

Урогенитальный трихомоноз



РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)

Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2015

Категории МКБ: Трихомониаз других локализаций (A59.8), Трихомониаз неуточненный (A59.9), Урогенитальный трихомониаз (A59.0)

Разделы медицины: Дерматовенерология

Общая информация

Краткое описание

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «30» ноября 2015 года
Протокол № 18

Урогенитальный трихомоноз – инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является простейший одноклеточный паразит *Trichomonas vaginalis* [1, 2, 3].

Название протокола: Урогенитальный трихомоноз

Код протокола:

Код (коды) МКБ X

A59.0 Урогенитальный трихомоноз
A59.8 Трихомоноз других локализаций
A59.9 Трихомоноз неуточненный

Сокращения, используемые в протоколе:

АМП – антимикробный препарат
АсАТ – аспартатаминотрансфераза
АлАТ – аланинаминотрансфераза
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
в/м – внутримышечно
г – грамм
ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота
ИФА – иммуноферментный анализ
ИППП – инфекции, передающиеся половым путем
МНН – международное непатентованное название
мл – миллилитр

мг – миллиграмм
МР – реакция микропреципитации
ПИФ – прямая иммунофлюоресценция
ПЦР – полимеразная цепная реакция
РНК – рибонуклеиновая кислота
RW – реакция Вассермана
РКИ – рандомизированное контролируемое исследование
р-р - раствор
УЗИ – ультразвуковое исследование

Дата разработки протокола: 2014 год.

Дата пересмотра протокола: 2015 год.

Категория пациентов: взрослые, дети.

Пользователи протокола: дерматовенерологи, гинекологи, урологи, врачи общей практики, терапевты, педиатры.

Классификация

Клиническая классификация [1, 2]:

Клиническая классификация урогенитального трихомоноза:

По течению:

- свежий;
- хронический;
- латентный.

По фазе:

- острый;
- подострый;
- торпидный.

По тяжести течения:

- неосложненный;
- осложненный.

Диагностика

Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Общеклиническое исследование урогенитального мазка (окраска метиленовым синим и/или по Граму) на *T.vaginalis* и другие ИППП (до начала терапии и после лечения 2 раза);
- Бактериологическое исследование биологического материала на *T.vaginalis* (выделение чистой культуры) (до начала терапии и после лечения 2 раза);

- ПЦР-исследование для обнаружения *T.vaginalis* – до лечения.
- Реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном в сыворотке крови;
- Определение *T.vaginalis* в биологическом материале в реакции иммунофлюоресценции;
- 2-стаканная проба Томпсона – у мужчин;

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- УЗИ органов малого таза;
- кольпоскопия
- цистоуретроскопия (лечебно-диагностическая).

Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: не проводится.**Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне: не проводятся.****Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне: не проводятся.****Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: не проводятся.****Диагностические критерии:****Жалобы и анамнез:****Жалобы:****У мужчин:**

- Неприятные ощущения (зуд, жжение) в мочеиспускательном канале;
- скудные выделения из уретры;
- болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса);
- эрозивно-язвенные поражения кожи головки полового члена;
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку;
- гематоспермия (редко).

У женщин:

- вагинальные выделения серо-желтого цвета с неприятным запахом;
- зуд/жжение в области наружных половых органов;
- дискомфорт во время полового акта (диспареуния);
- болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и/или кожи внутренней поверхности бедер;
- дискомфорт или боль в нижней части живота.

Девочки:

- обильные свободные выделения из влагалища;
- болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- эрозии и язвы в области вульвы, гименального кольца, влагалища и наружного отверстия мочеиспускательного канала.

Анамнез:

- источник инфицирования пациента;
- половой контакт с больным трихомонозом или случайная половая связь от 3 дней до 3-4 недель;

Физикальное обследование:**Локализация кожных поражений:**

У женщин при этом поражаются наружные половые органы (половые губы, клитор), слизистая влагалища и шейки матки, полость матки, яичники, маточные трубы.

У мужчин поражается уретра, мочевого пузырь, предстательная железа, семенники, кожа полового члена, внутренний и наружный листок крайней плоти, мошонка, лобок, промежность.

У лиц обоего пола при гонорее инфицируются миндалины, слизистые полости рта, область ануса, прямая кишка.

У девочек при этом поражаются наружные половые органы (половые губы, клитор), слизистая влагалища.

