| ТЕРМІН | ВИЗНАЧЕННЯ |
|---|---|
| **Загальна характеристика ЗПСШ** | На сьогодні нараховується понад 20 інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ). Вони характеризуються високою контагіозністю і швидким розповсюдженням у певних групах населення. В практичній венерології прийнято виділяти традиційні “класичні” венеричні захворювання: сифіліс, гонорея, шанкроїд (м’який шанкр), лімфогранулематоз венеричний, гранульома венерична. За класифікацією ВООЗ в другу групу включені захворювання, які передаються, головним чином, статевим шляхом, з переважним ураженням статевих органів: хламідіоз, трихомоніаз, кандидозні вульвовагініти, мікоплазмоз, генітальний герпес, бактеріальний вагіноз. |
| **Захворювання, які можуть мати як статевий, так і нестатевий шляхи передачі** | Існують такі захворювання, які можуть мати як статевий, так і нестатевий шляхи передачі (папіломовірусні інфекції статевих органів, гепатит В, цитомегалія тощо). Відомо, що нормальна мікрофлора статевих шляхів за певних умов набуває патогенних властивостей, а її представники стають збудниками ряду захворювань бактеріальної етіології. Сучасний рівень мікробіології дозволив розширити уявлення про стан мікробіоценозу статевих шляхів жінки і довести, що пригнічення нормальної мікрофлори піхви призводить до виникнення бактеріального вагінозу (БВ), урогенітального кандидозу (УГК), неспецифічних вагінітів. |
| **Класифікація ВОЗ** | За класифікацією ВООЗ (1985), інфекційні урогенітальні захворювання поділяються на “трансмісивні” і “нетрансмісивні”, тобто ті, що передаються статевим шляхом і не передаються. |
| **Сексуально-трансмісивні захворювання** | (СТЗ) мають 2 клінічні форми: свіжу, яка спостерігається протягом 2-х місяців (в свою чергу, поділяється на гостру, підгостру і торпідну), та хронічну. СТЗ також поділяють на специфічні і неспецифічні. До специфічних належать сифіліс, гонорея, трихомоніаз і туберкульоз. |
| **Сифіліс** | це хронічне венеричне захворювання з циклічним хвилеподібним перебігом, при якому уражаються шкіра, слизові оболонки, а також внутрішні органи і тканини і яке може передаватися потомству. |
| **Етіологія** | Збудником сифілісу є бліда трепонема (БТ), яку відкрили F. Schaudinn і E. Hoffmann в 1905 році. Бліда трепонема: тканинний паразит, поза організмом вона швидко гине; також швидко гине від дії дезінфікуючих розчинів; особливо нестійка трепонема до висихання і високої |

| | |
|---|---|
| | температури (при + 55 ° С вона гине через 15-20 хв.); оптимальна температура для існування блідих трепонем 37 ° С. Разом з тим, в заморожених трупах БТ може зберігати свої властивості до 3-х діб. Як факультативний анаероб бліда трепонема знаходить оптимальні умови для свого перебування і розвитку в лімфатичну систему організму, зокрема в лімфатичних вузлах. При несприятливих умовах існування БТ може трансформуватися в пристосувальні форми (цисти і L-форми). |
| **Джерела зараження** | ▪ хвора людина;<br>▪ інфіковані предмети догляду, предмети особистої гігієни;<br>▪ заморожений трупний матеріал. |
| **Шляхи зараження сифілісом статеві і нестатеві** | розрізняють:<br>1) контактний:<br>▪ статевої (При генітальних, анальних і оральних контактах)<br>▪ побутовий (Через поцілунки, укуси, під час годування хворою жінкою маленьких дітей, а також можливе зараження немовлят через материнське молоко хворої сифілісом жінки. Цілком можливо зараження сифілісом через сперму хворих, а заразливість слини, поту і сечі не доведена ні клінічно, ні експериментально. можливе зараження через різні предмети, якими користувався хворий (ложки, склянки, зубні щітки, рушники, а також можливе зараження через духові інструменти), особливо при локалізації уражень на слизу стій оболонці рота;<br>▪ професійний (під час операцій, секцій, гінекологічного та стоматологічного обстеження хворих). Можливе зараження через медичні предмети (наконечники клізм, маткові дзеркала, стоматологічні інструменти і т.