

А.Г. Луцюк, А.В. Шабалдин, Г.В. Лисаченко, Ю.Г. Климчук

Областной кожно-венерологический диспансер,  
Институт угля и углехимии СО РАН,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Проведенное исследование выявило особенности клинического течения урогенитальных инфекций у мужчин в Кемеровской области. Трихомонадная инфекция проявлялась в виде торпидных, малосимптомных форм. Орхоэпидидимиты, простатиты и артриты сопровождали острую хламидийную инфекцию. Уреа-микоплазменная инфекция манифестировала в виде бурных субъективных жалоб и скудности объективных проявлений местного и общего воспалительных процессов. Возрос процент рецидивов и осложнений герпетической инфекции, что говорит о сниженном иммунитете пациентов.

**Ключевые слова:** инфекции, передающиеся половым путем.

The research display clinical peculiar characteristics of male urogenital infections. Trichomonade infection manifested in torpid, minisymptom forms. Orchoepididimitis, prostatitis and arthritis conveyed chlamidia infection. Urea-mycoplasmic infection manifested in weak objective forms of local and common inflammatory processes, though individual claims were expressive. Relapses increased in percents as well as complications in herpes infections did all that indicates patients' immune deficiency.

**Key words:** infections though sex.

**П**роблема высокой заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), продолжает оставаться актуальной во всем мире. При этом за последние 30 лет представления об этой патологии претерпели существенные изменения.

Несмотря на то, что в последние 5-7 лет в России, Европе, США отмечается стойкая тенденция к снижению распространенности урогенитальных инфекций в целом, по нозологиям «нового поколения» ситуация продолжает быть близкой к эпидемии. В первую очередь, это относится к атипичным микроорганизмам с внутриклеточной локализацией, которые преимущественно передаются половым путем: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*. Огромное значение также имеют *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis* [1].

#### Корреспонденцию адресовать:

Луцюк Андрей Григорьевич, врач дерматовенеролог  
ГУЗ «ОКВД» г. Кемерово  
Тел.: раб. (3842) 21-37-98, дом. (3842) 53-06-78  
weit@kemcity.ru

В настоящее время урогенитальный хламидиоз встречается в 2-3 раза чаще, чем гонорея, и в 7,5 раз чаще, чем сифилис [2]. Его доля в структуре негенококковых уретритов оценивается в 40-70 %. Им поражено не менее 5-10 % сексуально активных людей [3].

В России регистрация урогенитального хламидиоза началась в 1994 году, и до 2000 года уровень заболеваемости ежегодно удваивался. Начиная с 2004 года, по данным официальной статистики, урогенитальный хламидиоз, как и в развитых странах, вышел на второе место после трихомониаза, заметно опережая гонорею [4].

Генитальные микоплазмы, по материалам литературы, являются причиной около 40 % воспалительных заболеваний мочеполовых органов. Показатели инфицированности *Mycoplasma hominis*, по данным разных авторов, варьирует от 10 до 50 %, а *Ureaplasma urealyticum* – от 11 до 80 % [5].

Трихомониаз – одна из наиболее распространенных ИППП, которой ежегодно в мире заболевают около 200 млн. человек [6]. В России в последние годы уровень официальной заболеваемости превышает 300 человек на 100000 населения [7].

Высока частота и генитальных инфекций, обусловленных простым герпесом. Это связано с 90 % инфицированием человеческой популяции вирусом простого герпеса, который пожизненно персистирует в организме человека, обуславливая значительный полиморфизм клинических проявлений герпетической инфекции, и формируя торпидность к существующим методам лечения [8].

В настоящее время клиническая картина многих заболеваний, передающихся половым путем, отличается малосимптомностью, отсутствием характерных проявлений, склонностью к латентному течению и рецидивированию.

Исходя из этого, **целью настоящей работы** было изучение особенностей клинической картины основных урогенитальных инфекций в Кемеровской области.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для выполнения поставленной задачи было обследовано 239 человек, обратившихся в Областной кожно-венерологический диспансер либо с генитальными жалобами, либо с указанием на ИППП у полового партнера. Вся группа состояла из лиц мужского пола. Средний возраст обследуемых составил 27 лет. В процессе обследования пациенты были разделены на подгруппы по этиологии выявленного заболевания.

