутриклеточные микроорганизмы. Хламидийная инфекция поражает главным образом мочеполовую систему. В настоящее время урогенитальный хламидиоз является самой распространённой (до 60 %) причиной негонорейных уретритов. Длительное время скрыто существуя, при неблагоприятных условиях (воздействие антибиотиков, перегревание, переохлаждение, простуда) хламидии способны трансформироваться в так называемые L-формы - как бы «падают в спячку». Данный феномен способствует длительному внутриклеточному паразитированию без конфликтов с иммунной системой хозяина. При делении клеток организма спящие хламидии передаются дочерним клеткам. Только в период иммуносупрессии (подавления защитных сил) возможно активное размножение и так называемая реверсия (пробуждение) хламидий из L-форм.

У *Chlamydia trachomatis* разделяют следующие антигенные серотипы: A, B, Ba, C - вызывают трахому; D, E, F, G, H, I, J, K - вызывают конъюнктивит и урогенитальные инфекции; L1, L2, L3 - вызывают венерическую лимфогрануломатоз.

Пути заражения. Заражение хламидиозами обычно происходит половым путём, однако передача происходит не во всех случаях: если гонореей от больного партнёра заразятся во время полового контакта 3 из 4 человек, то хламидиозом — 1 из 4. Женщины более восприимчивы к хламидиозу. Инкубационный период — от 2-х недель до 1 месяца. Основной путь заражения — вагинальный, или анальный половой контакт. Дети могут инфицироваться при прохождении плода через родовые пути матери, большой хламидиозом. Также возможен контактно-бытовой путь передачи (установлено сохранение инфекционности хламидий на бытовых предметах, в том числе на хлопчатобумажных тканях, до 2-х суток при температуре 18-19 °C⁰). Внутриклеточное паразитирование - объединяет хламидии с вирусами. Наличие клеточной оболочки — объединяет хламидии с бактериями — это позволяет применять антибиотики для лечения хламидиоза.

Клинические проявления хламидиоза. Хламидиоз очень часто протекает бессимптомно, либо с минимальными проявлениями. Абсолютно без симптомов хламидиоз протекает у 46 % мужчин и 67 % женщин. Если же симптомы присутствуют, то выражены они не ярко.

Хламидиоз у женщин проявляет себя такими симптомами, как выделения из влагалища слизистые или слизисто-гнойные. От нормальных выделений они могут отличаться неприятным запахом или желтоватым оттенком. Могут появиться несильные боли в области наружных и внутренних половых органов, зуд и жжение (в том числе, при мочеиспускании), боли внизу живота - в области малого таза, усиление болей перед менструацией, межменструальные кровотечения. Также у женщины может наблюдаться общая слабость и легкая температура — симптомы интоксикации.

У мужчин симптомы наличия хламидийной инфекции проявляются вначале, в большинстве случаев, как легкое воспаление мочеиспускательного канала затяжного (хронического) течения — уретрит, который продолжается не менее нескольких месяцев. У мужчин могут появиться скудные стекловидные выделения из мочеиспускательного канала. При мочеиспускании могут отмечаться зуд и жжение. Могут быть разные боли, в основном несильные: болеть может в мочеиспускательном канале, в мошонке, в пояснице, в яичках. Может повыситься температура — до 37 градусов, мужчина может ощущать общую слабость — следствие интоксикации. Может наблюдаться помутнение мочи, наличие в ней гнойных нитей. У некоторых мужчин могут даже появляться кровянистые выделения в конце мочеиспускания или при семяизвержении.

Наличие хламидиоза часто приводит к преждевременному окончанию беременности (выкидыши); опасность представляет инфицирование плода во время родов (до 40 %). Основные формы проявления хламидиоза у новорожденных (врожденный хламидиоз): офтальмохламидиоз (20 %) — конъюнктивит с включениями; хламидийная пневмония новорождённых (20-25 %).

Диагностика хламидиоза сложна, поскольку *Chlamydia trachomatis* - внутриклеточный паразит. В связи с этим для диагностики хламидиоза берут не мазок (слизь и выделения), а соскоб (клетки больного органа). Материалом для анализа на хламидии также может стать кровь, моча и сперма у мужчин [3; 6]. Для выявления хламидий используются следующие лабораторные методики: реакция иммунофлюоресценции (РИФ), иммуноферментный анализ (ИФА), полимеразная цепная реакция (ПЦР), посев на хламидии (культуральный метод) с определением чувствительности к антибиотикам.