п.);<br>2) трансфузійний шлях - найбільш рідкісний, так як кров є несприятливим середовищем для існування БТ, зараження є найбільш вірогідним при вторинному свіжому сифілісі, коли відбувається масова гематогенна дисемінація БТ. У такому випадку розвивається так званий обезголовлений сифіліс, оскільки через 2-2,5 міс він проявляється відразу ознаками вторинного сифілісу без симптомів первинного періоду;<br>3) трансплацентарна. |
| **Клініка** | **1.**Інкубаційний період сифілісу-від моменту зараження до розвитку твердого шанкра.<br>**2.**Первинний період сифілісу починається з моменту |

| | |
|---|---|
| | виникнення твердого шанкра і регіонарного склероденіта до розвитку вторинних сифилидов. При первинному сифілісі виділяють також первинний серонегативний, первинний серопозитивний і первинний прихований сифіліс.<br>**3.**Вторинний період сифілісу, який поділяють на вторинний свіжий, вторинний рецидивний і вторинний прихований.<br>**4.**Третинний період сифілісу, який поділяють на активний, або гумозний, і прихований сифіліс.<br>**5.**Прихований сифіліс є збірне поняття, в яке входить невідомий прихований сифіліс або сифіліс без явних клінічних проявів.<br>**6.**Природжений сифіліс, який поділяють на ранній вроджений сифіліс з моменту народження до 2 років, пізній вроджений сифіліс і прихований вроджений сифіліс.<br>**7.**Сифіліс нервової системи (нейросифіліс), який поділяють на: а) ранній мезенхимний нейросифиліс; б) пізній мезенхимний нейросифиліс; в) паренхіматозний нейросифіліс (спинна сухотка, прогресивний параліч, табопараліч).<br>**8.**Вісцеральний сифіліс (із зазначенням ураженого органу). |
| **Клінічні ознаки класичного (ерозивний або виразкового) твердого шанкра:** | • первинний морфологічний елемент у вигляді ерозії або виразки<br>• колір висипки мідно-червоний ( «м'ясо» - червоний)<br>• форма висипу правильна округла;<br>• розміри монетовидні;<br>• поверхню ерозивного шанкру гладенька, а виразкового покрита гнійним нальотом;<br>• щільність країв і дна висипу при пальпації;<br>• шкіра навколо елементів без змін;<br>• наявність супутнього регіонарного склероденіта |
| **Діагностика первинного періоду сифілісу** | Діагноз первинного серонегативного сифілісу повинен бути обов'язково підтверджений виявленням в секреті з твердого шанкра блідих трепонем або в пунктаті регіонарних лімфатичних вузлів. З цією метою іноді доводиться проводити багаторазові дослідження. Для підтвердження діагнозу первинної сіфіломи використовують також класичні серологічні реакції крові, стають позитивними через С-4 тижні після утворення первинної сіфіломи: це є свідченням переходу серонегативного первинного сифілісу в серопозитивний. Для підтвердження діагнозу важливо використовувати метод конфронтації, тобто обстеження |

| | |
|---|---|
| | особи, від якого, на думку хворого, могло статися зараження. |
| **Лікування** | Лікування сифілісу повинно бути комплексним і індивідуальним. Основу лікування сифілісу складають антибіотики.<br>У ряді випадків призначають лікування, що доповнює антибіотики (імунотерапія, загальнозміцнюючі препарати, фізіотерапія і т. Д.). |
| **Гонорея** | Інфекційне захворювання з яскраво вираженими симптомами, що викликається гонококами. Гонококове запалення супроводжується дегенеративними і інфільтративними процесами слизової оболонки органів урогенітальної системи, прямої кишки, ротоглотки. У прогресуванні фазі запалення в підслизовому шарі утворюється інфільтрат з лімфоїдних елементів, який може заміщатися рубцевої тканиною. |
| **Етіологія** | Neisseria gonorrhoeae, грамнегативний диплокок, що представляє собою бобовидної форми, нерухомий, що не утворює спор гноєтворні мікроорганізм, відкритий Нейссером в 1879 р |
