

TARTU RIIGLIK ÜLIKOOL

L. NURMAND

TRIHHOMOONOOS

TARTU  1965

Sub e

~~A~~

2/02 178

20755,
TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

NAKKUSHAIGUSTE JA DERMATOLOOGIA KATEEDER

L. NURMAND

TRIHOMONOOS

TARTU 1965

2

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
62178

TRIHOMOONOOSI ETIOPATOGENEESIST, KLIINIKUST, RAVIST
JA PROFÜLAKTIKAST.

Mittegonorroilistest urogenitaaltrakti põletikulistest protsessidest esineb sagedamini trihhomoonos. Selle haiguse tekitajaks on protozoa *Trichomonas vaginalis* (sõnast trichos - juus + monas - jagamata rakk), kelle avastas Donné 1836. a. naiste vaginaalflooras.

Trichomonas vaginalis'e suurus on leukotsüüdi ja epiiteliraku vahepealne ning oma pikkuse poolest kõigub ta 7 kuni 30 mikroni vahel.

Trichomonas vaginalis'est on tunduvalt väiksem samuti inimestel leiduv *Trichomonas buccalis* (suus) ning *Trichomonas intestinalis* (pärassooles).

Olenevalt välistingimustest on parasiidi kuju muutlik: kord ümmargune, kord pirnikujuline või piklik. Vibureid on neli. Raku tuum on suhteliselt väike.

Trichomonase arenemise käigus eristame kolme staadiumi: 1) vegetatiivne (liikuv), 2) tsüstoidne (parasiidid on liikumatud, ilma viburiteta ümmargused vormid) ja 3) amööboidne staadium (kahe esimese vaheline üleminekuvorm).

Oma eluvõimaluste säilitamiseks vajab *Trichomonas vaginalis* niiskust, kuivades hukkub ta kiiresti /G. Tkatsenko (20)/. Optimaalseteks elutingimusteks on hapnikuvähesus, happesus 5,5-7,5 ning temperatuur 35-37° C. Tema paljunemine katkeb niipea, kui t° on langenud 25-27°. Toitumine toimub endosmoosi teel, mida R. Haves (21) nimetab "rakuväliseks seedimiseks".

Puhtaid trihhomonaadide kultuure on kasvatanud R. Haves (21), G. Tkatsenko (20), J. Teras (18), A. Kolessov (7) jt. Kasvamiseks vajavad parasiidid valku (pepton, kaseiin), triptikaasi ja inimese vereseerumit, kus leidub trihhomonaadide paljunemiseks vajalikke aineid. Vajalikud on samuti letsitiin, koliin, A-vitamiin ning süsivesikud (eriti glükoos).

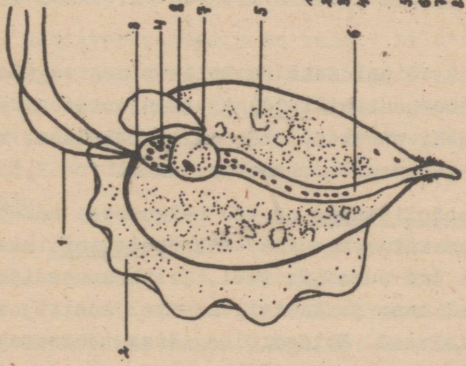
Paljunemine toimub pikuti jagunemise teel.

Ravimitest osutuvad efektiivsemateks 10 %-line joodi-tinktuur, fütontsiidid (sibul, küüslauk, akrihiin, osarsool, kiniin, klooramin, antibiootikumid, sulfaniilamiidid jt.

Trichomonas vaginalis'e patogeensuse kohta lähevad arvamused lahku. Osa autoreid /V. Lossitskaja (11) jt./ leiab, et trihhomonaadid on saprofüüdid ja muutuvad patogeenseks alles sümbioosi tõttu teiste mikroobidega, eriti streptokokkidega.

