

СОВЕТУЕТ ДОКТОР



ПОЛОВЫЕ ИНФЕКЦИИ

*Хламидиоз, трихомониаз,
герпес, микоплазмоз*



*Точные методы
диагностики
скрытых инфекций*

*Существует ли
надежная защита
от болезни?
Мнение
специалистов*

*Болезнь
и беременность:
требуется
особое внимание*

Александр Иванович Мигунов
Половые инфекции.
Хламидиоз, герпес,
микоплазмоз и др. инфекции
Серия «Советует доктор:
тактика и стратегия здоровья»

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=42387867
Половые инфекции. Хламидиоз, трихомониаз, герпес,
микоплазмоз. / Мигунов А. И.: Весь; Санкт-Петербург; 2014
ISBN 978-5-9573-0632-0

Аннотация

Инфекции, передающиеся половым путем, требуют к себе пристального внимания и эффективного лечения, так как могут стать причинами хронического воспаления мочеполовой системы, бесплодия, выкидышей и послеродовых осложнений у матери и ребенка. Врач-вирусолог А. И. Мигунов на страницах этой книги рассказывает о том, что представляют собой возбудители мочеполовой инфекции, каким образом происходит заражение и развитие воспалительного процесса. Вы узнаете о существующих в настоящее время методах диагностики и

лечения наиболее распространенных инфекционных заболеваний мочеполовых органов, о мерах профилактики. Для широкого круга читателей.

Содержание

Предисловие научного редактора	7
Введение	10
Глава 1	13
Возбудитель заболевания	14
Историческая справка	18
Как происходит заражение и распространение заболевания	21
Внешние признаки трихомониаза	24
Конец ознакомительного фрагмента.	27

СОВЕТУЕТ ДОКТОР



Александр Мигунов

Половые инфекции.

Хламидиоз, трихомониаз,

герпес, микоплазмоз

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ВЕСЬ» – ДОБРЫЕ ВЕС

Словесное обозначение «*Советует доктор*» является зарегистрированным товарным знаком.

Все рекомендации должны быть согласованы с лечащим врачом.

Предисловие научного редактора

С 1999 года наша страна переживает волну неустойчивой эпидемической ситуации по инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП). Резкий рост заболеваемости отмечался до 1997 года, поразив порядка 1,5 % населения, в том числе свыше 100 тысяч детей и подростков. Основными его причинами явилось ухудшение социально-экономического положения у определенной части населения, увеличение миграционных потоков, изменения в семейно-брачных отношениях.

Несмотря на отмечаемую в последние годы стабилизацию уровня заболеваемости ИППП, а также на последовавшую за этим тенденцию к ее снижению, интенсивность распространения этих инфекций продолжает оставаться крайне высокой. Причем, по данным 2003–2004 годов, первое место среди них как в Российской Федерации, так и в Санкт-Петербурге является такое заболевание, как трихомониаз. Он широко распространен и способен вызывать такие серьезные осложнения, как бесплодие, воспалительные изменения органов малого таза у женщин, преждевременный разрыв околоплодных оболочек, рождение детей с пониженной массой тела. Одновременно облегчается передача ВИЧ-инфекции, повышается риск развития рака шейки матки.

В Санкт-Петербурге значительно чаще, чем в среднем по

России, регистрируются случаи вирусных заболеваний половой сферы, прежде всего, генитального герпеса. Генитальный герпес – это не только «надоедливые и болезненные» болячки на коже и слизистых половых органов. Нельзя не отметить возможное участие вирусов герпеса в развитии онкологических процессов у человека, в частности, рака шейки матки и рака предстательной железы, а также атеросклероза, и его неблагоприятное, а порой и фатальное влияние на течение беременности и родов, патологию новорожденных. Изучение вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией, показало, что вирусы герпеса способствуют ее прогрессированию.

Несмотря на сохраняющийся высокий уровень заболеваемости, сравнительно мало известной для широкой общественности остается микоплазменно-уреаплазменная инфекция. Отсутствие ярких клинических проявлений ни в какой мере не умаляет ее роли в возникновении патологии беременности, плода и новорожденных, бесплодия, воспалительных заболеваний мочеполовых органов.

