

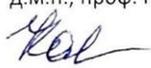
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
им. проф. В.И.Прохоренкова

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

Реферат
Трихомониаз у женщин

Выполнила:
ординатор 2 года обучения
Мозговая Анастасия Евгеньевна

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

Красноярск, 2020

Оглавление	
Введение.....	4
Этиология.....	4
Классификация.....	5
Клиническая картина	5
Диагностика.....	6
Лечение.....	6
Список литературы.....	7

Введение

Трихомониаз у женщин – специфическое воспалительное поражение органов урогенитального тракта вследствие заражения вагинальной трихомонадой. В острых случаях инфицирование проявляется обильными зловонными пенистыми выделениями из влагалища, зудом в области вульвы, режями и болями в вагине и уретре, учащённым мочеиспусканием. При торпидном и хроническом течении симптоматика ограничена незначительным увеличением количества вагинальных белей. Для постановки диагноза применяется гинекологический осмотр, бактериологические и серологические исследования. Лечение консервативное этиотропное с назначением производных нитроимидазолов.

Трихомониаз (трихомоноз) является наиболее распространённой урогенитальной инфекцией, передающейся половым путём, диагностируется у 65-80% пациентов с ИППП. Ежегодно в мире заражается до 170 миллионов человек, из них более половины составляют женщины преимущественно репродуктивного возраста. Крайне редко трихомоноз выявляется у девочек до наступления менархе. В различных странах вагинальными трихомонадами инфицировано от 2 до 40% населения. Инфекция представляет особую опасность в связи с наличием скрытого носительства и развитием различных осложнений – от тяжёлых воспалительных заболеваний мочеполовых органов до бесплодия, невынашивания беременности, преждевременных и осложнённых родов.

Этиология

Урогенитальный трихомоноз вызывает *Trichomonas vaginalis* – простейший одноклеточный организм, поражающий многослойный плоский эпителий. Оптимальными условиями для размножения трихомонад являются повышенная влажность, температура около 36-37°C, кислая среда с pH 5,9-6,5. У женщин возбудитель обычно паразитирует на слизистой влагалища и влагалищной части шейки матки, в выводных протоках бартолиновых желёз, уретральном канале, скиновых ходах, мочевом пузыре. В редких случаях трихомонады вызывают воспаление матки и её придатков.

Существует три способа заражения трихомониазом:

- Половой. Чаще всего инфицирование происходит во время незащищённого секса с партнёром, который болен трихомонозом или является бессимптомным носителем инфекции.
- Бытовой. Крайне редко возбудитель передаётся через загрязнённые предметы личной гигиены, нестерильные медицинские инструменты, перчатки и т. п.
- Контактный. Новорождённые девочки могут заразиться от матери при прохождении через инфицированные родовые пути.

Важную роль в инфицировании и быстрой манифестации заболевания играют предрасполагающие факторы. Риск развития трихомониаза повышен у женщин, которые неразборчивы в выборе половых партнёров, злоупотребляют психоактивными веществами, практикуют незащищённый секс.

Классификация

Клиническая классификация трихомониаза у женщин учитывает давность заражения, характер развития болезни и остроту клинической картины. Соответственно выделяют свежий (с давностью заболевания до 2 месяцев) и хронический трихомоноз.

Специалисты в сфере гинекологии различают три основные формы свежего трихомониаза:

- Острый – с внезапным началом и яркой клинической симптоматикой.
- Подострый – с менее выраженными симптомами.
- Торпидный – со скудными клиническими признаками инфицирования.

О переходе заболевания в хроническую фазу свидетельствует наличие симптомов в течение двух и более месяцев. В зависимости от наличия осложнений различают следующие виды хронического трихомониаза:

- Неосложнённый – с развитием воспалительного процесса в нижних отделах урогенитальной системы.
- Осложнённый – с вовлечением в процесс внутренних половых органов (матки и придатков).

Отдельную форму трихомониаза представляет бессимптомное носительство, которое наблюдается почти у трети инфицированных. Заражение некоторыми штаммами *Trichomonas vaginalis* не сопровождается возникновением симптомов заболевания, при этом женщина остаётся источником инфекции для половых партнёров. Бессимптомная форма может клинически манифестировать при изменении иммунного или гормонального статуса носительницы.

