

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт последипломного образования
Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф.
В.И. Прохоренкова

Зав.Кафедрой
д.м.н., проф. Карачева Юлия Викторовна

Реферат
Трихомониаз

Выполнила:
Ординатор 2 года обучения
Тамашкова Ангелина Евгеньевна

Проверила:
д.м.н., проф. Карачева Юлия Викторовна



Красноярск 2019

Оглавление

Этиология	1
Трихомониаз у мужчин.....	2
Трихомониаз у женщин	3
Диагностика	4
Лечение.....	5
Список литературы.....	7

Этиология

У человека обнаружено несколько разновидностей трихомонад (влагалищная, ротовая и кишечная), однако заболевание вызывает только влагалищная трихомонада. Она крайне чувствительна ко многим факторам окружающей среды (высокая температура, высыхание, изменение осмотического давления, действие дезинфицирующих растворов) и не образует цист или каких-либо устойчивых форм. Питание трихомонад происходит путем эндоосмоса, поглощения клеток, в т.ч. микроорганизмов, отдельные из которых, в частности гонококки, могут сохранять жизнеспособность внутри трихомонад и проявлять свое патогенное действие после гибели последних. Этим объясняются рецидивы гонореи, возникающие иногда после антибактериальной терапии трихомоноза у больных со смешанной трихомонадно-гонорейной инфекцией. Иммуниет при трихомониазе отсутствует, поэтому возможно повторное заражение.

Трихомониаз у мужчин

Инкубационный период продолжается чаще 5—15 дней, но может колебаться от 3 дней до 4 нед. Влагалищные трихомонады, попадая в мочеполовые пути мужчины, размножаются и распространяются по слизистой оболочке уретры. Возможно возникновение трихомонадного пиелонефрита.

Принято различать:

свежий трихомоноз, который подразделяют на острый, подострый, торпидный (малосимптомный);

хронический, для которого характерно длительное течение (свыше 2 мес.);

а также трихомонадоносительство, при котором отсутствуют клинические симптомы.

У мужчин трихомониаз протекает в виде уретрита, баланопостита, везикулита, простатита, эпидидимита, орхита. Чаще всего заболевание начинается с уретрита. Свежий трихомонадный уретрит клинически мало отличается от уретрита любой другой этиологии, однако характерным является торпидность течения и скудость симптоматики.

- При остром трихомонадном уретрите обильные пенистые беловатожелтые выделения через 1—2 нед. уменьшаются, заболевание принимает малосимптомное течение. Зуд и жжение при мочеиспускании также весьма умеренные. При острой форме, когда воспалительный процесс протекает с гнойными выделениями из уретры, дизурией, трихомонадный уретрит может симулировать острую гонорею, с которой нередко сочетается.

- При подостром трихомонадном уретрите субъективные симптомы незначительны, выделения из уретры скудные, белого или сероватожелтого цвета.

- Для торпидной (малосимптомной) формы трихомонадного уретрита характерна скудость симптомов, нередко их полное отсутствие. При

хроническом трихомонадном уретрите часто поражается задняя уретра — развивается тотальный уретрит. При обострениях воспалительного процесса в таких случаях возникает выраженная дизурия. По своей клинической картине трихомонадный простатит, цистит, везикулит, орхит и эпидидимит не отличаются от таковых другой этиологии.

Трихомониаз у женщин

Трихомониаз у женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, по данным разных авторов, обнаруживается в 40—80% случаев. Особенно часто трихомониаз встречается у больных гонореей (40—80%), что объясняется общностью путей заражения. У девочек трихомониаз отмечается крайне редко и составляет 0,9—3% негонекококковых вульвовагинитов.

- При трихомонадном кольпите одновременно могут поражаться мочеиспускательный канал, парауретральные ходы, железы преддверия влагалища, мочевого пузыря.

- При остром и подостром кольпите отмечают обильные, жидкие, желтого цвета, пенистые выделения из половых путей, нередко разъедающего характера с неприятным запахом, резкий зуд в области наружных половых органов, жжение, болезненность при половых сношениях, неприятные ощущения (чувство тяжести) в низу живота. Слизистая оболочка влагалища резко гиперемирована, отечна, местами с точечными кровоизлияниями, легко кровоточит.

- При торпидном процессе симптомы заболевания слабо выражены, преобладают жалобы на выделения из половых путей, периодически возникающий зуд; гиперемия слизистой оболочки может отсутствовать, выделения обильные, гнойные, пенистые. При кольпоскопическом исследовании на слизистой оболочке видны мелкоточечные кровоизлияния.

- Для хронического кольпита характерны длительное течение с периодически появляющимся зудом в области наружных половых органов; скудные, гнойные выделения из половых путей. Слизистая оболочка влагалища может быть не изменена; при кольпоскопическом исследовании отчетливо определяется ее очаговая гиперемия с точечными кровоизлияниями.

- При трихомонадоносительстве жалобы и местные воспалительные изменения отсутствуют, а в мазках определяются влагалищные б трихомонады. Для поражения мочеиспускательного канала и мочевого пузыря характерны жалобы на рези и учащенное мочеиспускание. Степень выраженности симптомов трихомониаза зависит от общего состояния больной, ее возраста, сопутствующей инфекции (гонореи, кандидоза, хламидиоза). Заболевание нередко принимает затяжное течение с периодами обострений и ремиссий. Упорное течение трихомониаза наблюдается при сочетании его с гонореей и кандидозом.