«Предупрежден – значит вооружен», – говорили древние. Знание – лучшее средство профилактики. Именно так можно кратко сформулировать значение этой книги. Написанная живым и доступным языком, рассчитанная на самый широкий круг читателей, она, хочется надеяться, внесет свой вклад в снижение заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем.

Доктор медицинских наук, член-корреспондент РАЕН
Исаков В. А.

Введение

В последние годы во многих странах мира отмечается рост распространения инфекций, передаваемых половым путем, – в первую очередь, хламидиоза, генитального герпеса и микоплазмоза. Распространение этих инфекций (как среди мужчин, так и среди женщин) продолжает расти, несмотря на очевидные успехи современной микробиологии и фармакологии антибактериальных препаратов.

Говоря о широте распространения данных инфекций, важно иметь в виду, что некоторым из них, например микоплазмозу, уделяется мало внимания официальными органами здравоохранения, и статистические данные не всегда отражают реальное положение дел. Поэтому полную картину заболеваемости не могут представить себе даже специалисты.

Между тем, распространение половых инфекций, кроме всего прочего, наносит серьезный экономический и демографический ущерб обществу. И ущерб этот оценивается астрономическими цифрами. (Например, в США экономические потери только от хламидиоза оцениваются в 1 миллиард долларов в год.)

Опасность и коварство рассматриваемых в этой книге мочеполовых (урогенитальных) инфекций заключается в том, что зачастую они не проявляют себя какими-либо внешни-

ми симптомами и поэтому больной вовремя не обращается к врачу. Между тем, воспалительный процесс, который эти инфекции вызывают, затрагивает многие органы мочеполовой системы, а иногда и распространяется за ее пределы. Эти инфекции не настолько опасны, чтобы угрожать жизни самого больного, но они существенно влияют на его способность к деторождению и часто становятся причиной бесплодия – как у мужчин, так и у женщин. В случае же возникновения беременности подобные заболевания отрицательно сказываются на ее развитии, вызывая самопроизвольные выкидыши и различные послеродовые осложнения. Кроме того, во время беременности эта коварная инфекция может передаваться будущему ребенку.

По данным отечественных и зарубежных исследователей, наиболее часто инфекциями, передаваемыми половым путем, заражаются мужчины и женщины в возрасте от 20 до 40 лет, в первую очередь, лица, ведущие беспорядочную половую жизнь. В последнее время стала возрастать заболеваемость и более молодых людей, что вызывает особую тревогу у медицинской общественности многих стран.

Большую роль в предотвращении распространения этих инфекций играют меры профилактики, о которых должен знать каждый человек, достигший половой зрелости. О них, а также о том, что представляют собой возбудители мочеполовой инфекции, каким образом происходит заражение и развитие воспалительного процесса, какие существуют в на-

стоящее время методы диагностики и лечения данных заболеваний, рассказывается на страницах этой книги.

Глава 1

Трихомониаз

Трихомониаз – одно из наиболее распространенных заболеваний мочеполового тракта, занимает первое место среди инфекций, передаваемых половым путем. В мире трихомониазом ежегодно заболевают 170 миллионов человек. Важность проблемы обусловлена не только широким распространением болезни, но и ее тяжелыми последствиями: осложнения трихомониаза могут стать причиной бесплодия, патологии беременности и родов, проблем со здоровьем новорожденного, детской смертности и т. д. Это заболевание одинаково часто поражает как женщин, так и мужчин. У девочек эта инфекция встречается крайне редко.

Возбудитель заболевания

Возбудителем мочеполового трихомониаза является влагалищная трихомонада (*Trichomonas vaginalis*). Влагалищная трихомонада относится к типу простейших, классу жгутиковых и представляет собой одноклеточный организм, приспособившийся в процессе своего развития к жизни в органах мочеполовой системы человека. Она имеет грушевидное тело размером не более 20 микрон. На переднем конце тела находятся 4 (иногда 3) свободных жгутика, пятый направлен назад вдоль наружного края тонкой цитоплазматической мембраны, соединяющей его с телом, и вместе с ней образует ундулирующую мембрану (лат. *undulatus* – волнообразный). Эта клеточная структура необходима для передвижения трихомонады. Она представляет собой перепонку, образованную складкой клеточной оболочки и жгутиком. Через все тело трихомонады проходит опорная эластичная нить – аксостиль. Ядро находится в передней части тела (рис. 1).