Rida teadlasi väidab, et urogenitaaltrakti haigestumisel mängivad trihhomonaadid ainult sekundaarset osa ja astuvad tegevusse seal, kus esinevad selleks soodsad tingimused: patoloogiliselt muutunud kude, sugunäärmete insufitsients, glükogeeni vaegus tupes jne. /E. Beljajev (11), F. Marschand (22)/. Kolmas ja suurem grupp arste aga loeb trihhomonaade patogeenseteks spetsiifilise infektsiooni tekitajateks /A. Vassiljev-Tšebotarjev (3), M. Jelistratova (15), B. Poisner (14) jt./ J. Terasel (18) õnnestus eksperimentaalselt infitseerida trihhomonaadidega hiiri ja merisigu, kutsudes sellega esile alteratiivseid, ekssudatiivseid ja isegi proliferatiivseid muutusi (granulatsioon) siseorganes. Praktiilise väärtusega on ka asjaolu, et sageli esineb trihhomonaadide sümbioos streptokokkide ja gonokokkidega. Juhul, kui trihhomonoosile kaasneb gaasi tekitav mikroob - *micrococcus gasogenes alcalescens* - muutub valgevoolus vahuliseks.

Trichomonas vaginalis



1. Flagellum
 2. Undulating membrane
 3. Nucleus
 4. Kinetoplast
 5. Central body
 6. Flagellar pocket
 7. Flagellum
 8. Undulating membrane

Epidemioloogia.

Erinevad on ka teadlaste vaated inimese nakatumise võimalustest *Trichomonas vaginalis*'est.

1. Anamnestilised andmed vihjavad sageli nakatumisele pesuvee kaudu, kuid eksperimentaalsed tõestused selle kohta kirjanduses puuduvad. Suurem osa spetsialiste eitab sellist infektsiooni teed, kuna vees hävivad trihhomonaadid kiiresti (G. Tkatsšenko andmetel (20) elab *Trichomonas vaginalis* kanalisatsiooni vees ainult 40 min.).
2. Teiseks nakatumise võimaluseks peetakse autoinfektsiooni - *Trichomonas intestinalis*'e sattumine sooltest tuppe, mida aga paljud autorid eitavad /R. Haus, G. Tkatsšenko (20) jt./.
3. Kolmandaks võimaluseks on *Trichomonas vaginalis*'e sattumine makroorganismi toiduga, (kusjuures vahendajaiks osutuvad sageli putukad). See on ka kahtlane, kuna antud parasiit degenereerub maomahla toimel 1 - 2,5 tunni vältel.
4. Kõige tõenäolisemaks osutub haigusesse nakatumine kontakti teel haige inimesega või tema poolt infitseeritud asjadega, eriti aga suguühete teel. Trihhomonaadide reservuaariks on naistel tupp ja kusiti, meestel kusiti, eesnääre ja seemnepõiekesed. Epidemioloogilise tähtsusega on trihho-monoosi latentsed ja asümptoomsed vormid, mis menstruat-siooni, aborti, sünnituse või liialdatud suguelu puhul võivad põhjustada haiguse ägenemist. Samuti võivad trih-homonaadide kandjad osutada nakkuse allikaiks oma partne-reile.

Haigestumist soodustavateks faktoriteks võivad olla:

- a) tupe limanaha funktsionaalne seisund (nõrkleeline või nõrkhappeline tupereaktsioon, samuti rasedus, kuna sel ajal suureneb glükogeeni hulk tupes);
- b) suguelundite elementaarsete hügieenireeglite mittetäit-mine;

- c) aastaaeg (on täheldatud haigestumise tõusu suve ja sügis-kuudel);
- d) ovariaalfunktsioenhäired, mis sageli on seotud C- ja B-hüpvitaminoosiga;
- e) liialdatud suguelu.

Trihhomonoosi diagnoosimine toimub bakterioskoopiliselt (natiiv- või värvitud preparaatis) ning külvi teel.

Uurimiseks vajalik materjal võetakse kaapimise teel tupe tagumisest seinast, emaka kanalist plaatina-aasa abil või ureetrast. Meestel ureetrast ja prostatast, eelnevalt neid masseerides. Uriinist uuritakse tsentrifugaatl.

