Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра дерматовенерологии имени профессора В.И. Прохоренкова с курсом косметологии и ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Карачева Ю.В.

Преподаватель: д,м,н, доцент Карачева Ю.В.

**Реферат**

**По теме: «**Урогенитальный трихомониаз»

Выполнила: ординатор 213 группы,

специальности: дерматовенерология

Лушникова Мария Васильевна

**Красноярск, 2023**

**Содержание**

Введение………………………………………………………………………………………………………………….3

Этиология и патогенез…………………………………………………………………………………………….4

Эпидемиология……………………………………………………………………………………………………….5

Клинические проявления……………………………………………………………………………………….6

Диагностика…………………………………………………………………………………………………………….9

Лечение………………………………………………………………………………………………………………….11

Список литературы…………………………………………………………………………………………………13

**Введение**

Трихомониаз это передаваемая половым путем инфекция, вызванная простейшим паразитом Trichomonas vaginalis, которая может быть бессимптомной или вызывать уретрит, вагинит, или иногда цистит, эпидидимит или простатит.

Урогенитальный хламидиоз является одной из серьезных медико-социальных проблем. Эта инфекция широко распространена в различных странах мира, и ее показатели постоянно растут. По данным ВОЗ хламидийная инфекция занимает второе место среди переносимых половым путём заболеваний после трихомонадных инфекций.

Сведения о хламидийных инфекциях содержатся ещё в Ветхом завете, в древнекитайских и древнеегипетских источниках, где преимущественно освещаются трахоматозный конъюнктивит и трахома. Следовательно, хламидиозы известны с глубокой древности. Однако, подавляющее большинство из них не распознавались в связи с отсутствием, либо несовершенством лабораторной диагностики. Так называемые амикробные или асептические уретриты, как выяснилось впоследствии, в действительности, и, в большинстве своём, носят хламидийный характер. Наряду с этим, хламидии нередко сочетаются с другими микроорганизмами, обнаружить которых значительно легче, и, вполне естественно, которых ошибочно принимали за причину заболевания. Наглядным примером служит недавно считавшееся мнение, что большинство негонококковых уретритов обусловлено банальными бактериями. В современных условиях совершенно однозначно установлено, что подобные уретриты у мужчин и большинство "неспецифических" воспалений гениталий у женщин также индуцированы хламидиями. Урогенитальный хламидиоз рассматривается как "заболевание нового поколения" не потому, что это вновь появившаяся инфекция, а в связи с тем, что значительно вырос уровень лабораторной диагностики. Появились новые методы исследования, позволяющие определить роль хламидий в патологии человека.

**Этиология и патогенез**

*Trichomonas vaginalis* – одноклеточный микроорганизм, относится к типу простейших, семейству *Trichomonadidae,*роду *Trichomonas.* Имеет овальную, округлую или грушевидную форму;Размеры  варьируют  от  8  до  40  мкм  и  более. Имеет 5 жгут. ков, 4 из которых расположены в его передней части, а один – внутри ундулирующей мембраны, обеспечивающей активное движение трихомонады. Ядро  локализовано в ее передней части. В ядре берет начало аксостиль – гиалиновый тяж, пересекающий клетку вдоль и заканчивающийся острым концом, способствующим прикреплению простейшего к эпителиальным клеткам урогенитального тракта. *T.vaginalis* – облигатный паразит, получающий важнейшие питательные компоненты из секрета половых путей путем фагоцитоза эпителиоцитов, симбиотных и условно-патогенных микроорганизмов.

Инфицирование взрослых лиц происходит при половом контакте с больным урогенитальным трихомониазом, детей – интранатальным путем и при половом контакте; в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми.

Трихомонады обладают тропизмом к плоскому эпителию. При инфицировании, попадая на эпителий слизистой оболочки, *T.vaginalis* совершают активные движения и, благодаря способности выделять клеточный разъединяющий фактор, проникают через межклеточные пространства в субэпителиальную соединительную ткань, лимфатические щели и сосуды.

У мужчин первично инфицируется эпителий слизистой оболочки дистальной части уретры в области ладьевидной ямки, далее возбудители распространяются по слизистой оболочке передней, задней части уретры, откуда могут проникать в ткани предстательной железы, семенные пузырьки и т.д.

У женщин трихомонады, как правило, инфицируют слизистую оболочку влагалища и экзоцервикса, реже – цервикального канала, уретры, парауретральных ходов, вестибулярных желез, мочевого пузыря, маточных труб.

