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

Урогенитальный трихомониаз

Выполнила:

Ординатор 2 года обучения

Шостак Татьяна Евгеньевна

Проверила:

д.м.н.,проф. Карачева Юлия Викторовна

Красноярск 2019

**Оглавление**

1. Введение
2. Этиология
3. Пути распространения инфекции.
4. Классификация.
5. Патогенез.
6. Клиническая картина
7. Диагностика
8. Лечение.

**Введение**

По данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируется более 250 млн. больных трихомониазом.

Трихомониа́з занимает первое место по распространенности среди заболеваний мочеполового тракта. Кроме того, трихомониаз держит первенство и среди заболеваний, передаваемых половым путем. По данным Всемирной организации здравоохранения (1999 г.), 10% населения земного шара болеют трихомониазом. Трихомониаз ежегодно регистрируют у около 170 млн человек.

Трихомониаз опасен в первую очередь тяжелыми последствиями в виде осложнений, которые могут быть причиной бесплодия, патологии беременности и тому подобного. Основное место обитания трихомониаза в мужском организме — уретра, предстательная железа и семенные пузырьки, в женском — влагалище. Однако при первом попадании в организм трихомонады всегда вызывают уретрит. Заражение происходит половым путем при контакте с больным или носителем инфекции. Инкубационный период составляет 1-4 нед.

**Этиология.**Заболевание вызывает урогенитальная (влагалищная) трихомонада *Trichomonas vaginalis.*Это одноклеточный микроорганизм, относящийся к простейшим класса жгутиковых, длиной 13-18 мкм

(до 30-40 мкм). Благодаря движениям жгутиков и мембраны трихомо-нады могут активно перемещаться, а высокая пластичность тела позволяет им образовывать псевдоподии и проникать в межклеточные пространства.

Урогенитальные трихомонады обитают только в мочевых путях и половых органах человека. В других органах (кишечнике, желудке и пр.) и вне человеческого организма они быстро гибнут, так как не имеют защитных приспособлений и малоустойчивы к неблагоприятным факторам внешней среды. Особенно губительно действуют на них высушивание, нагревание свыше 45 °С, прямые солнечные лучи, изменения осмотического давления. В связи с этим обнаружить урогенитальные трихомонады во внешней среде, например, в открытых водоемах даже в местах наибольшего скопления людей или в сточных водах общественных бань не удается. В естественных условиях урогенитальные трихомо-нады не вызывают заболеваний животных, у которых паразитируют другие виды трихомонад. В эксперименте при введении чистых культур урогенитальных трихомонад у лабораторных животных развиваются подкожные абсцессы, перитонит и вагинит.

Трихомониаз протекает как смешанное протозойно-бактериальное заболевание. Наряду с трихомонадами при вагинитах и уретритах можно обнаружить стафилококки, стрептококки, грамположительные и грамот-рицательные диплококки, палочки и др. Трихомонады способны фагоцитировать гонококки.

**Пути распространения инфекции.**Заражение обычно происходит половым путем. В редких случаях внеполового заражения маленькие девочки инфицируются через предметы, загрязненные выделениями больных (губки, мочалки и т.д.). В комочках гноя или слизи урогени-тальные трихомонады несколько часов сохраняют жизнеспособность (до высыхания субстрата или до его полного перемешивания с водой). Однако во внешней среде трихомонады еще менее устойчивы, чем гонококки, поэтому внеполовое заражение трихомониазом встречается реже, чем гонореей.

**Классификация.**Урогенитальный трихомониаз подразделяют на три-хомониаз неосложненный и трихомониаз с осложнениями.

В связи с многоочаговостью трихомонадной инфекции в формулировке диагноза следует указывать локализацию поражения.

**Патогенез.**Урогенитальные трихомонады обладают первичной пато-генностью и способны обусловить явную или скрытую инфекцию у всех людей. Врожденной невосприимчивости к ним нет, но у некоторых

людей заражение приводит лишь к кратковременному (транзиторному) трихомонадоносительству. У мужчин трихомонады могут паразитировать в уретре, парауретральных ходах, препуциальном мешке, придатках яичек и добавочных половых железах, у женщин - в уретре, железах преддверия, влагалище, шеечном канале. В редких случаях трихомонады проникают в полость матки или вызывают восходящую мочевую инфекцию (цистит, пиелонефрит). Урогенитальные трихомонады в прямой кишке паразитировать не могут и проктитов не вызывают. Гематогенной диссеминации не бывает.

Таким образом, хотя при трихомонадной инвазии обычно появляется несколько очагов поражения, все они ограничиваются пределами мочеполовой системы. Однако трихомонадная инвазия сопровождается появлением в сыворотке крови различных антител, которые не обеспечивают сколько-нибудь заметного защитного действия. Возможно повторное заражение этой инфекцией.

**Клиническая картина**неосложненного урогенитального трихомониаза у женщин проявляется воспалительными процессами во влагалище и влагалищной части шейки матки. В дальнейшем могут присоединиться вестибулит, парауретрит, эндоцервицит, эндометрит, что рассматривается как осложненное течение заболевания.