Диагноз трихомониаз был выставлен в результате просмотра нативных препаратов, при микроскопии препаратов, окрашенных метиленовым синим или по Граму, Романовскому-Гимзе, и подтвержден бактериологическими методами, такими как выращивание трихомонад в букальной культуре.

Для диагностики хламидиоза применялись методы полимеразной цепной реакции со специфическими праймерами (ПЦР), прямая иммуно-флуоресценция (ПИФ) и иммуноферментный анализ антител к исследуемым возбудителям (ИФА). Результат считали положительным, если у одного и того же пациента возбудитель хламидиоза определялся двумя или тремя различными методами.

Уреа-микоплазменная инфекция была обнаружена методами бактериологических посевов на питательных средах, а также методами: ПЦР, ПИФ, ИФА.

Методы ПЦР и ИФА явились основополагающими для обнаружения вируса простого герпеса.

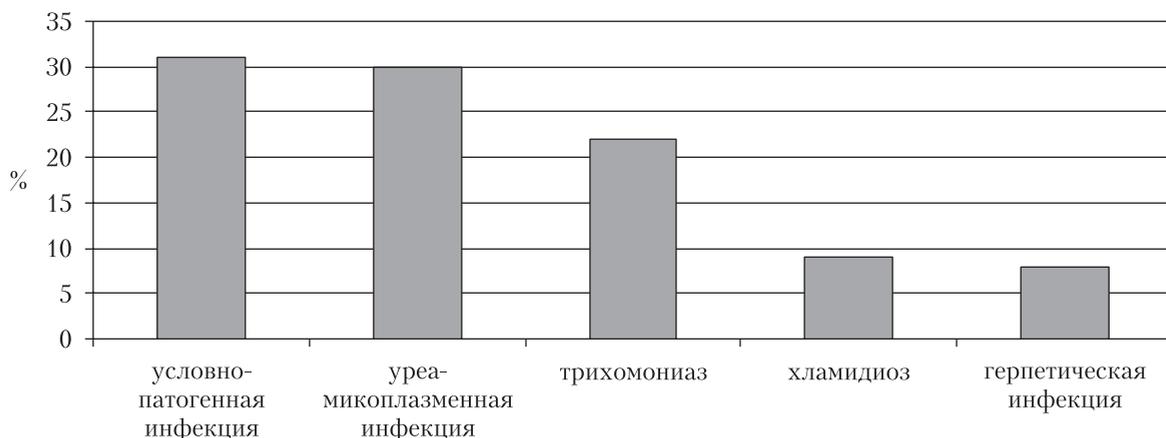
## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе проведенной работы было выявлено следующее (рисунок). Большую группу составили лица, у которых этиологию ИППП составили представители условно-патогенной флоры (УПФ). У 75 человек были выявлены грамотрицательные и грамположительные бактерии. Грамотрицательная флора была представлена *Enterobacter aerogenus*, *Proteus klebsiella* и энтерококками, грамположительная – *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus haemolyticus*, неидентифицированными палочками, гарднереллами, *mobilunkus*, лептотрихиями. В целом группа ИППП с условно-патогенной флорой в этиологии составила 31 %.

Уреаплазмо-микоплазменная инфекция обнаружилась у 72 человек, что составило 30 %, трихомониаз был диагностирован у 52 человек, что составило 22 % от общего числа обследованных, хламидиоз был выявлен у 21 человека – 9 %. Генитальным герпесом были поражены 19 человек (8 %).

Тем самым, эти данные указывают на особенность этиологии ИППП в Кемеровской области. Так, на первое место выходят генитальные инфекции, обусловленные УПФ. В то время как, по данным большинства литературных источников, трихомониаз занимает первое место среди ИППП в мире [6]. В нашем исследовании трихомонадная инфекция оказалась на III месте, после больных с условно-патогенной флорой и уреа-микоплазменной инфекцией. Рост уреаплазмоза и микоплазмоза отмечен в последнее время повсеместно [9]. Вполне оправдано, что с каждым годом в литературе появляется все больше работ о патогенном влиянии данных бактерий на человеческий организм [10, 11]. Выявленные в настоящем исследовании частоты генитального хламидиоза и герпеса были сопоставимы с литературными данными [4].

Рисунок  
Этиологическая характеристика ИППП в Кемеровской области



На следующем этапе исследования была дана характеристика особенностям клинической картины ИППП в Кемеровской области.