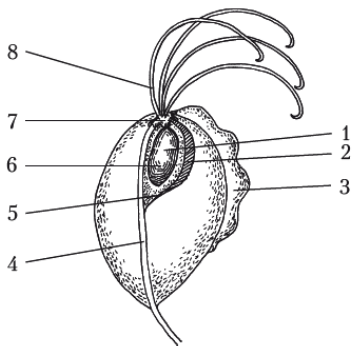


Рис. 1. Влагалищная трихомонада:

1 – ядрышко; 2 – парабазальный аппарат; 3 – ундулирующая мембрана; 4 – аксостиль; 5 – парабазальная нить; 6 – ядро; 7 – блефаропласт; 8 – передние жгутики

За счет движений жгутиков трихомонада очень подвижна и пластична. Примечательна ее способность образовывать псевдоподии – тонкие отростки (выпячивания) содержимого микробной клетки, характерные для многих простейших животных. Эти отростки служат для захватывания пищи и для передвижения. Иначе их называют ложноножки, так как они напоминают жгутики и приводят к медленному амебовидному передвижению. Трихомонады могут настолько сливаться с рельефом эпителиальных клеток, что их микроскопическая диагностика становится весьма затруднительной.

Трихомонады являются паразитами, так как обитают

на слизистой оболочке пищеварительного и мочеполового тракта человека и используют ее же в качестве источника питания. Важно отметить, что трихомонады обладают способностью заглатывать другие микробные клетки без их последующего переваривания. Таким образом, при смешанных инфекциях трихомонада становится резервуаром, в котором обитают другие микробы. Скрываясь внутри трихомонады, многие гонококки, хламидии и другие микроорганизмы становятся неуязвимыми для антител и антибиотиков. Уникальность трихомонад состоит в том, что они, обладая способностью к активным движениям, могут переносить различные инфекционные агенты в верхние отделы мочеполовой системы, а возможно и в другие органы и ткани.

При трихомониазе наблюдается снижение активности молочнокислых бактерий, в норме заселяющих слизистую оболочку влагалища, и поэтому рН влагалищного содержимого сдвигается в щелочную сторону. Наряду с этим появляются новые (измененные) формы молочнокислых бактерий, которые не выделяют молочной кислоты. Это снижает естественный защитный барьер и функциональную активность местной иммунной системы. Размножение трихомонады происходит путем простого поперечного деления, особенно интенсивно это происходит во время и сразу после менструации.

К настоящему времени известно более 50 видов трихомонад, различаемых по величине, форме клетки, числу жгутиков и т. д. В организме человека паразитируют только 3 вида

трихомонад: урогенитальные, ротовые и кишечные. Урогенитальные трихомонады являются самостоятельным видом, морфологически и культурально отличающимся от ротовых и кишечных трихомонад. В естественных условиях они обитают только в мочеполовом аппарате человека и не поражают животных.

Историческая справка

История учения об урогенитальном трихомониозе весьма интересна. Первое описание возбудителя урогенитального трихомониоза принадлежит парижскому врачу А. Донне, который в 1837 году обнаружил неизвестный микроорганизм в вагинальных выделениях больных гонореей и сифилисом. Первоначальное название этого микроорганизма – *Trichomonas vaginalis*. Через 2 года немецкий натуралист, зоолог и анатом К. Эренберг установил принадлежность трихомонады к простейшим – одноклеточным живым существам, относящимся к классу инфузорий. В течение последующих десятилетий были обнаружены еще 2 вида трихомонад: кишечная (*Trichomonas intestinalis*) и ротовая (*Trichomonas elongata*).

В течение длительного периода времени большинство исследователей считали, что это простейшее не является причиной возникновения заболевания, а лишь осложняет течение воспалительного процесса, вызванного другими микроорганизмами. Только в 30-х годах прошлого столетия было доказано, что трихомонады участвуют в развитии воспалительных поражений мочеполовых органов. С этого времени начинается активное изучение данной инфекции и поиск методов лечения.