1. Uurimiseks natiivpreparaadis on vaja 1 tilk võetud materjali asetada soojendatud esemeklaasile, segada soojendatud füsioloogilise lahusega (1 tilgaga), katta katteklaasiga ning vaadata pooleldi suletud diafragmaga suure suurenduse all. Jahtumisel kaotavad trihhomonaadid oma liikuvuse ja kuju.
2. Preparaatide värvimiseks on osutunud sobivamateks Romanovski-Giemsä ja Grami meetod. Viimane on eriti tähtis, kuna ta segainfektsiooni puhul võimaldab avastada ka gonorröat. Romanovski-Giemsä meetod on järgmine: õhu käes kuivatatud ägepreparaat fikseeritakse metüülpiirituses 5 - 7 min., siis piirituse ja eetri segus (võrdsetes osades) 10 - 15 min. ja lõpuks tulel.

Värvimiseks võetakse 1 - 2 tilka Romanovski-Giemsä värvi, segatakse 1 ml destilleeritud veega ja preparaati värvitakse 20 - 25 min. vältel. Loputatakse ja kuivatatakse. Selle meetodi järgi on raku tuumad punakasvioletsed, protoplasma helesinine, bleforoplast, viburid - intensiivselt punased või roosad.

3. Kultuuris uurimiseks võetud materjal külvatakse spetsiaalsetele mõõtmetele. Trihhomonaadi maksimaalne kasv esineb kolmandal kuni neljandal päeval.

T r i h h o m o o s n a i s t e l .

Trihhomonoosi esinemise sagedus naistel kõigub üksikute autorite järgi 10,5 %-st /E. Rjabova ja A. Šilnikova (16)/ kuni 72,4 %-ni /V. Kurõgin (10)/.

Inkubatsiooniaeg kestab 3 - 10 päeva, mille möödumisel tekivad põletikulised nähud: rikkalik valgevoolus, haigustunud limanahkade punetus; subjektiivselt: sügelemine, kipi-tustunne, sagedane urineerimistung, mõnikord valud allkõhus. Valgevoolus on hallikas, mõnikord kollane ja sageli vahutav.

Olenevalt põletiku raskusest eristatakse trihhomonoosi 3 astet:

- 1) kerge (ainult limanahapõletik),
- 2) keskmine - sügavate koekihtide haaramine,
- 3) kroonilised juhud, emaka haigestumisega, sekundaarse aneemia ning kahheksiaga.

Mõned autorid eraldavad trihhomonoosi 2 vormi:

1. Urogenitaaltrakti alumise osa haigestumine.
2. Aastsendeeriv protsess komplikatsioonidega.

Nii uurimisel kui ka ravimisel ei tohi unustada, et protsess võib haarata nii kuse- kui ka suguorganeid, sageli isegi mõlemaid korraga. Naistel esinevad trihhomonoosi puhul järgmised kliinilised vormid:

1. Vulviit.
2. Vestibuliit ja kolpiit.
3. Bartoliniit.
4. Tservitsiit.
5. Endometriit ja adneksiit.

Nahal võivad trihhomonoosi puhul kaasuda teravad kondüloomid (condylemata accuminata).

1. Ägeda vulviidi puhul on häbememokkade limanahk punane ja tursunud, tekivad verevalumid ning erosioonid. Voolus on rikkalik ja mädane, subjektiivselt esineb sügelemine ja

valulikkus. Jäädes ravimata vaibub äge kliiniline pilt pikkamööda ja muutub krooniliseks (kestus 2 kuud ja rohkem). Raviks rakendatakse suguühete keeldu, istevanne 0,003 %-lise kaaliumpermanganaadi- või 0,5 %-lise kloraamiinilahusega. Erosioonid määratakse 5 %-lise streptotsiidemulsiooniga, hiljem osarsoolpastaga (Zinci oxydati 10,0, Amyli tritici 20,0, Osarsoli et streptocidi albiinää 15,0 Glycerini 60,0); pasta soojendatakse enne tarvitamist.

