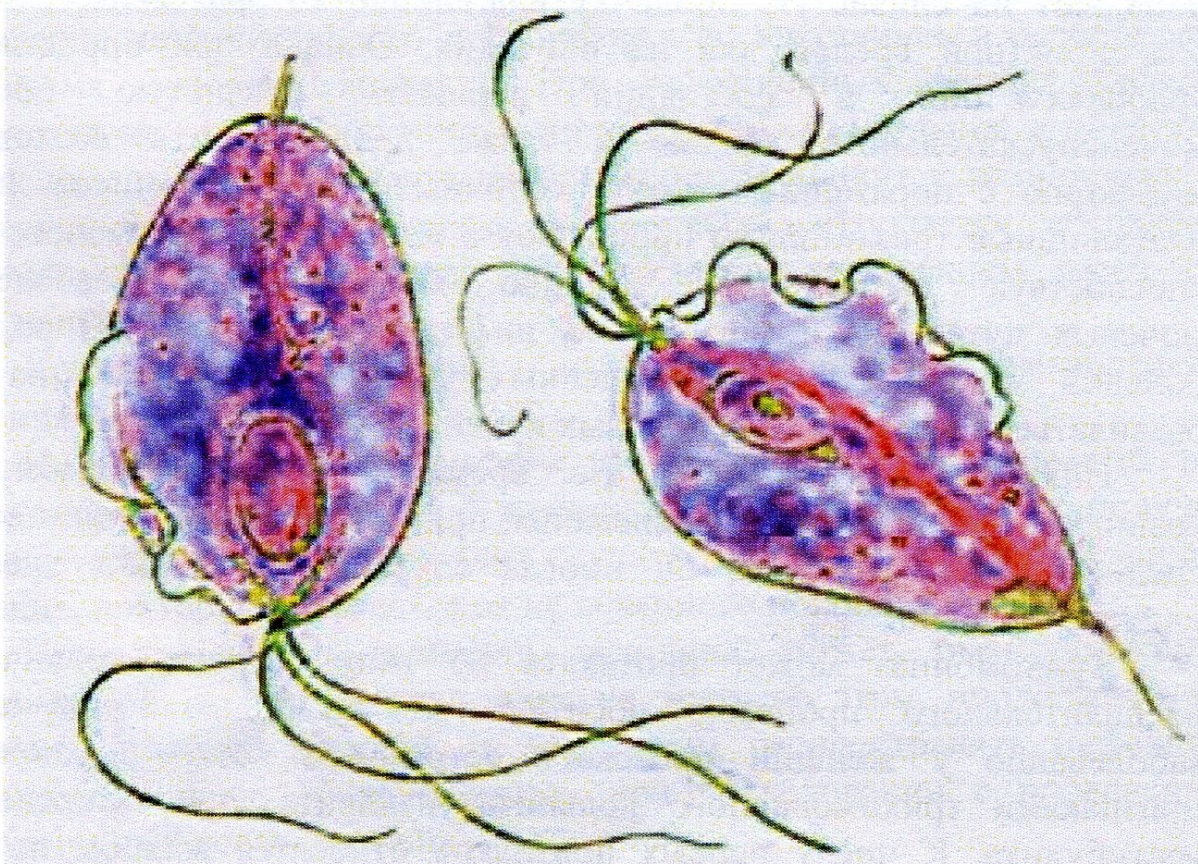


# Профилактика трихомониаза у женщин

(Памятка для населения)



УФА – 2017

**Трихомониаз** - распространенное воспалительное заболевание мочеполовых органов, которым весьма часто болеют женщины и мужчины. Трихомониаз занимает 2-е место среди наиболее часто встречающихся инфекций, передаваемых половым путём, после хламидиоза. Возбудитель заболевания - влагалищная трихомонада. Источник заражения трихомониаза - инфицированный человек. У женщин местом обитания трихомонады является влагалище.

Заражение происходит обычно только при половом сношении, поэтому заболевание относится к инфекциям, передаваемым половым путём. Редко может быть бытовое заражение через грязное белье больного, через средства гигиены, ночные горшки, сиденья в туалете, судна. Однако, такой путь заражения вероятен для детей, а именно для девочек.

При половых сношениях трихомонады от больного человека сразу попадают на слизистую оболочку влагалища, которая является самой благоприятной средой для их обитания. Однако при определенных условиях они в состоянии поражать слизистую оболочку мочеиспускательного канала, а также провоцировать восходящую инфекцию с поражением матки, маточных труб и яичников. Иногда влагалищные трихомонады проникают в мочевой пузырь, мочеточники, способствуя длительному течению воспалительных заболеваний мочевых путей. Дети могут быть инфицированы во время родов от больной матери. У новорожденных девочек при этом начинает развиваться инфекция мочеполовых путей.