Проблемы трихомониоза широко обсуждались на между-

народных симпозиумах в 50-х годах прошлого столетия. Их участники пришли к выводу о широком распространении трихомонадной инфекции среди лиц обоего пола. В эти же годы проходила активная дискуссия о первичном источнике заражения, в качестве которого многие называли желудочно-кишечный тракт, бани, бассейны, использование женщинами некипяченой воды в целях личной гигиены и т. д. Однако в эксперименте с участием добровольцев ротовые и кишечные трихомонады при введении во влагалище не вызвали воспалительного процесса и погибали через 8-24 часа. Огромная заслуга в разрешении данного вопроса принадлежит выдающемуся эстонскому ученому Ю. Х. Тerasу, который первым открыл различные серотипы (разновидности) этого возбудителя. С целью предупреждения распространения мочеполового трихомониаза было предложено признать эту инфекцию венерическим заболеванием, применить к ней законодательство о борьбе с венерическими болезнями и провести диспансеризацию всех больных трихомониазом.

Однако мировая официальная медицина не торопилась это делать, и в 1976 году в изданных методических рекомендациях Минздрава было указано, что уrogenитальный (мочеполовой) трихомониаз является одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний мочеполового тракта. Поэтому уrogenитальный трихомониаз сначала классифицировался в рубрике «Инфекционные и паразитарные болезни», и лишь в 1993 году Всемирной ассамблеей здра-

воохранения это заболевание было отнесено в раздел «Инфекции, передаваемые преимущественно половым путем».

Что касается названия этого заболевания, то в литературе 1950-1960-х годов использовался термин «трихомоноз», а в настоящее время подавляющее большинство авторов считают предпочтительным название «трихомониаз». Надо отметить, что и сегодня нет единой точки зрения на вопрос о терминологии и классификации этого заболевания.

Все больные при установлении диагноза «мочеполовой трихомониаз» подлежат обязательному учету. Врач, выявивший указанное заболевание (дерматовенеролог, акушер-гинеколог, уролог и т. д.), при обследовании больного в поликлинике, стационаре, на дому, при профилактическом осмотре, медицинском освидетельствовании и т. д., заполняет специальную форму № 089/у-93 (извещение). Учитывая, что инфицирование мочеполовым трихомониазом (как и другими ИППП) может происходить в течение жизни неоднократно, каждый новый факт постановки этого диагноза подлежит учету путем заполнения такого извещения.

Как происходит заражение и распространение заболевания

Заразиться трихомониазом можно только от больного человека. Конечно, чаще это происходит при внебрачных половых связях (женщины, имеющие случайные половые контакты, страдают трихомониазом в 3,5 раза чаще женщин, имеющих только одного полового партнера). У взрослых девственниц трихомониаз полностью отсутствует, в то время как у проституток, а также у лиц, больных другими венерическими болезнями, заболеваемость достигает 70 %. Так же часто трихомониаз выявляется у половых партнеров инфицированных больных. Бывают случаи обнаружения трихомониаза у 70-80-летних мужчин, имевших половые связи 30 лет назад.

Вне человеческого организма трихомонады быстро теряют жизнеспособность. Обязательным условием для существования этого возбудителя является наличие влаги – при высушивании он быстро погибает. Трихомонады малоустойчивы к высокой температуре (более 40 °С), прямым солнечным лучам и воздействию дезинфицирующих средств. В дистиллированной воде паразиты гибнут почти моментально, поэтому вода как фактор передачи возбудителя практически исключается. Невозможна передача инфекции и в банях, где простейшие подвергаются воздействию высокой температу-

ры, мыла и воды.

Следует отметить наличие у влагалищных трихомонад хорошо налаженной системы защиты от человеческого иммунитета. Например, жгутики препятствуют контакту возбудителя с клеткой-фагоцитом, которая пытается его захватить. Кроме того, трихомонады имеют мощный набор ферментов, которые они выделяют в окружающую среду в целях собственной защиты, например для разрушения антител. Необходимо добавить, что трихомонады могут создавать вокруг себя искусственную оболочку, благодаря способности удерживать на своей поверхности белки плазмы крови, как бы маскируясь от защитных факторов иммунной системы. Этот феномен, который называется антигенной мимикрией, не дает иммунной системе организма хозяина распознать возбудителя.