Лечение. Поскольку *Chlamydia trachomatis* — внутриклеточный паразит, выбор препаратов ограничивается теми, которые способны проникать внутрь клетки. Азитромицин - однократный прием соответствующей дозы, либо применяется 7-дневный курс доксициклина [5]. Помимо антибиотика, схема лечения хламидиоза иногда включает противогрибковые препараты (флюконазол), иммуномодуляторы (интерферон); при наличии обильных выделений из уретры используют также местные противомикробные препараты).

II. Трихомонады - одноклеточное существо, способное к жизни не только внутри организма, но и вне его. Есть несколько видов трихомонад, но заболевание вызывает только влагалищная трихомонада. Кроме вреда, который способна принести сама трихомонада, она способна поглощать, но не убивать гонококки, перенося их от человека к другому, а также защищая от неполноценных попыток лечения. Трихомонады способны вместе с пищевыми частицами захватывать внутрь себя гонококки, чем оказывают последним неоценимую услугу - защищают от неблагоприятных условий (например, от антибиотиков), транспортируясь вглубь организма. Поэтому опытные врачи при сочетанной трихомонадно-гонорейной инфекции сначала лечат трихомониаз, а лишь затем гонорею.

Трихомониаз передается преимущественно при половом сношении, хотя признается и бытовой путь заражения - при ношении чужого белья, пользовании общим полотенцем, в бане, хотя далеко не все врачи признают этот путь инфицирования. У мужчин трихомониаз чаще протекает бессимптомно, они могут быть носителями заболевания в течение всей жизни, заражая своих партнерш, но не страдая воспалением. Гораздо реже воспаление проявляется в уретре, простате и семенных пузырьках, яичках. Иногда бывают скудные белые выделения из уретры или примесь крови в моче. Такая картина может длиться 1 - 2 недели, а затем симптомы уменьшаются, хотя болезнь не проходит, а переходит в хроническую форму. Считается, что трихомонада во множестве случаев приводит к мужскому бесплодию - как за счет поражения яичек и простаты, так и из-за присутствия микроорганизма в сперме [10].

Клиническая картина у женщин, как правило, более выражена, чем у мужчин. В зависимости от места локализации в мочеполовой системе, у женщин наблюдается кольпит (воспаление влагалища) - зуд, жжение, покраснение гениталий и промежности, пенистые желтые гнойные выделения из влагалища, тянущие боли внизу живота, боли при сношении. При поражении мочеиспускательного канала и мочевого пузыря - учащение и нарушения мочеиспускания, боли при мочеиспускании. Реже трихомонады поражают матку, трубы и яичники [8].

Диагностика трихомониаза до сих пор встречает значительные трудности, особенно, в тех случаях, когда протекает длительно и бессимптомно (скрытое носительство). Лишь повторные и разнообразные анализы, изучение заболеваемости партнера или партнеров повышает вероятность точной диагностики. Лечение следует проводить при обнаружении *T. vaginalis* независимо от наличия или отсутствия у обследуемых признаков воспалительного процесса - тинидазол - 2,0 г однократно, перорально

III. Микоплазмоз это мельчайшие бактерии, которые обитают на растениях и в организме животных и человека. В организме человека обитают 16 видов микоплазм. Из них 6 видов обитают на слизистых половых органов и мочевых путей, остальные 10 видов - во рту и глотке.

Микоплазмы являются условно-патогенными микроорганизмами. Они способны вызвать ряд заболеваний, их нередко выявляют у здоровых людей. Заражение микоплазмами возможно во время родов.

Девочки во время родов заражаются чаще, чем мальчики. Взрослые заражаются при половых контактах. *Mycoplasma hominis* и *Mycoplasma genitalium* изучены подробнее.

Mycoplasma hominis выявляют на половых органах примерно у 25% новорожденных девочек. У мальчиков этот показатель значительно меньше. У школьниц, не живущих половой жизнью, *Mycoplasma hominis* выявляют лишь в 8-17% случаев. У людей, живущих половой жизнью, распространенность *Mycoplasma hominis* возрастает, что связано с заражением при половых контактах. Носителями *Mycoplasma hominis* являются 20-50% женщин. У мужчин они встречаются реже и возможно самоизлечение.

