



Иванова Инна Владимировна, Студент 2 курса, лечебный факультет
частное учреждение образовательная организация высшего образования
Медицинский университет «Реавиз», г. Москва;
Ivanova Inna Vladimirovna, 2nd year student, medical faculty private
institution educational organization of higher education
Medical University "Reaviz", Moscow;

Лыженкова Мария Михайловна, Студент 2 курса, лечебный факультет
частное учреждение образовательная организация высшего образования
Медицинский университет «Реавиз», г. Москва;
Lyzhenkova Maria Mikhailovna, 2nd year student, medical faculty private
institution educational organization of higher education
Medical University "Reaviz", Moscow;

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ INFECTIOUS DISEASES OF THE EXTERNAL INTEGUMENT

Аннотация: В данной работе представлено изучение видов возбудителей инфекционных болезней наружных покровов, факторов и механизмов проникновения в организм человека, клинических проявлений болезней, вызванных этими возбудителями и способов их профилактики.

Abstract: This paper presents the study of the types of pathogens of infectious diseases of the external integument, factors and mechanisms of penetration into the human body, clinical manifestations of diseases caused by these pathogens and methods of their prevention.

Ключевые слова: Инфекция, возбудитель, заболевание, вирусы, бактерии, микроорганизмы, заражение, организм, кожа.

Keywords: Infection, pathogen, diseases, viruses, bacteria, microorganisms, infection, organism, skin.



Введение: Инфекция (от лат. *inficĭo*, «заражать, загрязнять») — заражение живого организма инфекционным агентом, процесс его размножения или развития в организме, а также реакция организма на присутствие в тканях инфекционного агента и на выделяемые им токсины. Инфекционный агент - вирусы, микроорганизмы (бактерии, грибы, простейшие), прионы, а также гельминты. В случае бактерий инфекция может быть вызвана бактериофагами. Если в результате инфекции развивается заболевание, то такая инфекция называется инфекционным заболеванием.

Источники проникновения возбудителей болезней кожных покровов:

Возбудитель проникает через поврежденные наружные покровы: кожу и слизистые оболочки. Факторами передачи могут являться постельные принадлежности, посуда, предметы ухода за больным, головные уборы, одежда, используемые несколькими лицами; предметы, которыми наносятся повреждения, а также грязные руки.

Механизм передачи подобных инфекций только контактный. Различают прямой контакт: ЗППП, бешенство, содоку; а также непрямые виды контакта, возникающие при повреждении кожи загрязненными предметами, грязными руками, почвой, колющими предметами, растениями.

Инфекции с поверхностной локализацией паталогического процесса:

Вирусные и бактериальрные конъюнктивиты, блефаро- и кератоконъюнктивиты проявляются в виде воспаления слизистой оболочки глаза (конъюнктивы), вызванного вирусной или бактериальной инфекцией. В случае кератоконъюнктивита присоединяется воспаление роговицы, а при блефароконъюнктивите – воспаление века. Происходит при занесении в глаза грязи. В качестве возбудителей различают аденовирусный, энтеровирусный, герпетический, бактериальный, хламидийный, острый и хронический конъюнктивит. У взрослых 85 % случаев конъюнктивита вызваны аденовирусами и лишь 15 % — бактериями; у детей бактериальный и аденовирусный конъюнктивиты встречаются с одинаковой частотой.



Чесотка – это заразное кожное заболевание (акародерматит), вызываемое чесоточным клещом. Передаётся от человека к человеку в результате продолжительного прямого контакта. Самки чесоточных клещей роют в верхних слоях кожи ходы и откладывают там яйца. Спустя 4—6 недель после заражения у носителя возникает аллергическая реакция, проявляющаяся в виде зуда и папуловезикулёзной сыпи, часто с присоединением вторичных гнойничковых элементов вследствие инфицирования при расчёсывании. Лечение чесотки проводят при помощи инсектицидов. В настоящее время всё больше руководств и медицинских обзоров включают чесотку в список ЗППП, хотя для передачи этих паразитов имеет значение не сам коитус, а длительное соприкосновение телами в постели.

Грибковые поражения кожи (дерматомикозы) – это большая группа заболеваний, на сегодняшний день насчитывается более 400 видов грибов, способных вызывать микозы. Наиболее известные из них, как инфекционные заболевания наружных покровов – это стригущий лишай, парша, фрамбезия, кандидоз, споротрихозы, бластомикозы и др.