Анализ жалоб при ИППП в Кемеровской области позволил сгруппировать их в несколько категорий. Генитальные жалобы были связаны с субъективными ощущениями в области полового члена, такими как зуд, жжение, покалывание и т.д. Артралгии локализовались в крупных суставах. Поражения кожи и слизистых проявлялись различными по характеру сыпями. Выделения из уретры были серозными или гнойными. Дизурические расстройства были представлены, в основном, частыми мочеиспусканиями.

Для каждой нозологии имелись свои особенности в жалобах, предъявляемых пациентом врачу при первичном обращении (таблица 1). Из таблицы видно, что наиболее часто жалобы предъявляли лица с генитальным герпесом. Пациенты жаловались на зуд, чувство жжения, болезненность в местах высыпаний. Часто отмечалось нарушение общего состояния, проявляющееся в виде общих продромальных явлений (головная боль, озноб, субфебрильная температура). В то же время, у этих пациентов отсутствовали артралгии и редкими были выделения из уретры. Дизурические расстройства имелись у каждого пятого пациента. А высыпания на половом члене встречались у 91 % пациентов, что часто и служило поводом к обращению к врачу.

Прямой противоположностью генитальному герпесу по наличию субъективных жалоб был трихомониаз. Так, у 42 % больных жалобы отсутствовали полностью, а поводом обращения к врачу часто было наличие трихомониаза у полового партнера. Основными жалобами таких пациентов были периодический зуд в уретре, краснота и отечность «губок» уретры. Признаки общей интоксикации наблюдались в единичных случаях. В то же время, достаточно часто у больных с трихомониазом (28 %) имели место выделения из уретры и эрозивные элементы на внутреннем листке крайней плоти.

Около 82 % пациентов с уреоплазменной и микоплазменной инфекциями жаловались на жжение и покалывание в уретре. В то же время, ярких дизурических расстройств и выделений из полового члена в большинстве случаев не наблюдалось. Общая симптоматика также была скудной. Симптомы интоксикации не встречались. Реактивные поражения суставов наблюдались у 3 % больных.

При анализе данных по клинической картине хламидиоза выявлено, что у 61 % пациентов имелись те или иные жалобы. В основном, как и при микоплазмозе, это были неярко выраженные жжение и зуд. У трети больных обнаруживались дизурические расстройства. В нашем исследовании суставной синдром при хламидиозе встречался у 12 % обследованных мужчин, что может говорить о нарастании агрессивных свойств хламидий. В 15 % случаев у пациентов с хламидиозом отмечались выделения из полового члена.

Для ИППП, вызванных УПФ, были характерны генитальные жалобы, сопровождающиеся дизурическими расстройствами. Число таких пациентов превышало 60 %. Почти 40 % пациентов имели выделения из уретры, что часто служило поводом обращения к врачу для исключения гонореи.

В целом, анализ жалоб при ИППП различной этиологии показал отсутствие нозоспецифических особенностей. Такие жалобы как зуд, жжение, выделения из уретры и даже артралгии могут быть при любой этиологии урогенитальной патологии, как и высыпания на половом члене, и дизурические расстройства. Это еще раз говорит о значимости лабораторной диагностики этих заболеваний.

Далее проведен анализ особенностей анамнеза, течения ИППП и эффективности этиоспецифической терапии при этой патологии в Кемеровской области.

Как видно из таблицы 2, наиболее часто острое течение инфекционного процесса было характерно для трихомониаза (у 22 % пациентов). Острота процесса проявлялась в виде обильных выделений, отека и гиперемии губок уретры, эрозивно-язвенного поражения внутреннего листка крайней плоти. Генитальный герпес в 84 % случаев протекал по подострому типу. Для этой патологии было характерно появление единичных везикулезных элементов на фоне незначительной гиперемии. Торпидное течение инфекционного процесса наиболее часто имело место при генитальном микоплазмозе (у 64 % пациентов). Торпидность проявлялась в минимальных клинических симптомах: скудные слизистые выделения, в основном по утрам, периодический дискомфорт и незначительный отек входного отверстия уретры.

Для анализируемых ИППП основная локализация воспалительного процесса приходилась на половые органы. Причем, только для генитального герпеса превалировало поражение наружного листка крайней плоти над уретритами.