Mycoplasma genitalium распространены значительно меньше, чем *Mycoplasma hominis*. Из микоплазм основную роль в развитии уретрита у мужчин играет *M. genitalium*. В развитии бактериального вагиноза, воспалительных заболеваний придатков и матки, а также пиелонефрита у женщин основную роль играет *M. hominis* [4.7]. Для выделения (диагностики) микоплазм используют посев и ПЦР. ИФА и ПИФ широко применяются в нашей стране, но характеризуются невысокой точностью (около 50-70%). Выявление антител к микоплазмам имеет ограниченное значение в диагностике микоплазмоза.

Лечение микоплазмоза. По современным представлениям подход к лечению должен быть следующим. При выявлении заболеваний, возбудителями которых могут быть микоплазмы (уретрит, гарднереллез, воспалительные заболевания матки и придатков, пиелонефрит), врач должен помнить о том, что они могут вызываться микоплазмами. При хроническом микоплазмозе (тем более осложненном) антибиотикотерапия более длительна, часто комбинированная (применяется несколько антибиотиков). Кроме того, назначается дополнительное лечение (иммунотерапия, инстилляции уретры, физиотерапия и т. д.)

IV. Кандидоз (молочница) - одна из разновидностей грибковой инфекции, вызывается микроскопическими дрожжеподобными грибами рода *Candida* (*Candida albicans*). Грибок селится на коже слизистых оболочек всех органов, их имеющих: в полости рта, кишечнике, во влагалище, мочевыводящих путях. Кандидоз иногда появляется иногда у здорового человека, но может быть и осложнением тяжелых заболеваний, вызывающих иммунодефицит. К развитию кандидоза иногда приводят изменения микробной флоры, населяющей слизистые оболочки. Кандидоз может поражать кожу, слизистые оболочки и внутренние органы (висцеральный или глубокий кандидоз).

Микроорганизмы рода *Candida* входят в состав нормальной микрофлоры рта, влагалища и толстой кишки большинства здоровых людей. Заболевание обусловлено не просто наличием грибов рода *Candida* и их размножением в большом количестве и/или попаданием более патогенных штаммов гриба. Чаще всего кандидоз возникает при снижении общего и местного иммунитета.

Заражение кандидозом Хотя возбудители кандидоза могут передаваться половым путем, в большинстве случаев кандидоз не связан с половыми контактами. Кандидоз не относится к венерическим заболеваниям и

рассматривается вместе с ними из-за сходной клинической картины [10].

Проявление кандидоза упоминается как частый побочный эффект, возникающий при употреблении мощных антибиотиков широкого спектра действия, активных в отношении многих грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Проявление кандидоза зависит от локализации процесса:

Кандиды слизистой оболочки рта (молочница).

Эта форма чаще встречается у новорожденных (но может быть в любом возрасте). Слизистая щёк, а также язык и зев покрываются белесым налетом, напоминающим хлопья снега. В большинстве случаев кандидоз полости рта не представляет опасности при условии своевременного и правильного лечения. И только в случае, если применение местных средств не оказывает эффекта, необходимо всерьёз заняться выяснением вопроса о природе этого процесса.

Кандидоз кишечника является одной из разновидностей тяжёлого дисбактериоза. В ситуациях, когда в кишечнике создаются условия, непригодные для жизни нормальных микробов, в нём размножаются кандиды. Это проявляется поносом, избыточным газообразованием в кишечнике, в стуле имеется примесь белых хлопьев. Для детей раннего возраста эта форма кандидоза опасна тем, что они начинают отставать в весе и росте, теряют при поносе витамины и другие вещества, необходимые для нормального роста и развития.

При кандидозе во влагалище наблюдаются обильные белого цвета выделения, похожие на творог (врачи так и говорят, «творожистые» выделения), характерен зуд. Для кандидоза влагалища, так же как и для других форм, характерно нарушение баланса нормальной микрофлоры, которая обитает на слизистой оболочке. При лечении кандидоза влагалища надо учитывать, что лечить надо, как правило, и полового партнера, так как возможно повторное инфицирование грибком.

