

ГБПОУ НО "Нижегородский
медицинский колледж"

Трихомониаз

Бессонов Дмитрий 114 Лд

- Трихомониаз - одна из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), которой в мире ежегодно заболевает около 200 млн. человек.
- Возбудитель трихомониаза – влагалищная трихомонада (*Trichomonas vaginalis*).



- Трихомониаз выявляется у 14-60% мужчин - половых партнеров больных женщин и у 67-100% женщин - половых партнерш больных мужчин.



С учетом продолжительности заболевания и его симптомов различают следующие формы генитального трихомоноза.

- 1) свежий трихомоноз, в котором выделяют острую, подострую и торпидную (малосимптомную) формы;
- 2) хронический трихомоноз, для которого характерны торпидное течение и давность заболевания более 2 мес;
- 3) Трихомонадоносительство, характеризующееся отсутствием симптомов при наличии трихомонад в содержимом влагалища.

Заражение трихомонадами происходит преимущественно половым путем. Внеполовое заражение возможно в исключительно редких случаях (например, во время продвижения плода через родовые пути, пораженные трихомонадами). Следует учитывать способность трихомонад сохранять жизнеспособность на поверхности контаминированных сидений туалета (до 45 минут), на одежде и в ваннах. Трихомонадной инвазии способствуют:

- интенсивность инфекции,
- рН влагалищного содержимого,
- сопутствующая микрофлора.

Патофизиология

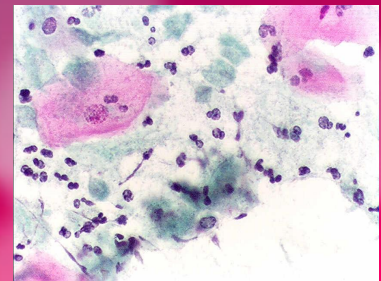
- Инкубационный период продолжается 5-15 дней. Основным местом обитания у женщин является **влагалище**, у мужчин — **уретра**. Попадая в канал шейки матки, трихомонады фиксируются на клетках плоского эпителия. В области инфицированных слизистых оболочек развивается воспалительный процесс: **гиперемия, отечность, экссудация, десквамация поврежденных эпителиальных клеток**. При выраженном процессе могут возникнуть мелкие кровоизлияния и изъязвления.

Взаимосвязь с другими ИППП

Трихомонады могут сосуществовать с гонококками, вирусом простого герпеса, хламидиями, коринебактериями и другими микробами, содержащимися в нижних отделах половых органов.

Смешанная бактериально-трихомонадная, трихомонадно-гонорейная и трихомоиадно-кандидомикозная инфекция отмечается у 80% больных.

При смешанной инфекции трихомонады нередко являются резервуаром сохранения патогенных микроорганизмов. Гонококки, уреаплазмы, хламидии, гарднереллы персистируют внутри трихомонад во время лечения соответствующей микробной инфекции и являются причиной рецидива сопутствующего трихомониазу заболевания.



Клиника

- Спектр клинических проявлений трихомониаза у женщин варьирует от бессимптомного состояния носительства до выраженного вагинита, при этом у одной трети наблюдается бессимптомное течение с появлением симптомов в пределах 6 месяцев с момента заражения. Считается, что **трихомониаз - это болезнь молодых** и редко клинические проявления инфекции наблюдаются после менопаузы, однако, в условиях слабой диагностики и бессимптомного течения клиника появляется у людей во второй половине жизни. В отличие от гонореи и хламидиоза, при которых частота уменьшается с возрастом, трихомониаз наоборот увеличивается с возрастом, достигая 40% в группе старше 40 лет.

- При острой и подострой формах заболевания больные жалуются на обильные **бели, зуд и жжение** в области наружных половых органов. При исследовании при помощи зеркал обнаруживают обилие жидких, нередко пенистых, **гноевидных белей**, которые покрывают стенки влагалища и скапливаются в заднем своде; гиперемию и отечность слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки. Нередко образуется **эрозия**, превращающаяся затем в псевдоэрозию шейки матки.
- Хронический трихомоноз характеризуется длительностью течения и рецидивами заболевания. Возникновению рецидивов способствуют нарушения половой гигиены, снижение эндокринной функции яичников, экстрагенитальные заболевания, снижающие сопротивляемость организма к инфекции.

Трихомониаз и беременность

- Трихомониаз может провоцировать преждевременные роды, а также рождение детей с низким весом. Беременным женщинам с трихомониазом, у которых есть симптомы заболевания, рекомендуется пройти курс лечения. Большинство специалистов утверждают, что метронидазол можно принимать после I триместра беременности.

Диагностика

- Для исследования рекомендуется брать материал из **влагалища, канала шейки матки, поверхности эрозий**, уретры и других возможных очагов инвазии трихомонад. Основным методом диагностики является микроскопия препаратов, окрашенных по Граму, Романовскому-Гише.

Другие методы диагностики:

- Использование моноклональных антител против *T. Vaginalis*
- Культуральные исследования с использованием жидких и полу жидких питательных сред.
- Метод латекс-агглютинации, с помощью которого выявляются антигены трихомонад (применяется для обнаружения

Лечение



- Метронидазол 0,25 гр.х 4 раза в сутки в течение 10 дней.
- Тинидазол по 2 гр. через каждые 15 минут в течение 1 часа или 0,5 гр. х 2 раза в сутки в течение 5 дней.
- Тиберал (орнидазол) назначают внутрь по 0,5 гр. X 2 раза в сутки в течение 5 дней.
- Протистостатическим свойством также обладают макмирор, эфлоран.
- Промывание. Свечи «Клион-ДЮО» по 1 св.х 1 раз в день, 10 дней;
- Свечи «Тержинан» или «Нео-пенотран» в течение 10 дней.

Комплексное лечение

В комплексном лечении хронического трихомониаза применяется неспецифическая терапия –

- Пирогенал,
- Продигиозан,
- Биогенные стимуляторы,
- Ферментотерапия.