Таблица 1  
Особенности жалоб при ИППП (в %)

ИППП	Генитальные жалобы	Артралгии	Поражение кожи и слизистых	Выделения из уретры	Дизурические расстройства
Генитальная инфекция, вызванная УПФ	74	0	0	39	68
Генитальный микоплазмоз	82	3	0	5	24
Трихомониаз	58	0,5	22	28	43
Хламидиоз	61	12	7	15	33
Генитальный герпес	94	0	91	0,5	18

**Таблица 2**  
**Особенности течения ИППП (в %)**

ИППП	Степень выраженности процесса			Основная локализация воспалительного процесса		
	Остро	Подостро	Торпидно	Внегенитальное поражение	Поражение уретры	Воспалительный процесс на крайней плоти (эрозии, язвы)
Генитальная инфекция, вызванная УПФ	0	42	58	0	100	0
Генитальный микоплазмоз	8	28	64	0	100	0
Трихомониаз	22	36	42	0	72	28
Хламидиоз	11	50	39	2	98	0
Генитальный герпес	2	84	14	7	11	82

Анализ анамнеза заболевания показал (таблица 3), что максимальный инкубационный период был характерен для генитального микоплазмоза и хламидиоза. Эти инфекции, а также трихомониаз, часто являлись причиной осложнений со стороны мочеполовой системы (орхит, эпидидимит, простатит, везикулит). Напряженность иммунной системы при хламидиозе и трихомониазе проявлялась в виде региональной лимфоаденопатии. Кроме того, длительный инкубационный период и воспалительный процесс указывали на несостоятельность иммунной системы при хламидиозе. Особенно эффективной антибактериальной терапией была при ИППП, вызванных УПФ.

Сравнивая результаты наших наблюдений с данными научной литературы, выявили ряд существенных отличий.

Так, по данным литературы процент латентного трихомониаза не превышает 10 % [6], в то время как в нашем исследовании *Trichomonas vaginalis* был случайной находкой у 30 % пациентов.

Большинство современных исследователей считают, что *Mycoplasma genitalium* является абсолютным патогеном и вызывает патологические состояния, приводящие к нарушению репродуктивной функции, как у женщин, так и у мужчин [11]. В нашем исследовании показан высокий процент осложнений при этой ИППП. В то же время, по литературным данным, клиническая картина при микоплазмозе и уреоплазмозе в 90 % случаев отсутствует [10], что не соответствовало ярким манифестным формам уреоплазмоза у пациентов Кемеровской области.

Клиническая картина хламидиоза, по данным литературы, имеет широкий диапазон, от бессимптомного носительства до инвалидизирующего синдрома

Рейтера [3, 4]. Для нашего региона были характерны формы с частыми суставными осложнениями.

В настоящее время в литературе обсуждается вопрос о том, что острый генитальный герпес может протекать в виде малосимптомного заболевания [8]. При этом указывается на высокий процент такой формы заболевания (более 10 %) и на ее опасность в момент фертилизации [12]. Наше исследование не подтвердило эти данные. Бессимптомный острый герпес, где выявлялись лишь совместно ПЦР и ИФА маркеры этого заболевания, а клиника отсутствовала, среди пациентов Кемеровской области встречалась менее чем в 6 % случаев.

В целом, проведенное исследование выявило ряд особенностей клинической картины урогенитальных инфекций в Кемеровской области.

Во-первых, часто выявлялись торпидные, малосимптомные формы ИППП, что особенно наглядно прослеживалось на трихомонадной инфекции. Было отмечено, что носительство трихомонад при латентной форме не вызывает никаких воспалительных реакций на поверхности слизистой оболочки.

Во вторых, у пациентов с хламидийной инфекцией жалобы отмечались гораздо чаще, чем по данным литературы, особенно это касается суставного синдрома, орхоэпидидимитов, простатитов.

В третьих, уреа-микоплазменная инфекция, которая может быть причиной воспалительных заболеваний мочеполовой системы и репродуктивных нарушений, манифестировала в виде бурных субъективных жалоб и скудности объективных проявлений местного и общего воспалительных процессов. В то же время, по данным литературы, *M. genitalium* и *U. urealyticum* являются причиной воспаления придаточных

**Таблица 3**  
**Особенности анамнеза ИППП и эффективность этиоспецифической терапии ИППП (в %)**

ИППП	Инкубационный период, дни	Осложнения (орхит, орхоэпидидимит, простатит, везикулит), %	Эффективность антибиотикотерапии, %	Лимфоаденопатия, %	Длительность воспалительного процесса, дни
Генитальная инфекция вызванная УПФ	5	17	98	17	6
Генитальный микоплазмоз	17	36	89	12	9
Трихомониаз	6	68	77	35	7
Хламидиоз	15	43	81	45	10
Генитальный герпес	2	9	Ацикловир 86	25	8

половых желез мужчин, а также нарушения фертильности за счет непосредственного влияния на сперматозоиды и их подвижность.