Инкубационный период, т.е. время от момента заражения до возникновения признаков заболевания, при мочеполовом трихомониазе в среднем равен 10 дням, но иногда сокращается до 2-5 дней или удлиняется до 30.

Трихомониаз может протекать по типу острого, хронического воспалительного процесса, носительства. В большинстве случаев заболевание у женщин протекает остро - с чётко выраженными признаками трихомонадного кольпита, вульвита, при осложнении - вестибулита. К числу первых признаков относятся жалобы на зуд в области половых органов, реже - чувство жжения, иногда распространяющиеся на вульву, промежность и прилегающие части бёдер. У некоторых больных зуд настолько сильный, что они лишаются сна и трудоспособности. Одновременно с этим появляются боли в

области половых органов, пенистые выделения серовато-жёлтого цвета с неприятным запахом.

В случае позднего лечения, самолечения, или отсутствия лечения мочеполовой трихомоноз принимает хроническое течение. Хроническому процессу также способствует смешанная инфекция - комбинация трихомонад с гонококками, микоплазмами, гарднереллами, грибами, хламидиями, уреаплазмами, стафилококками и другой флорой, способность трихомонад фагоцитировать и являться резервуаром для указанных возбудителей.

Хроническая стадия трихомониаза характеризуется длительным течением и периодическими обострениями. Вне обострения течение трихомоноза сопровождается маловыраженными признаками. Клинические проявления заболевания менее выражены, чем в острую стадию. Наблюдается вялое, малосимптомное течение патологии. От больных поступают жалобы на увеличение объема влагалищных белей, появление незначительного дискомфорта во влагалище, в особенности, во время полового контакта. При осложненных формах больные жалуются на чувство тяжести в низу живота. Длительное воздействие белей на влагалищную часть шейки матки, приводит к возникновению эрозии шейки матки. Нередко у больных наблюдается воспаление мочеиспускательного канала, проявляющееся появлением резей при мочеиспускании.

Хронический трихомониаз – наиболее сложная для диагностики и лечения форма трихомоноза.

Иногда длительность течения трихомониаза обуславливается тем, что половой партнер больной женщины не обследуется и не получает специфического лечения. В таких случаях женщина, после проведенного лечения, повторно заражается от не леченного полового партнера.

При крепком иммунитете женщина может быть носителем трихомонады долгое время и даже не знать об этом, продолжая жить активной половой жизнью, и тем самым распространять инфекцию. Заболевание чаще обнаруживается при обследовании с проведением лабораторных исследований.

У женщин при осложненном трихомониазе отмечается высокая частота бесплодия.

Часто встречается трихомониаз у беременных женщин. Трихомонадные поражения проявляются в виде вульвита, кольпита, цервицита. Нередко к кольпиту присоединяется трихомониаз мочевых

путей (уретрит, цистит, пиелит). Существует опасность внутриутробного заражения плода трихомонадами. При этом повышается частота самопроизвольных аборт, поэтому особенно в ранние сроки беременности необходимо своевременно лечить.

Диагноз мочеполюого трихомониаза устанавливается на основании внешних признаков заболевания и обнаружения в исследуемом материале трихомонад.

Лечению подлежат больные трихомониазом как с наличием воспалительных явлений, так и с отсутствием таковых, носители и лица, бывшие с ними в половом контакте, так как они могут быть источником заражения других людей.

Лечение беременных осуществляется на любом сроке для предотвращения преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов и низкой массы плода.

Профилактические меры направлены на своевременное и полное выявление заражённых трихомонадами лиц. С этой целью организуют постоянное обследование на трихомониаз всех женщин страдающих воспалительными заболеваниями мочеполювых органов, а инфицированных подвергают специфическому лечению. Периодически обследуют на трихомониаз женщин, ухаживающих за детьми в детских коллективах, больницах, родильных домах.

**Ограничение половых контактов, выбор здорового полового партнёра, использование презерватива при половых контактах, пользование только своими индивидуальными гигиеническими принадлежностями помогут избежать заражения влагалищными трихомонадами.**

**Составители: Тухватуллина Ф.З., Тухватуллина Г.Н., дерматовенерологи  
ГАУЗ РКВД №1.**