| **Клініка** | Локалізована гонококові інфекції<br>• Гонококовий уретрит, цервіцит, вульвовагініт, який проявляється гнійними або слизисто-гнійними виділеннями з статевих шляхів, з свербячкою / палінням в області зовнішніх статевих органів, диспареунією (хворобливістю під час статевого акту), дизурією (свербіж, печіння, болючість при сечовипусканні ), дискомфортом або болем в області нижньої частини живота. |
| **Діагностика** | 1. Бактеріоскопічний. .<br>2. Бактеріологічний. Серологічний метод діагностики. Даний аналіз носить назву реакції Борде-Жангу, його проводять в разі хронічної гонореї, коли бактеріологічний аналіз є негативним. Серологічний метод виявлення гонореї є допоміжним.<br>3. Імунофлюоресцентний аналіз (ПІФ). Імуноферментний аналіз. Дозволяє визначити наявність у виділеннях стійких L-форм гонокока або навпаки, нежиттєздатних штамів.<br>4. Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР). |
| **Лікування** | Цефтріаксон по 250 мг одноразово внутрішньом'язово. |

| | |
|---|---|
| | Цефиксим по 400 мг одноразово. Альтернативний препарат Спектиноміцин по 2 г одноразово внутрішньом'язово. |
| **Хламідіоз** | Інфекційне захворювання, що передається статевим шляхом, збудником якого є Chlamydia trachomatis (серотипи DK). |
| **Джерела і шляхи зараження** | Зараження хламідіозом зазвичай відбувається статевим шляхом, проте передача відбувається не у всіх випадках: якщо гонореєю від хворого партнера заразиться під час статевого контакту 3 з 4 чоловік, то хламідіозом - 1 з 4. Жінки більш сприйнятливі до хламідіозу.<br>Діти можуть інфікуватися при проходженні через родові шляхи матері хворої хламідіозом. Контактно-побутовий шлях передачі з забруднених рук на очі, статеві органи. Встановлено збереження інфекційності хламідій на побутових предметах, у вологих умовах, до 2 діб при температурі 19-20 градусів |
| **Етіологія** | Chlamydia trachomatis - являють собою нерухомі, коковидної, грамнегативні внутрішньоклітинні мікроорганізми. Хламідійна інфекція вражає головним чином сечостатеву систему. |
| **Клініка** | На початкових етапах захворювання хламідіоз може протікати безсимптомно. Відсутність клінічних симптомів захворювання лише вказує на тимчасове рівновагу між паразитом і господарем в умовах обмежують, але не перешкоджають розмноженню патогенної внутрішньоклітинного мікроорганізму. Хламідійна інфекція з клінічно безсимптомним перебігом є не менш небезпечною, ніж її маніфестні форми, вимагає проведення лікувальних і профілактичних заходів, які впливають на збудник і підвищують захисні сили організму. |
| **Діагностика** | Діагностика хламідіозу складна, оскільки Chlamydia trachomatis- внутрішньоклітинний паразит. У зв'язку з цим для діагностики хламідіозу беруть немазок(Слиз і виділення), а зішкріб(Клітини хворого органу), але застосування неінвазивних тестів іноді більш прийнятно для пацієнтів. Матеріалом для аналізу на хламідії також може стати кров, сеча і сперма у чоловіків.<br>Для виявлення хламідій використовуються такі лабораторні методики:<br>Полімеразна ланцюгова реакція(ПЛР)<br>імуноферментний аналіз(ІФА)<br>посів на хламідії (Культуральний метод)<br>мікроскопічний аналіз(Загальний мазок) |

| | |
|---|---|
| | реакція імунофлюоресценції(РІФ) |
| **Лікування** | Азитроміцин (Сумамед) по 500 мг 1 раз на день в 7 днів. Або Джозаміцин (Вільпрафен) 500 мг по 1 табл \ 2р. В день на протязі. 10 днів + Доксициклін (Юнідокс Солютаб) по 1 таб. 2 р. В день на протязі. 10 днів + Дифлюкан 150 мг (флуконазол) по 1 капс на 1, 3, 5, 7, 9 день. Жінкам вагінально Нео-Пенотран або Неотрізол по 1 св. 1 р в день на протязі. 7 днів. Після Циклоферон або Неовир по 1 амп. Через день 5 амп. ВАгісан або Вагілак по 1 св. 10 днів + Лінекс по 2 капс. 3 р. В день 3 тижні. |