Наиболее распространенные виды дерматомикозов:

Стригущий лишай. Заражение происходит при контакте с больным человеком (при пользовании общими головными уборами, одеждой и др.), при контакте с больными животными, в т.ч. домашними. Локализуется по всей поверхности кожи (кожа головы под волосным покровом, тело, ступни). Возбудителем являются грибы *Trichophyton tonsurans* и *violaceum* — только у людей, и *Trichophyton mentagrophytes*, *verrucosum*, *magninii* — у человека и животных. Главные симптомы: красноватые кольцеобразные пятна, вызывающие зуд, поражение корней волос и облысение в этой зоне, на коже головы в передней области черепа наблюдается перхоть, иногда гнойные выделения в поражённых местах.

Фавус (от лат. *favus* — соты, по форме корки в виде пчелиных сот), или парша́ — хроническое инфекционное грибковое заболевание кожи и её



придатков, редко внутренних органов, вызываемое у человека и у животных. Факторами риска являются микротравмы рогового слоя эпидермиса, длительный контакт с заражёнными вещами, людьми и животными, снижение иммунной реактивности организма. Возбудитель: Грибок (*Trichophyton*) развивается в роговом слое, далее проникает глубже, до дермы, в фолликул, луковицу и в мозговое вещество волоса. В результате воспалительных и деструктивных процессов в коже и её придатках образуется скутула в виде плотного щитка, содержащая культуру грибка, с последующим рубцеванием. Волосы на месте поражения становятся ломкими, затем выпадают.

Фрамбезия (от фр. framboise — «малина») — тропическая бактериальная инфекция кожи, костей и суставов. Возбудителем является грамотрицательная Спирохета (бледная Трипонема). Передается через прямое соприкосновение с выделениями из очагов кожных поражений больного. Заражение происходит обычно половым путём. Инфекция наиболее распространена среди детей, которые разносят её при совместных играх. Проявляется заболевание появлением округлого участка твердого опухания кожи диаметром от 2 до 5 см. В центре целостность кожного покрова может нарушиться с формированием язвы. Первичное кожное поражение заживает через 3-6 месяцев. Далее через недели, а иногда и годы — могут развиваться боли в суставах и костях, общая слабость и новые кожные поражения. Кожа ладоней и подошв утолщается и покрывается трещинами. Может развиваться деформация костей (особенно носовых). Через 5 лет от начала заболевания могут возникать обширные участки омертвения кожи с последующим рубцеванием.

Кандидоз, или кандидамикоз — инфекционное заболевание людей и животных, вызываемое микроскопическими грибами рода *Candida*. Возбудители кандидоза относятся к условно-патогенной микрофлоре человека. Поверхностные кандидозы включают поражение гладкой кожи, слизистых оболочек, кандидозные онихии и паронихии. Паронихии характеризуются отёком, инфильтрацией, гиперемией валиков ногтя, отсутствием надногтевой



кожицы. Околоногтевой валик при этом несколько надвигается на поверхность ногтя. Часто паронихии и онихии существуют одновременно. При кандидозе половых органов наблюдаются обильные белого цвета творожистые выделения, характерен зуд, боль при мочеиспускании.

Споротрихоз. Это хроническое заболевание человека и животных из группы глубоких микозов, вызываемое микроскопическим грибом рода *Sporothrix*. У человека поражаются кожа, подкожная клетчатка, реже — слизистые оболочки и внутренние органы. Заражение происходит через поврежденную кожу, а также через дыхательные пути и ЖКТ. Распространение инфекции в организме происходит с током лимфы и крови. Проявление заболевания состоит в появлении множественных плотных, безболезненных узлов, преимущественно на верхних конечностях. Постепенно узлы размягчаются, вскрываются с образованием язв и неправильной формы рубцов на их месте.

Раневые инфекции:

Столбняк (лат. **tetanus**) — сапронозное бактериальное острое инфекционное заболевание, возбудитель - столбнячная палочка. Характеризуется поражением НС и проявляется тоническим напряжением скелетной мускулатуры и генерализованными судорогами. Возбудитель столбняка — грамположительная столбнячная палочка (лат. *Clostridium tetani*), являющаяся спорообразующим облигатным анаэробом. Распространенность заболевания может наблюдаться во всех регионах земного шара, чаще в странах с жарким и влажным климатом, в местностях, где отсутствуют или слабо применяются средства дезинфекции, профилактические прививки и вообще медицинская помощь. Пути заражения: только при попадании на повреждённые ткани живого организма, лишённые доступа кислорода. Особенно опасны колотые или имеющие глубокие карманы раны, где создаются условия анаэробноза, это глубокие ранения, повреждения кожи и слизистых оболочек, ожоги и обморожения; роды с применением нестерильных инструментов;



контакт очага воспаления с окружающей средой (гангрена, абсцессы, язвы); микротравмы нижних конечностей — ранения, уколы, даже занозы; а также укусы ядовитых животных, пауков.