Патоморфологическая картина изменений:**У женщин:**

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое;
- гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища, слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища;
- эндоцервикальные язвы, рыхлость и отек шейки матки, слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала;
- гиперемия, отечность и болезненность в области протоков вестибулярных желез.

У мужчин:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;
- увеличение и болезненность придатков яичек и яичек при пальпации;
- увеличение и болезненность предстательной железы при пальпации.

У девочек:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое;
- гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища, слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища;

Лабораторная диагностика [4, 5, 6, 7, 8, 9].

Общеклиническое исследование урогенитального мазка (окраска метиленовым синим и/или по Граму): обнаружение в биологическом материале *T.vaginalis*;

Бактериологическое исследование биологического материала на *T.vaginalis* ручным методом (выделение чистой культуры): обнаружение в биологическом материале *T.vaginalis*;

Бактериологическое исследование биологического материала на *T.vaginalis* на анализаторе: обнаружение в биологическом материале *T.vaginalis*;

ПЦР в биологическом материале: обнаружение ДНК *T.vaginalis*;

Определение трихомонады в биологическом материале в реакции иммунофлюоресценции: обнаружение антигена и антител к *T.vaginalis*.

Инструментальные исследования:

Цистоуретроскопия: обнаружение воспалительной реакции слизистой уретры – эрозии, язвы, инфильтрация, стриктуры;

Кольпоскопия: обнаружение эрозии, язвенных поражений, кист, объемных образований.

Показания для консультации специалистов:

- гинеколог (диагностика возможных осложнений);
- уролог (диагностика возможных осложнений);
- психотерапевт (психологическая адаптация).

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз

Поскольку симптомы трихомонадной инфекции нижних отделов мочеполового тракта (уретрит и цервицит) не являются специфичными, необходимо проведение лабораторных исследований для исключения другой урогенитальной инфекции, обусловленных патогенными (*C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium*), условно-патогенными микроорганизмами (грибами рода *Candida*, генитальными микоплазмами и микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом), вирусами (вирусом простого герпеса) на основании клинико-лабораторных критериев (таблица 1). Кроме того, проводят дифференциальную диагностику с аллергическими вульвовагинитами и баланопоститами.

Таблица 1. Основные клинико-лабораторные дифференциально-диагностические признаки *T. vaginalis*

Оцениваемые параметры	Урогенитальный трихомоноз	Хламидийная инфекция	Гонококковая инфекция	Бактериальный вагиноз	Урогенитальный кандидоз
Выделения из половых путей	Серо-желтого цвета, пенистые с неприятным запахом	Слизистые мутные или слизисто-гнойные без запаха	Слизисто-гнойные или гнойные без запаха	Гомогенные беловато-серые, с неприятным запахом	Белые, творожистые с кислым запахом
Гиперемия слизистых оболочек мочеполового тракта	Часто	Преимущественно слизистой оболочки шейки матки	Часто	Редко	Часто
Зуд/жжение в области наружных половых органов	Часто	Редко	Часто	Редко	Часто
Дизурия	Часто	Часто	Часто	Редко	Редко
Диспареуния	Часто	Часто	Часто	Редко	Часто
Рн вагинального экссудата	Может быть > 4,5	3,8 — 4,5	3,8 — 4,5	>4,5	3,0 — 4,5
Микроскопия	Присутствие <i>T. vaginalis</i>	Для верификации диагноза не проводится	Грамотрицательные диплококки с типичными морфологическими и тинкториальными свойствами	Наличие «ключевых» клеток	Грибы преобладают, мицелий, почкующиеся дрожжевые клетки

Культуральное исследование	<i>T. Vaginalis</i>	<i>C. Trachomatis</i>	<i>N. Gonorrhoeae</i>	Преобладание <i>G. Vaginalis</i> и облигатно-анаэробных видов	Рост кс <i>Candid</i> более
----------------------------	---------------------	-----------------------	-----------------------	---	-----------------------------

Лечение

Цели лечения:

- эрадикация (микробиологическое излечение) *T. vaginalis*;
- клиническое выздоровление (ликвидация соответствующих клинических симптомов);
- предотвращение осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

Тактика лечения

Немедикаментозное лечение:

Режим 2.

Стол №15 (общий).