| **Трихомоніаз** | інфекційне захворювання органів сечостатевої системи людини. збудник -вагінальна трихомонада.<br>Трихомоніаз займає перше місце за поширеністю серед захворювань сечостатевої системи. Крім того, трихомоніаз тримає першість і серед захворювань, що передаються статевим шляхом. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я(+1999м), 10% населення земної кулі хворіють трихомоніазом. Трихомоніаз щорічно реєструють у близько 170 млн осіб. |
| **Джерела і шляхи зараження** | Найчастіше шлях передачі через незахищений статевий акт |
| **Етіологія** | піхвова трихомонада (лат.Trichomonas vaginalis) - одноклітинний мікроорганізм роду трихомонад. Має в довжину 13-18 мкм (до 30-40 мкм). Завдяки рухам джгутиків і хвилеподібній мембрані трихомонади можуть активно переміщатися, утворювати псевдоподії і проникати в міжклітинні простори. |
| **Клініка** | Симптоми захворювання у жінок<br>• виділення з піхви (звичайно жовті, іноді з неприємним запахом);<br>• свербіж, печіння і гіперемія зовнішніх статевих органів;<br>• біль при сечовипусканні;<br>• біль при статевих контактах.<br>• слизова оболонка піхви різко гіперемована, легко кровоточить, покрита гнійними виділеннями<br>Симптоми захворювання у чоловіків<br>У чоловіків захворювання в більшості випадків протікає |

| | |
|---|---|
| | безсимптомно. Іноді при трихомоніазі у чоловіків виникають такі симптоми:<br><br>• виділення з сечовипускального каналу;<br>• біль при сечовипусканні;<br>• при ураженні передміхурової залози – симптоми простатиту;<br>• в рідкісних випадках можливе виділення крові з сечівника |
| **Діагностика** | Мікроскопія при запущених стадіях<br>ПЛР використовується досить часто, так як не вимагає після додаткових аналізів.<br>Культуральні посів при початкових стадіях |
| **Лікування** | Основним препаратом лікування є Метронідазол по 250-500 мг 3 рази на день протягом 1 тижня. Місцеве лікування неефективне |
| **Кандидоз** | один з різновидів грибкової інфекції, Викликається мікроскопічними грибами роду Candida (в першу чергу - Candida albicans) |
| **Джерела і шляхи зараження** | Більшість людей стикаються з грибами Candida в перший рік життя, а за деякими даними внутрішньоутробно. Можливість інфікування плода підтверджується виявленням грибів в навколоплідної рідини, плаценті, оболонках пуповини.<br>Також зараження передається через незахищений статевий контакт. Найчастіше кандидоз виникає при зниженні імунітету людини, в слідстві чого Кандида починає активно розмножуватися, що призводить до ряду симптомів |
| **Етіологія** | Дріжджоподібні гриби виду Candida albicans - одноклітинні мікроорганізми овальної або круглої форми. Утворюють псевдоміцелій (нитки з подовжених клітин), бластоспори (клітини нирки, які сидять на перетяжках псевдоміцелію) і деякі хламідоспори - суперечки з подвійною оболонкою. |
| **Клініка** | Симптоми кандидозу у жінок<br><br>• Печіння і свербіж в області зовнішніх статевих органів.<br>• Білі сирнистий виділення з піхви.<br>• Біль при статевому акті.<br>• Біль при сечовипусканні.<br>• Різкий, неприємний запах. |

| | |
|---|---|
| | Симптоми кандидозу (молочниці) у чоловіків печіння і свербіж в області головки статевого члена і крайньої плоті.<br><br>• Почервоніння голівки статевого члена і крайньої плоті.<br>• Білий наліт на голівці статевого члена і крайньої плоті.<br>• біль при статевому акті.<br>• Біль при сечовипусканні.<br>• Виділення білого кольору при сечовипусканні, схожі на сперму |
| **Діагностика** | культуральне дослідження<br>Використання хромогенного селективної середовища «CANDICHROM II» для первинного посіву дозволяє проводити пряму ідентифікацію основного збудника Candida albicans і виділяти інші види дріжджових грибів<br>Для визначення чутливості до поширених протигрибкових препаратів (флуконазол, ітраконазол, амфотеріцин В,вориконазол, Флуцітозін (5-флюороцітозін)) доцільно використовувати тест-систему «FUNGIFAST AFG» |