Клиника

Во время инкубационного периода, длящегося в среднем от 5 до 14 дней, симптомы отсутствуют. При острой манифестации инфекционного процесса пациентка жалуется на зуд в области наружных половых органов, частое болезненное мочеиспускание, резь и боли во влагалище и уретре, диспареунию. Половые органы отёчны, из влагалища выделяются обильные пенные желтовато- или зеленовато-белые бели со зловонным запахом и примесью крови. Температура повышена до субфебрильных цифр. Нарушается сон и общее самочувствие. Некоторые женщины отмечают боль в нижней части живота.

При подостром течении трихомониаза пациентки замечают незначительное увеличение количества влагалищных выделений, остальная симптоматика обычно смазана. Торпидная форма заболевания протекает практически бессимптомно и переходит в хронический трихомоноз или трихомонадоносительство. Распространение воспалительного процесса на другие органы урогенитальной системы проявляется развитием соответствующей клинической картины – болью внизу живота и пояснице, слизисто-гнойными выделениями, нарушениями менструального цикла и репродуктивной функции.

Диагностика

При постановке диагноза необходимо учитывать клиническую симптоматику, данные эпидемиологического анамнеза, физикальных и лабораторных исследований. Обычно план обследования включает:

- **Осмотр на кресле в зеркалах.** При гинекологическом осмотре слизистая влагалища и шейки матки выглядит покрасневшей. В заднем своде влагалища определяются обильные пенистые выделения. Отмечается отёчность вульвы и уретры.
- **Микроскопия и посев на флору.** Трихомонад в мазке со слизистой влагалища или уретры можно обнаружить под обычным или фазово-контрастным микроскопом. Посев нативного материала позволяет подтвердить наличие возбудителя с точностью до 95%.
- **Серологические и молекулярно-генетические анализы.** Антитела к возбудителю или фрагменты его генетического материала выявляют при помощи РИФ, ИФА, ПЦР.

Гинекологическое УЗИ, томография и другие инструментальные методы диагностики играют вспомогательную роль и позволяют оценить степень вовлечения в воспалительный процесс органов малого таза. Дифференциальная диагностика проводится с кандидозным, неспецифическим и гонорейным вульвовагинитом. При необходимости пациентке назначают консультацию дерматовенеролога.

Лечение

Лечение осуществляется в амбулаторных условиях, пациентке рекомендован половой покой и отказ от алкоголя. Показана этиотропная терапия сексуальному партнёру. Возбудитель отличается высокой чувствительностью к метронидазолу и другим производным нитроимидазов, которые не только действуют непосредственно на трихомонад, но и стимулируют выработку интерферона. Применяется курсовая комбинированная терапия с одновременным назначением препаратов внутрь и местно (в виде вагинальных таблеток, свечей, кремов). При выявлении трихомониаза у беременной женщины проводится только местное лечение. При длительном течении одновременно с этиотропной терапией вводится противотрихомонадная вакцина, стимулирующая образование гуморальных и секреторных антител. Препарат усиливает эффект противопрозоидного лечения, защищает от повреждения клетки многослойного эпителия и предупреждает реинфекцию. В качестве дополнительных лекарственных средств могут быть назначены иммуномодуляторы.

Чтобы подтвердить полное излечение от трихомоноза, выполняется бактериологический контроль. Материал из влагалища, уретрального канала и прямой кишки исследуется спустя 7-10 дней по окончании курсовой терапии и в течение трех последующих менструальных циклов (на пятый день от начала менструации). Для повышения вероятности обнаружения трихомонад может быть проведена алиментарная, физическая или биологическая провокация. Важно учитывать, что почти у 90% пациенток хронический трихомониаз ассоциирован с другими инфекциями. Поэтому после

своевременного выявления сопутствующей микрофлоры и определения её чувствительности необходимо назначить соответствующее этиотропное лечение.

Список литературы

1. Кожные и венерические болезни // Под ред. Ю. К. Скрипкина. М. Медицина, 1995.
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология.2015.
3. Иванов О.Л. Справочник. Кожные и венерические болезни. Медицина, М., 1997 г.