**Эпидемиология**

Урогенитальный трихомониаз является одной из распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). По оценкам Всемирной организации здравоохранения, ежегодно около 250 миллионов человек инфицируются *Trichomonas vaginalis.* В структуре всех ИППП трихомониаз занимает одно из первых мест у лиц, обратившихся за специализированной дерматовенерологической, акушерско-гинекологической и урологической помощью по поводу инфекционно–воспалительных заболеваний урогенитального тракта.

В Российской Федерации за последние годы отмечается снижение показателей заболеваемости урогенитальным трихомониазом, однако они остаются достаточно высокими, что во многом обусловлено гипердиагностикой заболевания. В 2018 году уровень заболеваемости составил 42,8 на 100 тысяч населения: у лиц в возрасте 0-14 лет 0,46 случаев на 100 тысяч соответствующего населения, у лиц 15-17 лет 25,5 случаев на 100 тысяч соответствующего населения, у лиц в возрасте 18 лет и старше 52,7 на 100 тысяч соответствующего населения.

**Клиническая картина**

Трихомониаз  нижних отделов мочеполового тракта

У 20-40% больных отмечается субъективно асимптомное течение урогенитального трихомониаза.

У женщин при наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы: выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом; зуд, жжение в области половых органов; болезненность во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); дискомфорт и/или боль в нижней части живота.

Объективными симптомами заболевания у женщин являются: гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища; серо-желтые, жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом; редко - эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки половых органов, кожи внутренней поверхности бедер;  петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки.

Субъективными симптомами заболевания у мужчин являются: серо-желтые, жидкие выделения из уретры; зуд, жжение в области уретры; боль в промежности с иррадиацией в прямую кишку; болезненность во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); реже – эрозивно-язвенные высыпания на коже головки полового члена; гематоспермия (редко).

Объективными симптомами заболевания у мужчин являются: гиперемия и отечность в области наружного отверстия уретры; скудные или умеренные серо-желтые, жидкие уретральные выделения; реже – эрозивно-язвенные высыпания на коже головки полового члена.

Трихомониаз органов малого таза и других мочеполовых органов

Субъективными симптомами у женщин являются:

* при вестибулите: незначительные выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом, болезненность и отечность в области вульвы. При формировании абсцесса железы присоединяются симптомы общей интоксикации; боли усиливаются при ходьбе и в покое, принимая пульсирующий характер;
* при сальпингите: боль в области нижней части живота, нередко схваткообразного характера; выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены.

Объективными симптомами у женщин являются:

* при вестибулите: незначительные серо-желтые, жидкие выделения из половых путей, гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез, болезненность и отечность протоков при пальпации. При формировании абсцесса железы – общая и местная гипертермия, при пальпации железы наблюдаются скудные выделения серо-желтого цвета; определяется четко ограниченная инфильтрация, гиперемия и выраженная болезненность в зоне проекции протока;
* при сальпингите: при остром течении воспалительного процесса – увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы, укорочение сводов влагалища, серо-желтые, жидкие пенистые выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания – незначительная болезненность, уплотнение маточных труб.

Субъективными симптомами у мужчин являются:

* при эпидидимите: серо-желтые, жидкие выделения из мочеиспускательного канала, дизурия, диспареуния, болезненность в области придатка яичка и паховой области; боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, в нижней части живота, в области мошонки; боль может распространяться на семенной канатик, паховый канал, область поясницы, крестца;
* при простатите: боль в промежности и в нижней части живота с иррадиацией в область прямой кишки, дизурия;
* при везикулите: боль в области крестца, промежности, заднего прохода, усиливающаяся при мочеиспускании и дефекации, учащенное мочеиспускание, ночные эрекции, возможна гематоспермия.

Объективными симптомами у мужчин являются:

* при эпидидимите: серо-желтые, жидкие выделения из мочеиспускательного канала, при пальпации определяются увеличенные, плотные и болезненные яичко и его придаток, гиперемия и отек мошонки в области поражения;
* при простатите: при пальпации определяется болезненная, уплотненная предстательная железа;
* при везикулите: при пальпации определяется отёчность и болезненность в области семенных пузырьков.