| **Лікування** | Дифлюкан 150 мг по 1 капс через день 5 разів.<br>Канестен св. по 1 супп 1 раз в день 6 днів.<br>Місцево крем Гінофорт (як чоловікам так і жінкам)<br>Відмова на час лікування від алкоголю, солодкого, мучного.<br>Після прийом Лінекс по 2 капс. 3 р. У день 14 днів.<br>Жінкам свічки Гінофлор. |
| **Уреоплазмоз** | одна з найбільш часто зустрічаються інфекцій, що передаються статевим шляхом. |
| **Джерела і шляхи зараження** | Передається від матері до дитини<br>Через незахищений статевий контакт |
| **Етіологія** | Шість визнаних видів Ureaplasma мають зміст GC 27-30%, а розмір генома становить від 0,76 до 1,17 мбазу, а холестерин необхідний для росту. [1] Визначальною характеристикою роду є те, що вони виконують гідроліз сечовини. Деякі штами, спочатку класифіковані як U. urealyticum, слід розглядати як новий вид, U. parvum. [2] |
| **Клініка** | Найчастіше уреоплазма протікає безсимптомно, що не виявляючи себе. Людина може з нею жити і навіть не підозрювати, що вона є.<br>У гострій фазі можливі наступні прояви:<br>Уретрит (запалення сечовипускального каналу) у чоловіків<br>-Запальні захворювання матки і придатків<br>- Сечокам'яна хвороба (утворення каменів в нирках)<br>- Мимовільні аборти і передчасні пологи |

| | |
|---|---|
| | Тому лікар повинен обов'язково пам'ятати, що дані симптоми можуть говорити про уреоплазма. |
| **Діагностика** | Для виявлення Ureaplasma parvum і Ureaplasma urealyticum використовують посів і ПЦР.<br>ІФА і ПІФ широко застосовуються в нашій країні, але характеризуються невисокою точністю (близько 50-70%).<br>Виявлення антитіл до Ureaplasma parvum і Ureaplasma urealyticum має обмежене значення в діагностиці уреаплазмоза. |
| **Лікування** | Сумамед табл 500 мг. Лише один раз дві таблетки, далі Юнідокс по 1 табл. 2 р. У день 10 днів. |
| **Мікоплазмоз** | |
| **Джерела і шляхи зараження** | Найчастіше передається через незахищений статевий акт |
| **Етіологія** | З 16 видів мікоплазм, захворювання викликають тільки дві: Mycoplasma hominis і Mycoplasma genitalium. Їх можна назвати умовно-патогенними. |
| **Клініка** | Можуть бути у дорослої людини, але ніяк себе не проявляти. Також викликає такі захворювання:<br>- Уретрит (запалення сечовипускального каналу) у чоловіків. З мікоплазм основну роль у розвитку уретриту грає Mycoplasma genitalium.<br>- Бактеріальний вагіноз (гарднерельоз). З мікоплазм основну роль у розвитку цього захворювання відіграє Mycoplasma hominis.<br>-Запальні захворювання матки і придатків. З мікоплазм основну роль Mycoplasma hominis.<br>- Пієлонефрит. З мікоплазм основну роль грає Mycoplasma hominis. |
| **Діагностика** | Для виявлення мікоплазм використовують посів і ПЦР.<br>ІФА і ПІФ широко застосовуються в нашій країні, але характеризуються невисокою точністю (близько 50-70%).<br>Виявлення антитіл до микоплазми має обмежене значення в діагностиці мікоплазмозу. |
| **Лікування** | Лікування повністю аналогічно лікуванню уреоплазмоз |
| **Гепатит В** | - антропонозное вірусне захворювання, що викликається збудником з вираженими гепатотропними властивостями - вірус гепатиту В (в спеціальній літературі його можуть позначати «вірус ГВ», ВГВ або HBV) з сімейства гепаднавірусов. |
| **Джерела і шляхи** | Механізм передачі інфекції - парентеральний. Зараження |

| | |
|---|---|
| **зараження** | відбувається природним (статевий, вертикальний, побутової) і штучним (парентеральним) шляхами. Вірус присутній в крові і різних біологічних рідинах - слині, сечі, спермі, вагінальному секреті, менструальної крові і ін. Контагіозність (заразність) вірусу гепатиту В перевищує контагіозність ВІЛ в 100 разів. |