Лабораторная диагностика кандидозов.

Культуральное исследование должно включать не только выделение и видовую идентификацию возбудителя вагинального кандидоза, но и определение чувствительности выделенных штаммов к противогрибковым препаратам.

Лечение кандидоза. Существует множество препаратов для лечения этого заболевания. Одни из них применяют местно (крем, вагинальные таблетки или свечи), другие — внутрь (таблетки или капсулы для приёма внутрь). Лечение кандидоза должно быть комплексным, поэтапным, включать не только избавление от грибка, но и ликвидацию предрасположенных факторов и лечение сопутствующих заболеваний.

В ряде случаев назначают лечение, дополняющее противогрибковые препараты (иммунотерапия, общеукрепляющие препараты физиотерапия и т. д.), бактериальные препараты конкурирующих микроорганизмов (молочнокислые бактерии, лактобактерин, колибактерин). Для достижения полного излечения и предупреждения повторного заражения необходимо принимать противогрибковые препараты не только местно, но и внутрь. Лечение больных с хроническими формами представляет значительные трудности. Неэффективность лечения может быть связана с недостаточной дозировкой и длительностью, а также с индивидуальной нечувствительностью к той или другой группе

противогрибковых препаратов. Поэтому необходимо проводить бактериологические исследования (посевы) с определением чувствительности к противогрибковым препаратам. Следует отметить, что грибы обладают способностью быстро приспосабливаться и формировать устойчивость к применяемым лекарственным средствам.

Профилактика кандидоза. Хорошим средством для предотвращения роста грибов является употребление йогуртов, содержащих живые молочнокислые культуры, а также употребление натуральных продуктов, обладающих хорошим противогрибковым действием, таких, как чеснок, прополис, острый красный перец, ягоды и листья брусники, сок и семена грейпфрута, листья ореха, масло чайного дерева [10]. Для предупреждения кандидоза женщинам рекомендуется: нормализовать вес; употреблять больше фруктов, овощей, кисломолочных продуктов; использовать хлопчатобумажное нижнее бельё.

Литература:

1. Аковбян В.А., Прохоренко В.И. «Болезни передающиеся половым путем, уроки прошлого, взгляд в будущее»//Вестник дермат. и венерологии -1995-С 16-19.
2. Акынбеков К.У., Самигулина А.Э. «Оценка заболеваемости женщин фертильного возраста ИППП и «нового поколения» в Кыргызской Республике// Известия вузов – 205- №5- с. 46-48.
3. Асанжанова М.С. «Диагностика хламидиоза, гонореи, сифилиса у женщин с урогенитальной и акушерской патологией» Автореферат дисс. канд. мед. наук. Алматы 2005-26 с.
4. Башмакова М.А. «Микроплазменные инфекции генитального тракта» // Вестник АМН СССР-1991- №6- с. 13-16.
5. Глизова Л.К., Герасимова Н.М. «Современные аспекты лечения хламидийной инфекции –ЗППП « 1996 -№4, с.9 -13.
6. Колкова Н.И., Мартынова В.Р. «К вопросам диагностики хламидийной инфекции» // Клини. лаб.диагностика – 1998-№ 2 – с. 20-21.
7. Козлова В.И., Пухнер А.У. «Хламидийные и микроплазменные заболевания гениталий» 1997- 535 с.
8. Орозбекова Б.Т. «Научные и методические подходы в системе эпид. надзора и профилактики ИППП (на примере Ошской области). Автореф. дисс. док. мед. наук 14.00.30. – Бишкек, 2010- 46 с.
9. O.P.Arya, H.Mallisson and A.D.Goddard «Epidemiological and clinical correlates of chlamydial infections of the cervix//Br. J Vener. Dis – 1981 – 57, p.118- 124.
10. J. Ross, S.Suthtrland, J.Coi “Genital chlamydia trachomatis in faction in primary causes // British J. 1996- V/ 313 -7066 –P/1192 -1193

Sexually transmitted infections of a new generation.

Adil M.Ermanbetov

Maternity hospital No.1, Bishkek, Kyrgyz republic

This article gives a brief review of clinical and epidemiological features of sexually transmitted infections of a new generation.

Keywords: sexually transmitted infections.