Медикаментозное лечение

Выбор метода лечения зависит от тяжести течения процесса (таблица 2, 3) [10,11]:

Таблица 2. Лечение неосложненного урогенитального трихомониаза

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
--------------------------	---------------	---------------	-----------	----------------------	------------

Антибактериальные				по 500 мг	Не существует эффективной альтернативы 5'-нитроимидазолам у больных трихомониазом. Большинство штаммов <i>T. vaginalis</i> высоко чувствительны к метронидазолу родственным метронидазолу препаратам. Преимуществом однократной дозы
-------------------	--	--	--	-----------	--

препараты (рекомендованные схемы выбора терапии)	Метронидазол	Таблетки 250, 500 мг	500 мг	перорально 2 раза в день в течение 5-7 дней	является простота приема и дешевизна. Однако имеется ряд доказательств, свидетельствующих о том, что при однократном приеме частота неэффективного лечения выше, особенно если одновременно не пролечиваются половые партнеры. В этих случаях рекомендуются повторный курс терапии.
	Метронидазол	Таблетки 250, 500 мг	2000 мг	однократно	
	Тинидазол	Таблетки 500 мг	2000 мг	однократно	
Другие вспомогательные препараты	Флуконазол	капсулы 50, 100, 150 мг	50, 100, 150 мг	разные схемы терапии	При длительном применении АМП рекомендуются для профилактики урогенитального кандидоза

Таблица 3. Лечение осложненного или рецидивирующего уrogenитального трихомониаза

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
Антибактериальные препараты (рекомендованные схемы выбора терапии)	Метронидазол	Таблетки 250, 500 мг	2000 мг	однократно в течение 3- 5 дней	
	Метронидазол	Таблетки 250, 500 мг	500 мг	3 раза в сутки в течение 7 дней	
	Тинидазол	Таблетки 500 мг	2000 мг	однократно в течение 3- 5 дней	
Другие		Капсулы	50, 100	разные	При длительном применении АМП рекомендуются

вспомогательные препараты	Флуконазол	50, 100, 150 мг	50, 100, 150 мг	схемы терапии	рекомендуется для профилактики урогенитального кандидоза
---------------------------	------------	-----------------	-----------------	---------------	--

Особые ситуации

Лечение урогенитального трихомоноза в период беременности [13,14]. Показано, что урогенитальный трихомоноз ассоциируется с неблагоприятными исходами беременности (преждевременные роды, преждевременный разрыв плодного пузыря и др.).

Со второго триместра беременности рекомендуется **метронидазол** в однократной дозе 2,0 г внутрь или по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней.

Метронидазол может использоваться на всех сроках беременности и в период грудного вскармливания, однако в этих случаях лучше избегать схем с использованием высоких доз препарата.

Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность назначения)

- метронидазол (таблетки 250, 500 мг);
- метронидазол (таблетки 250, 500 мг);
- тинидазол (таблетки 500 мг);
- флуконазол (капсулы 50, 100, 150 мг).

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения): нет

Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне: нет

Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи: нет

Другие виды лечения: нет

Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:

Другие виды, оказываемые на стационарном уровне:

Хирургическое вмешательство: нет

хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях: нет.

Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях: нет.

Дальнейшее ведение

- бактериологическое исследование биологического материала на *T.vaginalis* через месяц после окончания антибактериальной терапии – с целью контроля излеченности;
- при подтверждении регресса клинических симптомов и отрицательных результатах бактериологического исследования – снятие с учета.

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения

- эрадикация возбудителя из организма;
- отсутствие клинических симптомов заболевания;
- уменьшение частоты рецидивов;
- отсутствие осложнений.

Препараты (действующие вещества), применяющиеся при лечении (<https://drugs.medelement.com/>)

Метронидазол (Metronidazole)

Тинидазол (Tinidazole)

Флуконазол (Fluconazole)

Профилактика

Профилактические мероприятия

- Своевременное выявление половых контактов и привлечение к обследованию и лечению;
- Обследование членов семьи;
- исключение беспорядочных половых связей в последствие;
- Массовая профилактическая пропаганда, предусматривающая понятие личной и общественной профилактике ИППП через средства массовой информации, памятки и мультимедийные программы;
- Индивидуальные консультации и профилактические беседы с родителями и учащимися старших классов по вопросам межличностных отношений, полноценной информации о сексуальных отношениях, последствий раннего начала половой жизни, нежелательной беременности, разъяснение правил безопасного секса (применение презерватива);
- В кабинетах приема врачей дерматовенерологов, акушер-гинекологов, урологов, кабинетах профилактических осмотров на предприятиях, учебных организациях консультирование по способам предотвращения или снижения риска инфицирования гонококковой инфекцией и другими ИППП;
- Подготовка волонтеров, учащихся образовательных учреждений для проведения бесед о безопасном поведении и распространении литературы информационно-образовательного характера по вопросам профилактики ИППП.