| **Етіологія** | ДНК-вірусз сімейства гепадновирусів, Характерний для Південно-Східної Азії і Японії. |
| **Клініка** | Вся симптоматика вірусного гепатиту В обумовлена інтоксикацією внаслідок зниження детоксикаційної функції печінки і холестазом - порушенням відтоку жовчі. Причому передбачається , що в однієї групи хворих превалює екзогенна інтоксикація - від токсинів надходять з їжею або утворюються при травленні в кишечнику, а в іншої групи хворих превалює ендогенна - від токсинів, що утворюються в результаті метаболізму у власних клітинах і при некрозі гепатоцитів . |
| **Діагностика** | Заснована на клінічних даних,остаточний діагноз ставиться після лабораторних досліджень (показники функції печінки, ознаки цитолізу,серологічні маркери, виділення ДНК-вірусу).<br><br>Діагностичні маркери хронічної HBV-інфекції<br><br>Діагностичні маркери:<br><br>Репликативна фаза: HBsAg, HBeAg, HBV DNA, анти-HBc IgG<br><br>Чи не (низько) репликативна: HBsAg, анти-HBe, анти-HBc IgG<br><br>Прекорові мутанти: HBsAg, анти-HBe, HBV DNA, анти-HBc IgG |
| **Лікування** | Найчастіше організм справляється сам.<br>Дуже важливо вчасно проводити вакцинацію від гепатиту Б.<br>При лікування часто призначають інтерферони внутрішньом'язово по 1-3 млн. МО 1-2 рази на день. Протягом 10 днів.<br>Також важлива піддтримуюча терапія у вигляді гепатопротекторів:<br>Гептрал по 1 табл 2 рази на день протягом 1-3 міс.<br>Гепа-Мерц в пак. протягом 2-ох тижнів.<br>Ессенціале по 2 капс. 3р \ день 3 міс. |
| **Герпес** | вірусне захворювання з характерним висипанням |

| | |
|---|---|
| | згрупованих пухирців на шкірі і слизових. |
| **Джерела і шляхи зараження** | Передається контактно-побутовим шляхом (вірус герпесу 1 типу), через незахищений статевий акт (вірус герпесу 2 типу)<br>Вірус проникає в чутливі нервові закінчення і вбудовується в генетичний апарат нервових клітин. Після цього видалити вірус з організму неможливо, він залишиться з людиною на все життя. Імунна система реагує на проникнення герпесу виробленням специфічних антитіл, Які блокують циркулюючі в крові вірусні частинки. |
| **Етіологія** | Вірус простого герпесу другого типу(ВПГ-2) або герпесвірус людини тип 2[3](ГВЧ-2,англ.Human alphaherpesvirus 2, раніше Human herpesvirus 2) – вид вірусів сімейства герпесвирусів, Що викликає у людини генітальний герпес[4]. Цей вірус є нейротрофним і нейроінвазівним, тобто після зараження мігрує в нервову систему. |
| **Клініка** | Інфікування оральним і генітальним герпесом в основному проходить безсимптомно, але може супроводжуватися легкими симптомами або викликати утворення хворобливих бульбашок або виразок в інфікованої зоні. Більшість інфікованих не знають про наявність у них інфекції. Як правило, про раніше поставлений діагноз генітального герпесу повідомляють близько 10-20% осіб, інфікованих ВПГ-2. Люди, інфіковані ВПГ-2, можуть відчувати легке поколювання або стріляючий біль в ногах, стегнах і сідницях перш, ніж з'являться генітальні виразки.<br><br>Зараження ВПГ-2 зберігається все життя і не піддається лікуванню. |
| **Лікування** | Таблетки Пенцикловір, Фармцикловір, Ацикловіру всередину по 1-2 табл 5 раз в день.<br>Місцево використовують крему на основі пенцикловіру та ацикловіру. |
| **Вірус папіломи людини** | Вірусне захворювання, яке характеризується наростами в області геніталій на вигляд схожі на бородавки |
| **Джерела і шляхи зараження** | Основним шляхом зараження аногенітальними бородавками (загостреними кондиломами) є статевий шлях зараження.<br>Можливе зараження папіломавірусом новонароджених при пологах, що є причиною виникнення ларингеального папіломатозу у дітей і аногенітальних бородавок у немовлят.<br>Можливе зараження побутовим шляхом, наприклад, через дотик. Вірус папіломи людини здатний існувати деякий час в громадських місцях (туалети, лазні, басейни, спортзали) і проникати в організм людини через садна і подряпини на |

