

Эти инфекции относятся к числу социально значимых заболеваний человека. Объясняется это не только их широким распространением, но и влиянием этих заболеваний на здоровье нации и общества в целом. Об инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП), рассказывает докт. мед. наук, проф. ММА им. И.М. Сеченова Константин Михайлович ЛОМОНОСОВ (кафедра кожных и венерических болезней, зав. — проф. О.Л. Иванов).

Таблица 1.

Лечение гонореи нижних отделов мочеполового тракта без осложнений

Таблица 3.

Лечение неосложненного хламидиоза нижних отделов мочеполовых органов

Таблица 2.

Лечение гонореи нижних отделов мочеполового тракта с осложнениями, верхних отделов и органов малого таза

Таблица 4.

Лечение неосложненного мочеполового трихомониаза

Файл pdf 26.3 KB >>

В Российской Федерации эпидемиологическая ситуация с ИППП в последние годы принимает угрожающий характер. Пораженность населения этими инфекциями в 1999 г. составила 0,8%. Особенно напряженной продолжает оставаться ситуация с заболеваемостью сифилисом: в 1999 г. она составила 186,7 на 100 тыс. населения, превышая показатель 1989 г. более чем в 43 раза. Резко обострилась ситуация с заболеваемостью СПИДом, и более чем в 14 раз возросло число ВИЧ-инфицированных, выявленных среди больных с инфекциями, передаваемыми половым путем. Остается высоким уровень заболеваемости трихомониазом — 327,3 на 100 тыс. населения, хламидиозом — 124,8, гонореей — 119,8. Крайнюю тревогу вызывает высокая заболеваемость ИППП среди детей и подростков.

Термин “инфекции, передаваемые половым путем” объединяет группу инфекционных заболеваний, куда входит более 20 различных нозологий. Это и классические венерические болезни — сифилис, гонорея, шанкرويد (мягкий шанкр), лимфогранулема венерическая, донованоз, болезни с преимущественным поражением мочеполовых органов (урогенитальный хламидиоз, уреаплазмоз, трихомониаз, генитальный герпес, микоплазмоз, гарднереллез, кандидоз, контактный моллюск), а также заболевания с преимущественным поражением других органов, такие, как ВИЧ-инфекция, гепатит В, амебиаз, сепсис новорожденных.

Большая группа инфекций, передаваемых половым путем, на которой хотелось остановиться подробнее, поражает мочеиспускательный канал, вызывая его воспаление — уретрит. К этой группе заболеваний относят трихомониаз, гонорею, урогенитальный хламидиоз, уреамикоплазмоз, урогенитальный кандидоз, гарднереллез, генитальный

герпес, уретриты, вызываемые цитомегаловирусами.

В зависимости от многих причин (формы заболевания у полового партнера, применения различных гигиенических процедур) клинические проявления этих заболеваний могут быть различными. В настоящее время у населения и некоторых медицинских работников сложилось неправильное представление о клинической картине того или иного заболевания. Многие люди уверены, что если у человека появились гнойные выделения из мочеиспускательного канала, то это гонорея; если беспокоит просто дискомфорт, например небольшая резь при мочеиспускании, — хламидиоз. Такое представление в корне неправильно, т.к. любое заболевание, поражающее уретру, может протекать с самой разнообразной симптоматикой: все зависит от формы возбудителя, от особенностей человеческого организма и т.д. Поэтому и гонорея, и трихомониаз, и хламидиоз, и многие другие уретриты могут протекать как остро, сопровождаясь обильными выделениями из мочеиспускательного канала, болями при мочеиспускании и т.д., так и торпидно — заболевший может ничего не чувствовать при этом или ощущать лишь небольшой дискомфорт при мочеиспускании, выделения могут отсутствовать или быть скудными, появляться после длительного воздержания от мочеиспускания, чаще с утра.

Наиболее древним заболеванием, относящимся к так называемым венерическим инфекциям первого поколения, является гонорея. Первые научные сведения об этом воспалительном процессе мочеиспускательного канала имеются в трудах Гиппократ (V в. до н.э.).

Гонорея — одна из наиболее распространенных инфекций различных регионов мира. Это заболевание может протекать как остро, так и хронически и способно вызвать серьезные осложнения. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, бездетность развивается у 10% мужчин и 18% женщин, перенесших эту инфекцию.

Заражение обычно происходит при половом акте. Источником инфекции чаще бывают люди, больные малосимптомными или хроническими формами гонореи, или же гонококконосители. Мужчины при острой форме болезни, как правило, воздерживаются от половых актов, тогда как женщины, вследствие анатомо-физиологических особенностей гениталий и связанных с этим отсутствием субъективных ощущений, далеко не всегда прекращают половую жизнь.