Га́зовая гангрéна (анаэробная гангрена, мионекроз) — омертвление тканей организма, вызванное инфекцией, обусловленной ростом и размножением в тканях клостридиальной микрофлоры. Рост этой микрофлоры возможен только при отсутствии кислорода (анаэробно), однако споры возбудителей заболевания могут длительное время сохраняться и в кислородной среде. Возбудителем являются бактерии рода клостридий обитают в почве и уличной пыли. Раны, загрязнённые землёй, имеющие раневые карманы, участки омертвевшей либо плохо снабжаемой кровью ткани, не подвергшиеся первичной хирургической обработке, предрасположены к газовой гангрене. Инфекция распространяется стремительно. Клиническая картина проявляется в первоначальном возникновении нарушения общего состояния с тахикардией и лихорадкой. Кожный покров становится серо-синего цвета. Рана резко болезненна, края её бледны, отёчны, дно раны сухое. Окраска видимых в ране мышц напоминает варёное мясо. При надавливании на края раны из тканей выделяются пузырьки газа с неприятным сладковато-гнилостным запахом. При прощупывании определяется типичное похрустывание. Состояние больного быстро ухудшается, наступает шок.

Рóжа (róža) — еще одно острое, рецидивирующее инфекционное раневое заболевание. Проявляется покраснением участка кожи, обычно на голени или на лице, сопровождается общей интоксикацией с повышением температуры. В большинстве случаев поддается излечению. Возбудитель здесь – бета-гемолитический стрептококк группы А, он поражает мягкие ткани. Стрептококки относительно устойчивы к условиям внешней среды. Спорадический рост заболеваемости наблюдается в летне-осенний период, входными воротами инфекции служат мелкие травмы, ссадины, потёртости. Также источником инфекции может быть больной любой формой



стрептококковой инфекции или стрептококконоситель. Стрептококки и их токсины, всасываясь, в месте внедрения вызывают развитие воспалительного процесса, который проявляется отёком, эритемой, клеточной инфильтрацией кожи и подкожной клетчатки. При этом часто отмечается ломкость сосудов, приводящая к точечным кровоизлияниям.

Пиодермия (от др.-греч. πύον — гной и δέρμα — кожа) — гнойное поражение кожи, возникающее в результате внедрения в неё гноеродных кокков и протекающее с образованием покраснения, эксфолиации (шелушение, отслоение), отеков и уплотнений. Одна из наиболее распространённых кожных болезней наряду с чесоткой и грибок. Возникает первично на здоровой коже или вторично — как осложнение зудящих заболеваний. Факторы заболевания — мелкие травмы (порезы, уколы, расчёсы), загрязнение кожи, перегревание или переохлаждение её, нарушения функций внутренних органов, ЦНС, обмена веществ, индивидуальная повышенная чувствительность к гноеродной инфекции.

Возбудителями инфекции являются стрептококки, стафилококки. Различают острые и хронические стафилло- и стрептодермии, которые могут быть ограниченными и распространёнными, поверхностными и глубокими. Возможно одновременное поражение кожи обоими видами кокков — так называемая стрептостафиллодермия. Локализация: для стафиллодермий - сально-волосные фолликулы и апокриновые железы. Для стрептодермии - поверхностные поражения кожи с образованием на ней вначале тонкостенного вялого пузырька с мутным содержимым (фликтена) и венчиком воспаления вокруг. Фликтена засыхает с образованием серозно-гнойной корочки, которая бесследно отпадает.

Околораневые пиодермии локализуются непосредственно возле раны, являются осложнением раневого процесса.