У лиц обоего пола возможно поражение парауретральных желез, при этом субъективными симптомами являются: зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); серо-желтые, жидкие выделения из мочеиспускательного канала; болезненность во время половых контактов (диспареуния); болезненность в области наружного отверстия уретры. Объективными симптомами парауретрита являются: серо-желтые, жидкие выделения из мочеиспускательного канала, наличие плотных болезненных образований величиной с просяное зерно в области выводных протоков парауретральных желез.

Субъективные и объективные симптомы урогенитального трихомониаза у детей и подростков аналогичны таковым у взрослых лиц. Особенностью клинического течения заболевания у девочек является более выраженная субъективная и объективная симптоматика.

**Диагностика**

*Исследование на урогенитальный трихомониаз рекомендуется проводить:*

* лицам с клиническими и/или лабораторными признаками воспалительного процесса органов урогенитального тракта и репродуктивной системы;
* при предгравидарном обследовании половых партнеров;
* при обследовании женщин во время беременности;
* при предстоящих оперативных (инвазивных) манипуляциях на половых органах и органах малого таза;
* лицам с перинатальными потерями и бесплодием в анамнезе;
* половым партнёрам больных ИППП;
* лицам, перенесшим сексуальное насилие

*Прямое микроскопическое исследование вагинальных выделений.* Необходимым условием микроскопии нативного препарата является проведение исследования немедленно после получения биологического материала. Наиболее высокая чувствительность (до 70%) и специфичность (до 100%) микроскопического исследования нативного препарата установлена при клинически выраженных формах заболевания, в особенности у женщин.

*Молекулярно-биологическими методы, направленными на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК T.vaginalis, с использованием тест-систем*, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации: молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на трихомонас вагиналис (Trichomonas vaginalis) и/или молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на трихомонас вагиналис (Trichomonas vaginalis) и/или Молекулярно-биологическое исследование мочи на трихомонас вагиналис (Trichomonas vaginalis). Чувствительность молекулярно-биологических методов составляет 88-97%, специфичность – 98-99%. На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие чего предъявляются строгие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала.

*Культуральный метод*: микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из уретры на трихомонас вагиналис (Trichomonas vaginalis) и/или микробиологическое (культуральное) исследование влагалищного отделяемого на трихомонасвагиналис (Trichomonas vaginalis) и/или Микробиологическое (культуральное) исследование секрета простаты на трихомонас вагиналис (Trichomonas vaginalis). культуральное исследование показано при мало- и бессимптомных формах заболевания, а также в случаях, когда предполагаемый диагноз не подтверждается при микроскопическом исследовании. Чувствительность культурального исследования достигает 95%, но метод отличается большей трудоемкостью и длительностью выполнения по сравнению с молекулярно-биологическими методами, что ограничивает его применение.

**Лечение**

*Схема лечения трихомониаза нижнего отдела мочеполовой системы:*

* Метронидазол 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней

или

* метронидазол 2,0 г однократно

или

* тинидазол 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней

или

* тинидазол 2,0 г однократно

или

* орнидазол  500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней

*Схема лечения осложненного и рецидивирующего трихомониаза:*

* метронидазол 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней

или

* метронидазол 2,0 г внутрь 1 раз в сутки в течение 5 дней

или

* орнидазол 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней

или

* тинидазол 2,0 г 1 раз в сутки в течение 3 дней

*При лечении осложненных форм урогенитального трихомониаза рекомендовано одновременно с пероральными препаратами применение местнодействующих протистоцидных препаратов:*

* метронидазол, вагинальная таблетка 500 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней.

или

* метронидазол, гель 0,75% 5 г интравагинально 1 раз в сутки в течение 5 дней.

*Схема лечения беременных:*

* метронидазол\*\*500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней

или

* метронидазол\*\* 2,0 г однократно

или

* орнидазол  500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней

или

* орнидазол 1,5 г однократно

*Критерии излеченности:*

* достигнута элиминация *T.vaginalis*;
* Достигнуто исчезновение клинических симптомов

*Диспансерное наблюдение:*Контрольное обследование после проведенного лечения осуществляется на основании микроскопического исследования нативного препарата и/или культурального метода исследования и/или методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР) -  не ранее, чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

**Литература**

* Урогенитальный трихомониаз: Клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов», 2020г.
* Клинические рекомендации РОДВК по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями . Издательский дом  Деловой Экспресс  2012;
* Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016;
* Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г