В четвертых, отмечается рост герпетической инфекции среди населения. Возрос процент рецидивов

и осложнений, что говорит о сниженном иммунитете пациентов.

Таким образом, клиническая картина ИППП имеет региональные особенности, что необходимо учитывать на этапах их диагностики и лечения.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Анчулане, И.С. Урогенитальный трихомониаз и смешанные трихомонадно-гонорейно-хламидийные инфекции /И.С. Анчулане: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992. – 24 с.
2. Савичева, А.М. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия /Савичева А.М., Башмакова М.А. /под ред. Э.К. Айламазяна. – Н-Новгород: «НГМА», 1998. – 379 с.
3. Инфекции передаваемые половым путем /под ред. В.А. Молочкова, О.Л. Иванова, В.В. Чеботарева. – М.: «Медицина», 2006. – 632 с.
4. Лобзин, Ю.В. Хламидийные инфекции /Лобзин Ю.В., Ляшенко Ю.И., Позняк А.Л. – СПб.: «Фолиант», 2003. – 312 с.
5. Cassel, G.H. Isolation of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma Urealyticum* from amniotic fluid at 16-20 weeks gestation: potential effects on outcome of pregnancy /G.H. Cassel, K.B. Waits, D.T. Crouse //Sex. Trans. Dis. – 1983. – V. 10. – P. 294-302.
6. Krieger, J.N. *Trichomonas vaginalis* and *Trichomoniasis* /Krieger J.N., Alderete J.F. //Sexually Transmitted Diseases /Eds K.K. Holmes et al. – 3rd ed. – New-York, 1999. – P. 587-604.
7. Борисенко, К.К. Заболевания, передаваемые половым путем /Борисенко К.К. – М.: «ГЭОТАР-Медицина», 1998. – 311 с.
8. Борисенко, К.К. Генитальный герпес /Борисенко К.К. – М.: «Фармагрификс», 1997. – 183 с.
9. Юцковская, Я.А. Клинико-эпидемиологические особенности урогенитальных инфекций, вызванных *Ureaplasma urealyticum*, у населения Приморского края /Юцковская Я.А., Юцковский А.Д. //Инфекции, передаваемые половым путем. – 2003. – № 1. – С. 36-39.
10. Загребина, О.С. Этиологическое значение *Ureaplasma urealyticum* в развитии воспалительных процессов половых и мочевых органов /О.С. Загребина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 25 с.
11. Fullana Montoro, A. *Ureaplasma Urealyticum* and *Mycoplasma hominis* – incidence and clinical significance of their isolation in the perinatal period /Fullana Montoro A., Brines Salanes J.E. //An. Esp. Pediat. – 1992. – V. 36. – P. 285-288.
12. Сухих, Г.Т. Иммуитет и генитальный герпес /Сухих Г.Т., Ванько Л.В., Кулаков В.И. – Н-Новгород – М.: «Медицина», 1997. – 221 с.

### ГРАНАТОВЫЙ СОК ДЕЙСТВУЕТ КАК "ВИАГРА"

Последние исследования американских ученых показали, что гранатовый сок может действовать на мужскую потенцию не хуже "Виагры".

Считается, что гранатовый сок богат натиоксидантами, которые усиливают кровоснабжение пениса. Как и лекарства от импотенции, они повышают уровень окиси азота, которая ускоряет расширение кровеносных сосудов.

53 добровольца в возрасте от 21 до 70 лет, которые страдали слабой половой дисфункцией, ежедневно выпивали стакан гранатового сока за ужином в течение месяца. Почти половина из них сообщили ученым о своих успехах на поприще любви.

Доктор Кристофер Форест из Калифорнийского университета говорит, что гранатовый сок обладает огромным потенциалом в лечении пациентов, страдающих нарушением эрекции.

Гранаты уже были признаны "суперфруктом" за свою способность снижать риск сердечных недомоганий и рака простаты. По мнению ученых, в нем содержится больше антиоксидантов, чем в других фруктах, чае и красном вине.

Источник: MIGnews.com