Инфекции с глубокими проникновениями возбудителя:

Анкилостомидозы — заболевания, вызываемые паразитированием в кишечнике у человека круглых червей (гельминтов). Характеризуется хроническим течением, поражением тонкой кишки и развитием



железодефицитной анемии. Возбудителями являются анкилостома и нектор — мелкие гельминты бледно-розового цвета. Размеры самок анкилостомид достигает 10-18 мм, самцов — 8-11 мм. Локализуются такие заболевания в странах с тропическим и субтропическим климатом. В странах с умеренным климатом встречается у лиц, работающих под землей, в условиях высокой температуры и влажности. Основной путь передачи инфекции — перкутанный. При ходьбе босиком по зараженной личинками местности через кожу стоп, голени даже через носки. Клинические проявления: зуд, отечность, поражения бронхов и легких, аллергический кашель с мокротой (может быть с кровью), жар. Важные признаки: гиперэозинофилия до 60 %, дефицит белков. Слабость, головокружения. Со стороны половой системы: нарушения менструального цикла, бесплодие, импотенция.

Шистосомоз (шистосоматоз) — тропическое паразитарное заболевание, вызываемое кровяными сосальщиками (трематодами) из рода *Schistosoma*. Промежуточные хозяева — пресноводные брюхоногие моллюски, окончательный хозяин — человек, млекопитающие и птицы. Клиника: в месте внедрения в кожу церкарий возникает интенсивный зуд, иногда крапивница, а в течение суток появляется транзиторная пятнистая сыпь. При повторном заражении на коже в первые сутки развивается пятнисто-папулезная сыпь с сильным зудом, сохраняющимся до 5 дней. Далее развивается острый шистосомоз (лихорадка Катаямы). Начало внезапное, длительная лихорадка, сухой кашель, аллергическая сыпь, гепатомегалия, спленомегалия, лейкоцитоз, эозинофилия, ускорение СОЭ. Диагностируется заболевание микроскопией яиц червей в образцах кала или мочи.

Актиномикоз (болезнь лучистогрибковая) — хроническое инфекционное заболевание животных и человека из группы микозов, характеризующееся образованием гранулематозных очагов — актиномиком, в различных тканях и органах. Возбудителем является анаэробный грибок рода *Actinomyces*, относящийся к актиномицетам. В гранулематозных тканях и экссудатах



обнаруживается в виде мелких серых зерен, называемых друзами, средний размер друз 60 — 80 мкм. Заболевание встречается во всем мире. Инкубационный период происходит от 2-3 недель до нескольких месяцев. Форма болезни бывает острая или хроническая с периодическими обострениями. При каждой форме характерно развитие плотного малоблезненного отёка, который в дальнейшем размягчается и образует свищ. Подкожно-подмышечная форма сопровождается повышением температуры тела до 38°C, головной болью, общим недомоганием.

От укуса животных:

Бешенство — природно-очаговое особо опасное смертельное инфекционное заболевание, вызываемое вирусом бешенства (*Rabies virus*), включённым в род *Lyssavirus* семейства *Rhabdoviridae*. Путь заражения: со слюной при укусе больным животным. Затем, распространяясь по нервным путям, вирус достигает слюнных желёз, нервных клеток коры головного мозга, гиппокампа, бульбарных центров и, поражая их, вызывает нарушения, приводящие к гибели заражённого практически в 100% случаев. Инкубационный период заболевания проходит от 10 дней до 1—4 месяцев. Типичны три периода: продромальный (ранний): Длится 1—3 дня. Сопровождается повышением температуры до 37,3 °С, угнетённым состоянием, бессонницей, беспокойством. Ощущается боль в месте укуса. Стадия разгара (агрессия): Длится 1—4 дня. Резко повышается чувствительность к раздражениям органов чувств: яркий свет, различные звуки вызывают судороги мышц конечностей. Появляются водобоязнь, аэрофобия, галлюцинации, бред, чувство страха, агрессия, буйство, слюноотделение. Далее происходит период параличей (мнимого улучшения): Наступает паралич глазных мышц, нижних конечностей, скуловых мышц (отвисшая челюсть). Проявляется извращённый аппетит. Личности уже не существует. Паралич дыхательных мышц вызывает смерть (удушьё). Общая продолжительность болезни — 3 —7 дней, изредка 2 недели и более.