| | |
|---|---|
| | шкірі<br>Можливо самозараження (аутоінокуляція) при голінні, епіляції |
| **Етіологія** | група вірусів із сімейства папіломавірусів, що включає 27 видів з 5 пологів (Alphapapillomavirus, Betapapillomavirus, Gammapapillomavirus, Mupapillomavirus і Nupapillomavirus) і більше 170 типів (штамів) |
| **Клініка** | Характерно зниження імунітету. Протікає безсимптомно. У більшості випадків (до 90%) протягом 6-12 місяців відбувається самолікування, в інших випадках відзначається тривалий хронічний рецидивуючий перебіг з можливою малігнизацією процесу (в залежності від типу вірусу) |
| **Діагностика** | клінічний огляд<br>кольпоскопія<br>Цитологічне дослідження шийних мазків<br>гістологічні дослідження<br>Типування з допомогою ЦПР<br>Digene-test |
| **Лікування** | Найчастіше імунітет людини справляється самостійно.<br>Зовнішні прояви найчастіше знешкоджуються хірургічним шляхом, за допомогою скальпелю, припікання та ін. Способами |
| **Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ)** | повільно прогресуюче захворювання, що викликається вірусом імунодефіциту людини(ВІЛ) |
| **Джерела і шляхи зараження** | Передається тільки через незахищені статеві контакти, а також від багаторазового використання одноразового медичного інструментарію |
| **Етіологія** | ВІЛ-інфекцію викликає вірус імунодефіциту людини, що відноситься до сімейства ретровірусів [22], роду лентивірусів. Геном ВІЛ представлений рибонуклеїнової кислоти і в зараженій клітині піддається зворотної транскрипції. ВІЛ вражає клітини крові людини, що мають на своїй поверхні CD4-рецептори: Т-лімфоцити, макрофаги і дендритні клітини [ |
| **Клініка** | • Гостра ВІЛ-інфекція: асимптоматична, гострий ретровірусний синдром<br>• Клінічна стадія 1: асимптоматична, персистуюча генералізована лімфаденопатія (ПГЛ)<br>• Клінічна стадія 2:себорейний дерматит,Ангулярний хейліт, Рецидивні виразки порожнини рота (два або більше епізоду протягом 6 місяців),оперізуючий лишай(Поширений лишай), рецидивні інфекції дихальних шляхів -синусит, |

| | |
|---|---|
| | середнійотит,фарингіт,бронхіт,трахеїт, (Два або більше епізоду протягом 6 місяців), грибкові ураження нігтів, папульозні сверблячий дерматит<br>• Клінічна стадія 3:волохата лейкоплакія порожнини рота, незрозуміла хронічна діарея тривалістю більше 1 місяця, рецидивний кандидоз порожнини рота (два або більше епізоду протягом 6 місяців), важка бактеріальна інфекція (пневмонія,емпієма,гнійний міозит, Інфекції кісток або суглобів,менінгіт, бактеріємія), Гострий виразково-некротичний стоматит,гінгівіт або періодонтит<br>• Клінічна стадія 4 *: легеневий туберкульоз, Позалегеневий туберкульоз (виключаючи лімфаденопатію), безпричинна втрата ваги (понад 10% протягом 6 місяців), ВІЛ-виснажливий синдром[96],пневмоцистна пневмонія, Важка або підтверджена рентгенологічно пневмонія (два або більше епізоду протягом 6 місяців),цитомегаловіруснийретиніт (з або без коліту),вірус простого герпесу(англ.HSV) (хронічний або персистуючий більше 1 місяця),енцефалопатія,прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія,саркома Капоші і інші ВІЛ-обумовлені злоякісні новоутворення, токсоплазмоз, Дисемінована грибкова інфекція (кандидоз,гістоплазмоз,кокцидиоидомикоз),криптоспоридіоз,криптококовийменінгіт, інфекція, викликана не туберкульозними мікобактеріями, Дисемінована мікобактерімія (англ.MOTT) |
| **Діагностика** | Аналіз крові на антитіла.<br>Експрес-тести |
| **Лікування** | Лікуванню не піддається.<br>Найчастіше призначають підтримуючу терапію, яка включає в себе ряд іммуномодулятров, іммуносупресори і противірусних засобів. |