Инкубационный период при трихомониазе составляет 5-14 дней. Заболевание протекает чаще всего малосимптомно. При уретрите больные жалуются на зуд, неприятные ощущения в мочеиспускательном канале, слипание его губок. Выделения из мочеиспускательного канала обычно скудные, слизисто-гнойные. При переднем уретрите моча в 1-й порции при двухстаканной пробе опалесцирующая или прозрачная, со взвешенными нитями и хлопьями. При вялотекущем заболевании воспалительный процесс часто распространяется на заднюю уретру, предстательную железу, семенные пузырьки, придатки яичек, мочевой пузырь и даже почечные лоханки. При осложнениях наиболее часто поражается предстательная железа, которая впоследствии может служить резервуаром трихомонад. Осложнения при трихомонадных уретритах у мужчин встречаются чаще, чем при гонорее. Трихомонадные простатиты, везикулиты, эпидидимиты менее острые, чем эти заболевания гонорейной этиологии. Длительный трихомонадный уретрит может привести к рубцовому сужению уретры.

При остром трихомонадном уретрите распространение воспаления на заднюю уретру приводит к таким же симптомам уретроцистита (учащенные и императивные позывы, боли в конце мочеиспускания, тоталь-

ная пиурия, терминальная гематурия), как при остром гонорейном уретрите. Обострения хронического трихомонадного уретрита напоминают острое или подострое заболевание. В слизистой оболочке уретры образуются такие же, как при гонорее, изменения эпителия, инфильтра-тивные очаги и рубцовые стриктуры.

У женщин трихомонадная инвазия обычно протекает с более выраженными симптомами, чем у мужчин. Как правило, у женщин преобладают симптомы вагинита (гиперемия и повышенная кровоточивость слизистой оболочки влагалища и шейки матки, жидкие гнойные, нередко пенистые выделения), с которыми могут сочетаться уретрит, эндо-цервицит, эрозии шейки матки, поражения желез преддверия влагалища. При остром вагините обильные выделения вызывают жжение и зуд, при торпидном и хроническом течении субъективные расстройства нередко отсутствуют. В воспалительный процесс могут вовлекаться железы преддверия влагалища и парауретральные железы, шейка матки. Трихомонады обнаруживают в полости матки, в сактосальпинксах, кистах яичников. Имеются сообщения о связи урогенитального трихомо-ниаза с осложнениями беременности (преждевременные роды, ранний разрыв плодного пузыря и др.). У мужчин трихомонады могут вызывать поражение предстательной железы, семенных пузырьков, придатков яичек, куперовых желез. У девочек возникает острый или малосимптом-ный вульвовагинит с гиперемией слизистой оболочки и выделениями.

Возможно носительство, являющееся по сути бессимптомной латентной инфекцией. Носители представляют особую эпидемиологическую опасность, являясь источниками инфекции и реинфекции для своих половых партнеров.

|  |
| --- |
|  |

**Диагностика**основывается на обнаружении трихомонад в выделениях из уретры. В световом микроскопе просматривают нативные (неокрашенные) препараты отделяемого уретры, центрифугированного осадка свежевыпущенной мочи, секрета простаты, что позволяет наблюдать движения трихомонад на фоне неподвижных лейкоцитов и эпителиальных клеток. Высушенные и фиксированные мазки из уретры окрашивают метиленовой синью (рис. 125) или по Граму (рис. 126), но в этом случае трудно отличить трихомонады от окружающих клеток эпителия. Для их идентификации требуются специальные методы окраски.

В диагностике урогенитального трихомониаза используют и выращивание трихомонад на специальных питательных средах. Метод посевов рекомендуется применять при подозрении на бессимптомную латентную форму трихомониаза.

Применяют ускоренную РИФ-40. В качестве отборочного теста предложена внутрикожная проба с влагалищной трихомонадой. Экспресс-скрининг позволяет проводить реакцию микропреципитации с латексными частицами и антителами к возбудителю по определению антигена *Trichomonas vaginalis*в отделяемом половых органов. Метод является отборочным, но не диагностическим. Выявление антитрихо-монадных антител в сыворотке крови также относится к вспомогательным методам исследования.

**Лечение.**Для лечения трихомонадной инфекции используют производные нитроимидазола. В случаях неосложненного урогенитально-го трихомониаза показан тинидазол по 2,0 г однократно внутрь, либо

метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 7 дней, или орнидазол по 500 мг 4 раза в сутки в течение 5 дней.

При осложненном урогени-тальном трихомониазе назначают метронидазол по 500 мг 4 раза в сутки в течение 3 дней либо тинидазол по 2,0 г 1 раз в сутки в курсовой дозе 6,0 г. При длительном рецидивирующем течении трихомониаза дополнительно внутримышечно вводят вакцину солко-триховак в дозе 0,5 мл, 3 инъекции с интервалами 2 нед, затем через год 0,5 мл однократно.

|  |
| --- |
|  |

Беременным дают внутрь мет-ронидазол (исключая I триместр беременности) в дозе 2,0 г однократно.

Детям метронидазол в зависимости от возраста назначают в следующих дозах: детям до 5 лет - по 100 мг 2-3 раза в сутки, от 6 до 10 лет - по 125 мг 2 раза в сутки, от 12 лет и старше - по 250 мг 2 раза в сутки. Курс лечения продолжается 7 дней.

Список литературы

1. Бодяжина Б.И., Сметник В.П. и Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология, с 292, М., 1990;
2. Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин, с, 153. М., 1983;
3. Кобозева Н.В. Методы обследования и лечения детей с гинекологическими заболеваниями, Л., 1978;
4. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Издательство «Триада – Х», Москва, 2000, с. 604;
5. Титкинский О.Л., Новиков И.Ф. и Михайличенко В.В. Заболевания половых органов у мужчин, с. 25, Л., 1985;
6. Туранова Е.Н., Частикова А.В. и Антонова Л.В. Гонорея женщин, М., 1983.