Содоку — болезнь от укуса крыс, иногда мышей, кошек, собак, которые заражаются от крыс. Возбудитель: *Spirillum minus* Carter (*Spirochaeta morsus muris*), *Treponema japonicum*, *Spirochaeta sodoku* и др. Толстая, короткая спирилла в 2-3 завитка, снабжена пучком жгутиков, расположенных биполярно. Движения стремительны, сходны с движениями вибриона. Спириллы вызывают некроз и воспалительную реакцию в месте укуса и распространяясь по лимфатическим путям, вызывают региональный лимфаденит. В дальнейшем гематогенно заносятся во внутренние органы и поражают почки, надпочечники, яичники, печень и мозговые оболочки. Лабораторная диагностика базируется на микроскопических исследованиях и заражении восприимчивых животных. Спириллы хорошо видны при микроскопии в тёмном поле, но могут быть обнаружены и в окрашенных мазках.

Венерические заболевания:

Сифилис (лат. lues — зараза) — системное венерическое инфекционное заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей, нервной системы с последовательной сменой стадий болезни. Возбудитель: грамотрицательные бактерии вида *Treponema pallidum* (бледная трепонема) подвида *pallidum*, относящимися к роду трепонем порядка Спирохеты (*Spirochaetales*).

Способы заражения: половым путём (основной), через кровь, редко - бытовым путем (общие предметы гигиены, контактирующие со слизистыми или поврежденной кожей, а также предметы быта, с которыми контактировал больной в стадии открытых язв), через поцелуи (только при наличии высыпаний в полости рта).

Клинические проявления: традиционно формы сифилиса разделяются на ранние и поздние. Для ранних форм характерны высокая степень контагиозности, реакция Вассермана с яркоположительным результатом и бесследное разрешение сифилидов, для поздних — меньшая контагиозность,



калечащие сифилиды, поражающие и необратимо разрушающие кожу, слизистые, скелет, внутренние органы и ЦНС, и малая степень выраженности реакции Вассермана.

Диагностика: анамнез, эпиданамнез, клиническая картина, микроскопия, ПЦР-диагностика.

Течение болезни (классическая схема) состоит из 4 периодов: инкубационный (3-6 недель); первичный (характерны твердые шанкры, которые бесследно проходят в течение нескольких дней - недель); вторичный (характерная бледно-пятнистая сыпь («ожерелье Венеры») или множественные мелкие кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, очаговое выпадение волос. Длится несколько дней, далее все бледнеет и исчезает); третичный период (бессимптомная, латентная хроническая стадия сифилиса) длится месяцы или годы. Часть нелеченых больных остаются хроническими носителями бледной трепонемы без симптомов третичного сифилиса. Но у большинства нелеченых больных имеются многочисленные прогрессирующие деструктивные поражения различных органов и систем.

Гонорéя — **ИЗППП**, вызываемое грамотрицательным диплококком — гонококком лат. *Neisseria gonorrhoeae*, характеризуется поражением слизистых оболочек половых органов, органов мочеиспускания, а также разрушением костной системы. Гонококк представляет собой парную бактерию, внешне напоминающую кофейные зёрна, сложенные вогнутыми сторонами внутрь. Заболевание проявляется через 3—7 суток после заражения; протекает остро или хронически. Острая гонорея характеризуется выделением слизи, гноя, ощущением жжения и боли в терминальном отделе уретрального канала, частыми позывами к мочеиспусканию, очень болезненному, иногда с примесью крови (гематурия). Воспаление придатков яичек с последующим переходом в хроническую стадию. Воспаление семенного канатика. Возможно воспаление мочевого пузыря с распространением на всю моче-половую систему. Наружные покровы воспаляются, отекают. Иногда наступает даже омертвление крайней



плоти. Женщины склонны к бессимптомному течению заболевания, хотя в острой стадии может иметь симптомы и течение болезни те же. Очень часто гонорея является причиной бесплодия. Диагностика: микробиологические исследования в виде исследования мазка под микроскопом, серологического исследования крови, ПЦР.

Мягкий шанкр (лат. *Ulcus Molle*) — инфекционное заболевание, передающееся половым путём. Возбудителем является бактерия *Haemophilus ducreyi*. Заболевание распространено главным образом в Африке, Центральной и Южной Америке. В России встречается крайне редко. Инкубационный период — 3—7 дней. На месте внедрения бациллы появляется красное пятно, в центре которого возникает пузырьёк, быстро превращающийся в пустулу, затем — в болезненную, гнойную язвочку. Через 2 недели рост язвы прекращается, гной постепенно исчезает, язва рубцуется. У мужчин язвы чаще всего локализуются на внутреннем листке препуциального мешка, у женщин — на малых и больших половых губах.

