

«ИППП (ТРИХОМОНОЗ)»

ТРИХОМОНОЗ

- ? Несеп-жыныс жолдарының паразитарлы ауруы.
- ? Қоздырғышы- қарапайым қынаптық трихоманада.

ЕРЛЕРДІҢ ТРИХОМОНОЗЫ .

- ? Инкубациялық кезең жиі 5—15 күн, бірақ ол 3 күннен 4 аптаға дейін созылуы мүмкін.
- ? Қынаптық трихомонадалар ерлердің несеп жыныс жолдарына түсіп, көбейіп, уретраның кілегей қабатына тарайды. трихомонадалы пиелонефрит дамуы мүмкін.

ЖІКТЕМЕСІ

- ? **балғын трихомонозды бөледі:**
- ? жасырын
- ? жедел,
- ? жеделдеу,
- ? торпидті (аз симптомды);
- ? созылмалы,.

? Ерлерде Трихоманоз Уретрит, Баланопостит, везикулит, Простатит, Эпидидимит, Орхитпен көрініс береді. Көбіне ауру уретриттан басталады. 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 беловато-желтые 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 серовато-желтого 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.

ДИАГНОСТИКА

- ? Диагноз основывается на клинической картине, данных эпидемиологического анамнеза и результатах лабораторных исследований. Во всех случаях диагноз должен быть подтвержден обнаружением влагалищных трихомонад в исследуемом материале. Необходимо исследовать отделяемое из уретры, секрет предстательной железы, семенных пузырьков, мочу. При баланопостите исследуют соскоб с эрозированной поверхности головки полового члена. Частота обнаружения возбудителя повышается после предварительного массажа предстательной железы, семенных пузырьков. Для бактериоскопического исследования мазков взятый материал наносят тонким равномерным слоем на два предметных стекла, одно окрашивают метиленовым синим или бриллиантовым зеленым, а другое — по Граму.

ЛЕЧЕНИЕ

- ? Лечение трихомоноза проводится у 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. Лечение острого Т. может ограничиться назначением противотрихомонадных средств (Противотрихомонадные средства) — трихомонацида, метронидазола. Целесообразно одновременно применять антибиотики широкого спектра действия, т.к. трихомоноз часто сочетается с бактериальной инфекцией. Если трихомонадный уретрит приобретает хроническое течение, кроме того, показаны инстилляции в мочеиспускательный канал 5—10% масляной или водной взвеси осарсола, которую вводят ежедневно в течение 7—10 дней по 10 мл на 10—15 мин. После инстилляции больной не должен мочиться в течение 2 ч. Лечение трихомоноза предстательной железы, семенных пузырьков, яичка и его придатка проводят теми же противотрихомонадными препаратами в сочетании со всеми мероприятиями, рекомендуемыми при неспецифическом простатите, везикулите, орхите, эпидидимите.
- ? Контрольные исследования — через 7—10 дней, 1 и 2 мес. после окончания лечения.
- ? Критериями излечения являются исчезновение клинической симптоматики, отсутствие влагилищной трихомонады и лейкоцитов в первой порции мочи, в мазках из мочеиспускательного канала, в секрете предстательной железы и семенных пузырьков. Целесообразно проводить контрольные исследования после механической или алиментарной провокации.

ПРОГНОЗ

- ? 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. Профилактические мероприятия те же, что и при гонорее

ТРИХОМОНОЗ У ЖЕНЩИН

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

ТРИХОМОНОЗ У ЖЕНЩИН

- ? 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 трихомонады. Для поражения мочеиспускательного канала и мочевого пузыря характерны жалобы на рези и учащенное мочеиспускание.
- ? Степень выраженности симптомов Т. зависит от общего состояния больной, ее возраста, сопутствующей инфекции (гонореи, кандидоза, хламидиоза). Заболевание нередко принимает затяжное течение с периодами обострений и ремиссий. Упорное течение Т. наблюдается при сочетании его с гонореей и кандидозом.

ТРИХОМОНАДНЫЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ У ДЕВОЧЕК

- ? У девочек чаще отмечается вульвовагинит, который возникает преимущественно в первые месяцы жизни.
- ? Трихомонадный вульвовагинит у девочек сличается острым течением. Наиболее типичный симптом — обильные жидкие гнойные пенистые выделения из влагалища. Слизистая оболочка половых органов, вульвы и влагалища отечна, гиперемирована, чрезвычайно ранима. Гиперемия имеет диффузный, иногда пятнистый характер. Выделения раздражают кожу наружных половых органов и бедер, вызывают сильный зуд; наблюдается отек наружных половых органов. Часто одновременно поражается уретра, что сопровождается учащенным болезненным мочеиспусканием, гиперемией и отеком области наружного отверстия мочеиспускательного канала. На слизистой оболочке наружных половых органов иногда имеются множественные поверхностные эрозии, кровоточащие при контакте. В воспалительный процесс может вовлекаться и влагалищная часть шейки матки. В этих случаях слизистая оболочка влагалища и шейки матки отечна, гиперемирована, легко ранима, в своде влагалища обнаруживается большое количество выделений пенистого характера.

ЛЕЧЕНИЕ

- ? Лечению подлежат все больные женщины, у которых обнаружены трихомонады, независимо наличия или отсутствия у них воспалительных изменений в мочеполовых органах. Для лечения используют противотрихомонадные средства.
- ? Местное лечение имеет второстепенное значение и назначается при отсутствии или непереносимости метронидазола. Применяют грамицидин, фуразолидон, фурацилин, фитонциды. Вместо метронидазола девочкам 8—10 лет в течение 7 дней во влагалище вводят 1—2 мл 2,5% суспензии нитазола (после предварительного спринцевания 1% раствором гидрокарбоната натрия). В возрасте до 3 лет во влагалище рекомендуется вводить ежедневно в течение 7 дней 1 мл 1% водного раствора метиленового синего.

- ? Больные 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). После лечения Т. обязательно поведение комплексной провокации гонореи с трехкратным взятием мазков.
- ? Дети, больные трихомонозом, не допускаются в детский коллектив до выздоровления. Женщины, страдающие трихомонозом, отстраняются от работы в детских учреждениях.