Диагностика

Начинается со световой микроскопии. Во время первого же осмотра врач берет так называемый общий мазок для бактериоскопического исследования. У женщин для анализа берутся выделения с заднего свода влагалища, у мужчин – выделения из мочеиспускательного канала и секрет предстательной железы. Этот анализ делается немедленно – биение ресничек трихомонады и высокая подвижность этих овальных микроорганизмов хорошо заметны под микроскопом. Результат этого исследования будет готов уже через 15—20 мин. Этот вид диагностики позволяет установить общее количество микробов и степень выраженности воспалительной реакции слизистой.

Для подтверждения предварительного диагноза или же в случаях, когда выраженных симптомов воспаления и выделений нет, проводятся более

тщательные анализы. Очень распространенным является посев на флору (бактериологический метод). Его смысл в том, что отделяемое, взятое из влагалища или уретры, помещается («сеется») на особую питательную среду, благоприятную для размножения тех или иных бактерий. Посев позволяет определить сопутствующие неспецифические заболевания, видовую принадлежность бактерий, количество того или иного возбудителя и чувствительность к антибактериальным препаратам, что помогает при назначении оптимального лечения трихомониаза. Поэтому посев может применяться не только непосредственно для диагностирования трихомоноза, но и для того, чтобы отрегулировать методику лечения.

Наиболее точным методом на настоящий момент считается ДНК-диагностика (ПЦР). Точность этого исследования составляет около 95%, а делается анализ за 1-2 дня. Для проведения ДНК-диагностики из биологического материала извлекается генетически уникальный кусочек ДНК микроба и исследуется в лаборатории. К достоинствам ПЦР относится также то, что он позволяет точно выявить и возбудителей, сопутствующих трихомонозу: это могут быть хламидии, микоплазмы, уреаплазмы и другие микроорганизмы.

Иногда в сомнительных случаях при диагностике трихомоноза используется метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ). Этот метод отличается быстротой проведения анализа – результаты исследования будут готовы уже через 1-2 часа. ПИФ-метод основан на выявлении антител к возбудителю инфекции. Кроме того, иногда проводятся другие иммунологические исследования, но эти анализы не считаются результативными, так как не дают возможности отличить существующую в настоящее время инфекцию от перенесенной ранее.

Лечение

Для лечения трихомонадной инфекции используют производные нитромедазола. В случае неосложненного урогенитального трихомониаза

показан тинидазол – 2,0 г внутрь, либо ронидазол – 500 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 7 дней.

При осложненном трихомониазе – метронидазол – 500 мг 4 раза в сутки в течение 3 дней, либо тинидазол – 2,0 г 1 раз в сутки в курсовой дозе 6,0 г.

При длительном рецидивирующем течении дополнительно применяется вакцина Солкотриховак – 0,5 мл внутримышечно, 3 инъекции с интервалом в 2 недели, затем через год 0,5 мл однократно.

Местнодействующими препаратами является метронидазол – вагинальные шарики по 0,5 г 1 раз в сутки интервагинально в течение 6 дней, либо орнидазол – вагинальные таблетки по 0,5 г однократно в течение 3-6 дней.

Лечение беременных проводят метронидазолом (исключая первый триместр беременности) в дозе 2,0 г однократно.

Для лечения детей метронидазол назначают по 1/3 таблетки, содержащей 250 мг, 2-3 раза в сутки детям до 5 лет; детям 6-10 лет по 0,125 г 2 раза в сутки, до 15 лет – по 0,25 г 2 раза в сутки 7 дней. Лечение проводят при обнаружении трихомонад независимо от наличия или отсутствия признаков воспаления. Кроме того обязательно пролечивают обоих супругов (партнеров) как при наличии клинических проявлений заболевания, так и при трихомонадоносительстве. Половая жизнь в период лечения запрещается.

Лечение мужчин, больных трихомонозом, проводят в урологических кабинетах поликлиник, в кожно-венерологических диспансерах. Контрольные исследования мужчин — через 7—10 дней, 1 и 2 мес. после окончания лечения. Критериями излечения являются исчезновение клинической симптоматики, отсутствие влагалищной трихомонады и лейкоцитов в первой порции мочи, в мазках из мочеиспускательного канала, в секрете предстательной железы и семенных пузырьков.

Прогноз у большинства больных благоприятный. Однако даже после полной ликвидации трихомонадной инфекции нередко остается хронический

уретрит, может возникнуть стриктура мочеиспускательного канала, а при трихомонадных эпидидимоорхитах, особенно двусторонних, — бесплодие.

Больные женщины считаются излеченными, когда при однократных повторных исследованиях не удается обнаружить трихомонады в течение трех менструальных циклов (исследование проводят на 1-й, 2-й и 3-й день после окончания менструации).

Список литературы

1. Кожные и венерические болезни – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007г. //Ю.К.Скрипкин, А.А.Кубанова, В.Г.Акимов
2. Национальное руководство по дерматовенерологии Ю.С.Бутов. Ю.К.Скрипкин, О.Л.Иванов 2013г.
3. Кожные и венерические болезни: учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов. – Спб.: Фолиант, 2008.
4. Избранные разделы гинекологии, под ред. Г.М. Савельевой, М., 1984;