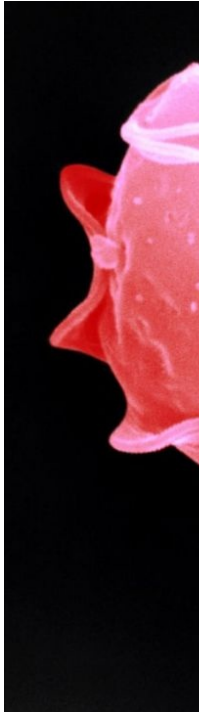


Автор: А.Г.Светилов, заведующий кожно-венерологическим диспансером

К болезням, передаваемым половым путем, относится группа инфекционных заболеваний, отличающихся друг от друга по этиологии и патогенезу, клиническому проявлению и методам диагностики, принципам терапии и методам профилактики, с единым путем передачи – преимущественно половым.

Трихомониаз является широко распространенным заболеванием урогенитального тракта, вызываемым вагинальной трихомонадой. В настоящее время все чаще встречаются стертые формы.

Этиология и патогенез. Возбудитель заболевания – *Trichomonas vaginalis* (смотри картинку). Трихомонада имеет грушевидную форму, длина ее 10-20 мкм. Размножается путем продольного деления. Трихомонады не развиваются при нормальном РН влагалища (в диапазоне 4,0-5,5). Также при РН, достигающем 7,0, что наблюдается у женщин перед наступлением и сразу после менструации, у девочек и пожилых женщин. *Trichomonas vaginalis* хорошо растет в анаэробных условиях, несколько хуже – при отсутствии кислорода. Оптимум роста трихомонад при РН среды 5,9-6,5 и температуре 35-37° С.



У женщин местом обитания является влагалище, у мужчин – предстательная железа и

семенные пузырьки. Мочеиспускательный канал может поражаться у лиц обоего пола.

Классификация. Различают свежий трихомониаз (с давностью процесса до 2 месяцев) с острым, подострым и торпидным (малосимптомным) течением, хронический трихомониаз (при продолжительности заболевания более 2 месяцев) и носительство.

Эпидемиология. *Trichomonas vaginalis* вызывает поражение урогенитального тракта. Источником заражения служат только люди с клинически выраженным или асимптомным трихомониазом. Как правило, заражение происходит при половом контакте. Ректальные и орогенитальные пути передачи к инфицированию не приводят, так как влагалищные трихомонады не выживают в полости рта и прямой кишке. Внеполовое заражение встречается исключительно редко, преимущественно у девочек. Оно возможно потому, что в комочках невысохшей слизи или гноя паразиты непродолжительное время сохраняют свою активность. Непрямое заражение через загрязненные выделениями больных предметы гигиены, белье и медицинские инструменты происходит в тех же условиях, что и неполовое заражение гонореей. Водный путь полностью отвергается. Описано заражение новорожденных от больных трихомониазом матерей во время родов. При этом у новорожденных девочек возникают транзиторные, обычно самоизлечивающиеся вагиниты и инфекции мочевых путей.

Вероятность заражения при половом контакте весьма высока, причем контагиозность не зависит от формы трихомониаза.

Частота обнаружения паразитов у женщин – источников заражения трихомониазом мужчин – приближается к 100%. Мужчины подвержены заболеванию трихомониазом в не меньшей степени, чем женщины, но найти возбудителей намного сложнее.

Клиническая картина. Инкубационный период при уретральном трихомониазе равен 7-10 дням, но иногда сокращается до 2-5 дней или удлиняется до 30 и более дней.

У женщин (80-90%) случаев диагностируют трихоманадный кольпит, у мужчин – уретрит. К числу первых признаков трихомониаза относятся жалобы на зуд в области половых органов, реже – на чувство жжения, иногда распространяется на вульву, промежность, прилегающие части бедер. Одновременно с этим появляются боли в области половых

органов, пенистые выделения серовато-желтого цвета с неприятным запахом.

Жалобы у мужчин – ощущение жжения в мочеиспускательном канале, скудные желтоватые или белые водянистые выделения.

У беременных женщин трихомониаз чаще протекает по типу многоочагового заболевания.

У девочек воспалительный процесс трихомонадной этиологии обычно локализуется в вульве и влагалище. Основные симптомы при этом – обильные гнойные или пенистые выделения, раздражение покровов вульвы, промежности, а иногда и паховых складок. Слизистая оболочка наружных половых органов гиперемирована.

У большинства мужчин трихомониаз протекает асимптомно или клинически мало выражен. Уретриту сопутствует зуд, жжение и боли в мочеиспускательном канале.

Диагностика. Диагноз трихомонад должен быть подтвержден нахождением возбудителей при непосредственной микроскопии патологического материала или в посевах на искусственные питательные среды.

Существует 3 основных метода выявления трихомонад: исследование неокрашенного свежего (нативного) препарата; исследование препарата, окрашенного метиленовым синим; культуральный метод (посев).

Лечение. Лечение необходимо проводить обоим половым партнерам одновременно даже при отсутствии трихомонад у одного из них. В период лечения и последующего контроля половая жизнь запрещается. Современные противотрихомонадные препараты принадлежат к группе 5-нитроимидазола (метронидазол, трихопол, флагил, клион, орнидазол).

Этиологическое выздоровление наблюдается не у всех пациентов.

После стихания острых воспалительных процессов одновременно с приемом препаратов внутрь можно проводить местное лечение.

Профилактика направлена на своевременное и полное выявление зараженных трихомонадами лиц. Периодически обследуют на трихомониаз женщин, ухаживающих за детьми в детских садах.