Хламидиоз — **ИЗППП**, вызываемое хламидиями (*Chlamydia trachomatis*). Возбудитель: *Chlamydia trachomatis* - неподвижные, кокковидные, грамотрицательные облигатные внутриклеточные микроорганизмы. Поражает главным образом мочеполовую систему. Длительное время скрыто существует. При неблагоприятных условиях (воздействие антибиотиков, перегревание, переохлаждение, простуда) хламидии трансформируются в L-формы и длительно внутриклеточно паразитируют 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. Инкубационный период — от 2 недель до 1 месяца. Основные пути заражения — вагинальный, анальный половой контакт, контактно-бытовой (сауна, баня), общие средства гигиены, полотенца, простыни. Контактно-бытовой путь передачи с загрязнённых рук на глаза,



половые органы. Хламидии «живут» на бытовых предметах во влажных условиях до 2 суток при температуре 19-20°C. *Chlamydia trachomatis* вызывает трахому, конъюнктивит, урогенитальные инфекции. *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. Методами диагностики хламидиоза являются полимеразная цепная реакция (ПЦР), иммуноферментный анализ (ИФА), посев (культуральный метод), мазок (микроскопия), реакция иммунофлюоресценции (РИФ).

Выводы: Как известно, лучшее средство от заболеваний – это их профилактика.

Профилактика инфекции с поверхностной локализацией паталогического процесса:

Для конъюнктивитов главными средствами профилактики являются соблюдение правил личной гигиены, а также правил ношения контактных линз, своевременное лечение инфекционных заболеваний, минимизация контактов с аллергенами.

Грибковые поражения кожи можно избежать, если ходить в сухой обуви и носках, соблюдать правила личной гигиены, использовать резиновые тапочки в банях, бассейнах, раздевалках, пляжах, а также исключить контакты с больными людьми и животными и избегать случайных половых связей. Лечиться антибиотиками следует только по назначению врача, при этом заранее предупреждать врача о склонности к грибковым заболеваниям.

В соответствии с данными по выживаемости чесоточных клещей во внешней среде, а также в связи с крайне низкой вероятностью передачи чесотки через бытовые предметы, новейшие руководства не рекомендуют их обрабатывать, если с момента пользования ими прошло 48 часов и более. Вопреки распространённому заблуждению чесотка не связана с низким уровнем гигиены. Чесоточный клещ не восприимчив к воде или мылу. При ежедневном приёме душа/ванны количество клещей и вероятность заражения не снижаются.



Для профилактики раневых инфекций иммунотерапия от данных заболеваний не разработана. При пиодермии профилактическими мероприятиями считаются соблюдение правил личной гигиены, витаминпрофилактика, принятие солнечных ванн. При роже необходимо следить за чистотой кожных покровов. Первичная обработка ран, трещин, лечение гнойничковых заболеваний, строгое соблюдение асептики при медицинских манипуляциях. Поскольку средства специфической иммунопрофилактики ЗППП отсутствуют, следует помнить об использовании латексных, полиуретановых, но не натуральных мембранных презервативов. А также рекомендуется наличие постоянного сексуального партнера и отказ от случайных половых связей. Регулярные обследования на наличие ЗППП предотвратят распространение данных заболеваний, а также в случае их обнаружения необходимо оповещение всех половых партнеров о подтверждении диагноза с целью их дальнейшего лечения.

Список литературы:

1. Атлас-руководство «Медицинская микробиология, вирусология и иммунология», ред. А. С. Быкова, В. В. Зверева, Москва, Медицинское информационное агентство, 2018 г.
2. Короткий Н.Г., Шарова Н.М. «Кожные и венерические болезни», Мед. Инф. Агенство.2017.
3. Учебник «Медицинская микробиология, вирусология и иммунология» в двух томах, ред. Академика РАН В. В. Зверева, профессора М. Н. Бойченко, Москва, ГОЭТАР-Медиа, 2017 г., Том 1.
4. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. «Федеральные клинические рекомендации по ведению больных контагиозным моллюском», Москва –2013
5. Родионов А.Н. «Справочник по кожным и венерическим болезням». Санкт-Петербург, 2015.



6. Скрипкин Ю.К. «Фармакологический справочник дерматолога», М., МЕД пресс-информ, 2003.
7. Учебник «Медицинская микробиология, вирусология и иммунология» в двух томах, ред. Академика РАН В. В. Зверева, профессора М. Н. Бойченко, Москва, ГОЭТАР-Медиа, 2017 г., Том 2.