Местом внедрения трихомонад у женщин является слизистая оболочка влагалища, поэтому первичный трихомониаз проявляется в виде кольпита. Затем возбудитель по поверхности слизистых оболочек постепенно проникает в уретру (мочеиспускательный канал) и шейку матки, вызывая уже вторичный воспалительный процесс в этих и других органах. Встречается и восходящая инфекция мочеполовых органов. Канал шейки матки является своего рода границей распространения урогенитальных трихомонад вверх, благодаря постоянному сжатию круговых мышц и резко щелочной реакции выделяемого секрета. Однако этот защитный барьер те-

ряет свою силу во время менструаций, абортот и родов. Кроме того, во время полового акта происходят ритмические сокращения матки, которые способствуют всасыванию урогенитальных трихомонад, находящихся в шейке матки, в ее полость. При проникновении трихомонад в маточные трубы возникает трихомонадный сальпингит (от греч. *salpinx* – труба). Как правило, поражение труб сопровождается воспалением яичников. Урогенитальные трихомонады проникают внутрь яичника через раневую поверхность лопнувшего фолликула.

Внешние признаки трихомониаза

От момента заражения до внешних проявлений болезни обычно проходит от 3 до 30 дней (этот период заболевания называется инкубационным). К сожалению, у урогенитального трихомониаза нет каких-либо специфических (характерных только для этой инфекции) признаков.

Трихомонады вызывают развитие воспаления в виде острого, подострого или малосимптомного уретрита у мужчин и вульвовагинита или уретрита у женщин. Как правило, процесс изначально имеет острую или подострую форму, затем, через 2 месяца, воспалительная реакция стихает и трихомониаз переходит в хроническую форму или трихомонадоносительство. Хотя трихомониаз поражает мужчин и женщин с одинаковой частотой, симптомы гораздо чаще беспокоят женщин.

При трихомониазе характерно поражение различных органов и систем, поэтому его считают многоочаговым заболеванием. Урогенитальные трихомонады способствуют образованию язв и эрозий на слизистой оболочке мочевого тракта, так как при размножении они выделяют во внешнюю среду фермент (гиалуронидазу), который разрушает гиалуроновую кислоту – основное скрепляющее вещество соединительной ткани. Это, в свою очередь, приводит к значительному разрыхлению тканей и более свободному про-

никновению в межклеточное пространство токсических веществ – продуктов жизнедеятельности бактерий и сопутствующей микробной флоры. В результате развивается воспалительный процесс, который сопровождается отеком пораженных тканей, выделением экссудата (прозрачной воспалительной жидкости), слушиванием поврежденных эпителиальных клеток. Могут возникнуть мелкие кровоизлияния. В экссудате скапливаются клетки мертвых и живых возбудителей, которые можно выявить при лабораторном обследовании.

Трихомониаз у мужчин

У мужчин клиническая картина трихомониаза очень напоминает гонорейный уретрит, только все симптомы выражены слабее. Лишь у 10–12 % больных он протекает остро с обильными гнойными выделениями и резами при мочеиспускании. У большинства больных мужчин признаки воспаления стерты: больной может долгое время не знать о своем заболевании и быть источником заражения. При хроническом трихомонадном уретрите у ряда мужчин периодически появляются зуд и покалывание в мочеиспускательном канале.

Употребление спиртных напитков, большого количества пива, тяжелая физическая работа, половое возбуждение способствуют появлению осложнений, наиболее грозными из

которых являются простатит и трихомонадный эпидидимит. Именно развитие этих осложнений нередко является причиной бесплодия у мужчин. При отсутствии лечения трихомонадный уретрит у мужчин может длиться годами с периодическими обострениями.

Трихомониаз у женщин

У женщин трихомониаз протекает более остро. Чаще всего поражается влагалище (трихомонадный вагинит), появляются желтые жидкие пенистые выделения, часто с неприятным запахом, которые раздражают кожу наружных половых органов, промежности и внутренней поверхности бедер, вызывая жжение и зуд. При поражении мочеиспускательного канала у больных отмечается резь и жжение при мочеиспускании. Больные становятся раздражительными, конфликтными, страдают бессонницей. Во многих случаях половые сношения начинают причинять боль. Если воспалительный процесс переходит на шейку мочевого пузыря, то добавляются частые позывы к мочеиспусканию и болезненность в конце его. Однако постепенно, даже при отсутствии лечения, интенсивность воспаления уменьшается, и процесс принимает хроническое течение.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.