Информация

Источники и литература

I. Протоколы заседаний Экспертного совета РЦРЗ МЗСР РК, 2015

1. Список использованной литературы: 1. Европейское руководство по ведению больных по ЗППП.-2001 г.- Журнал 12.-№3ю- 111 с. 2. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями.-2011 г.- с.- 109. 3. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 // Department of health and human services Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations and Reports December 17, 2010 / Vol. 59 / No. RR-12./ p. 114. 4. Font LS, Kraus SJ. Trichomonas vaginalis: re-evaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. // J. Inf. Dis 1980;141:137-143 5. Bickley LS, Krisher KY, Punsalang A, et al. Comparison of direct-fluorescent antibody, acridine orange, wet mount and culture for detection of Trichomonas vaginalis in women attending a public sexually transmitted disease clinic. // Sex Transmitted Dis. 1989; 16:127-131. 6. Krciger JN, Tarn MR, Stevens CE, et al. Diagnosis of trichomoniasis: comparison of conventional wet-mount examination with cytological studies, cultures, and monoclonal antibody staining of direct specimens. // JAMA 1998;259:1223-1227. 7. Lara-Torre E, Pinkerton JS. Accuracy of detection of Trichomonas vaginalis organisms on a liquid-based papanicolaou smear. // Am J Obstet Gynecol 2003;188:354–6. 8. Hardick A, Hardick J, Wood BJ, et al. Comparison between the Gen-Probe transcription-mediated amplification Trichomonas vaginalis research assay and real-time PCR for Trichomonas vaginalis detection using a Roche LightCycler instrument with female self-obtained vaginal swab samples and male urine samples. // J Clin Microbiol 2006;44:4197–9. 9. Nye MB, Schwebke JR, Body BA. Comparison of APTIMA Trichomonas vaginalis transcription-mediated amplification to wet mount microscopy, culture, and polymerase chain reaction for diagnosis of trichomoniasis in men and women. // Am J Obstet Gynecol 2009;200:188–97. 10. Forna F, Gulmezoglu

AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. Cochrane Database Syst Rev 2003; 2:CD000218. 11. Pearlman MD, Yashar C, Ernst S, Solomon W. An incremental dosing protocol for women with severe vaginal trichomoniasis and adverse reactions to metronidazole. // Am J Obstet Gynecol 1996; 174:934–936. 12. Klebanoff MA, Carey JC, Hauth JC et al. Failure of metronidazole to prevent preterm delivery among pregnant women with asymptomatic Trichomonas vaginalis infection. N Engl J Med 2001; 345:487–493. 13. Kigozi GG, Brahmbhatt H, Wabwire-Mangen F et al. Treatment of Trichomonas in pregnancy and adverse outcomes of pregnancy: a subanalysis of a randomized trial in Rakai, Uganda. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:1398–1400. 140,141. 14. Czeizel A, Rockenbauer M. A population based case – control teratologic study of oral metronidazole treatment during pregnancy. // Br. J. Obstet Gynaecol 1998;105:322-327. 15. Caro-Paton T, Carvajal A, Martin de Diego J, et al. Is metronidazole teratogenic? A meta-analysis. // Br. J. Clin. Pharmacol. 1997;44:179-182. 16. Burtin P, Taddio A, Ariburnu O, et al. Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis. Am. Br. J. Obstet Gynaecol 1995;172:525-529.

Информация

Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных

1. Батпенова Г.Р. д.м.н., главный внештатный дерматовенеролог МЗ РК, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии АО «Медицинский университет Астана».
2. Баев А.И. к.м.н., с.н.с. РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗ РК.
3. Джетписбаева З.С. к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии АО «Медицинский университет Астана».
4. Джулфаева М.Г. главный врач РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗ РК.
5. Ахмадьяр Н.С. – д.м.н., клинический фармаколог АО «Национальный научный центр материнства и детства»

Конфликт интересов: отсутствует.

Рецензент: Нурушева С.М., д.м.н., заведующая кафедрой кожных и венерических болезней КазНМУ им С.Д. Асфендиярова

Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.