Инфицирование через общую постель, предметы бытового обихода, губки, полотенца в настоящее время отмечаются довольно редко. Но в неблагоприятных условиях при большой скученности народа, особенно когда дети спят вместе с больными родителями и пользуются общими предметами бытового обихода, случаи непрямого заражения гонореей наблюдаются довольно часто.

Гонококки приспособились паразитировать главным образом на слизистых оболочках мочеиспускательного канала, нижней части прямой кишки, конъюнктиве глаз. Поражение глотки, суставов, гонококковый сепсис возникают редко, лишь при особых условиях (механическая, химическая и термическая травмы, снижение иммунитета,

наличие тяжелых хронических заболеваний).

Время, необходимое для возникновения воспалительных явлений после попадания гонококка в организм человека, определяет продолжительность инкубационного периода. Длительность его при гонорее колеблется от 12 часов до 1 месяца (в среднем составляя 3-7 дней).

Клинические проявления заболевания, как уже отмечалось выше, весьма многообразны и зависят от формы заболевания.

Диагноз гонорее обязательно должен быть подтвержден лабораторным путем. Материалом для исследования могут служить отделяемое уретры, исследуемое путем бактериоскопии, культуральным методом или с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР или ДНК-диагностика).

При лечении гонорее необходимо учитывать форму заболевания (острая, подострая, хроническая или торпидная), наличие осложнений (простатит, парауретрит, куперит, эпидидимит, вагинит, эндоцервит и т.д.).

Основными этиотропными средствами, применяемыми при лечении гонорейного уретрита, являются антибиотики (табл. 1, 2). В лечении неосложненной гонорее нижних отделов мочеполового тракта рекомендуется монотерапия антибиотиками. В лечении гонорее нижних отделов мочеполового тракта с осложнениями, верхних отделов и органов малого таза наряду с этиотропной антибиотикотерапией проводят специфическую и неспецифическую иммунотерапию, физиотерапию, местное лечение.

По окончании курса лечения необходимо провести контрольное лабораторное обследование, т.к. исчезновение субъективных ощущений и клинической симптоматики заболевания еще не гарантирует этиологической излеченности. Только контрольное обследование может установить полное выздоровление.

Поражения мочеиспускательного канала, при которых не удается обнаружить гонококки, принято называть негонококковыми уретритами. Наиболее распространенным из них является урогенитальный хламидиоз. Ежегодно в мире регистрируется около 90 млн больных урогенитальным хламидиозом, а затраты на изучение проблемы хламидиоза только в США составляют около 2 млрд долл. в год.

Возбудителем урогенитального хламидиоза является *Chlamydia trachomatis*, серотипы от D до K, которые поражают мочеполовые органы, выстланные цилиндрическим эпителием (уретру, канал шейки матки). Это грамотрицательные бактерии диаметром 0,2-0,3 мкм. Есть две формы существования хламидий: элементарные тельца — форма внеклеточного существования и ретикулярные или инициальные тельца — форма внутриклеточного существования. Инкубационный период хламидийного уретрита составляет в среднем 2-3 недели.

Клиническая картина заболевания, как правило, менее выражена, чем при гонорее.

Часто встречается бессимптомная форма заболевания, когда у человека нет клинических проявлений, а при лабораторном исследовании у него обнаруживаются хламидии. Материалом для лабораторного исследования служат соскобы из уретры, исследуемые методами прямой иммунофлюоресценции, полимеразной цепной реакцией или культуральным путем, также возможно серологическое определение антител хламидий.

При лечении неосложненного хламидиоза нижних отделов мочеполовых органов используется в основном этиотропная антибактериальная монотерапия (табл. 3). При хламидиозе верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов назначают комплексную терапию, куда помимо этиотропной антибиотикотерапии входят неспецифическая иммунная терапия, физиотерапия и т.д.

Урогенитальный трихомониаз является широко распространенным паразитарным заболеванием. Причиной заболевания человека могут быть три вида трихомонад. Две разновидности, обитающие в ротоглотке и кишечнике, являются сапрофитами. Патогенной является лишь *Trichomonas vaginalis*, поражающая плоский эпителий мочеиспускательного канала. Источником заражения является только больной человек. Заражение происходит при традиционном половом контакте. Инкубационный период колеблется от 3 дней до 1 месяца. Нередко возможно носительство. Клиническая картина трихомонадного уретрита не отличается от любого другого уретрита.

Лечение пациентов, страдающих неосложненным мочеполовым трихомониазом, проводят в виде монотерапии (табл. 4). При лечении больных торпидными и осложненными формами урогенитального трихомониаза используется комплексное лечение с применением иммунотерапии, ферментотерапии, физиотерапии.