2. Vestibuliit ja kolpiit (kõige sagedamini esinevad vormid naistel) tekivad protsessi üleminekul tuppe. Limanahk on sel puhul tursunud ja veritseb, mõnikord kattub täppverevalumitega. Vigastatud limanaha kaudu imenduvad organismi parasiitide ainevahetusest tekkinud produktid, kutsudes esile üldseisundi häireid: neurasteeniat, töövõime langust, sageli ka aneemiat.

Rikkalik valgevoolus sisaldab rohkesti trihhomonaade. Diferentsiaaldiagnostiliselt räägivad sel puhul gonorröa vastu järgmised asjaolud: eosinofiilide puudumine mädas ja gonokokkide negatiivne leid pärast provokatsioonid, eitav Bordet-Gengou reaktsioon gonokokkide antigeenidega, trihhomonaadide leid preparaatides ja spetsiaalse ravi efektiivsus.

Üldraviks kasutatakse osarsooli nii sees- kui ka välispidiselt. Ägeda põletiku puhul algab ravi loputustega 10 %-lise kummeliteega 1 - 2 korda päevas, mille järel viiakse tuppe pulber, mis sisaldab Osarsoli 0,5, Glycosi et Bolus albae ää 2,0, Acidi borici 1,0. Kuur kestab 10 päeva. Ravi kordub 10-päevase vaheaja järel.

Paralleelselt paikse raviga manustatakse osarsooli suu kaudu kolme viiepäevase tsükli, viiepäevaste vahe- aegadega, kusjuures tsükli vältel võetakse 3 x päevas ä 0,25 osarsooli. Ägeda kolpiidi puhul soovitab A. Kolesov (7) rakendada tampoone sooja parafiiniga (38° - 56°), mis mõjub põletikuvastaselt. Head efekti annavad riivitud sibula, küüslaugu ja mädarõika fütontsiidid, mida võib ra-

kendada iseseisva ravivahendina või pärast osarsooliga ravi läbiviimist. Mainitud vahendeist valmistatakse tampoonid, mis asetatakse tuppe: küüslauk kaheks, teised aga 8 - 10 tunniks. Samal ajal hõõrutakse väliseid suguosi sibula- või küüslaugumahlaga immutatud marliga. Kuuriks on vajalik 6 - 10 seanssi. Et võimaldada fütontsiidide kasutamist aasta läbi, võib valmistada ka ekstrakti nimetatud aedviljast (250 g riivitud massi + 400 g 96° piiritust, lasta seista 10 päeva, siis kurnata). Kuuriks 12 - 15 tampooni. Retsiidivide ärahoidmiseks soovitatakse kasutada fütontsiide ka per rectum: 2 korda 3 päeva tagant pärasoolde sisse viia vedelikku, mis on valmistatud ühest küüslaugust ja kahest supilusikatäiest keedetud soojast piimast. Seedetrakti saaneeritakse samal ajal, võttes sisse 3 - 5 g küüslauku (või 20 g sibulaid) 3 korda päevas 10 - 15 päeva vältel. Välis- suguosad pintseldatakse 2 %-lise põrgukivilahusega ja puuderdatakse üle puudriga: Rp. Osarsoli 0,5, Acidi borici 1,0, Glycosi et Bolus albae āā 2,0.

Üldraviks kasutatakse trihhomonoosi puhul peale osarsooli ka tugevdatud toitu, vitamiine ja tarbe korral ka hormoonteraapiat (amenorröa, kliimaksi ajal).

Teistest medikamentidest soovitab A. Kortsemkin (9) manustada trihhomonoosivastaselt toimivat akrihiinplasmotsiidi järgmise retsepti järgi: Acrichini 0,5; Plasmocidi 0,08; Glycerini 200,0; Spiritus vini et Aq. destillatae āā 2,5. Suspensioon on kollakasrohelist värvi, tuleb enne tarvitamist loksutada ja kasutada tampoonideks, limasnahkade pintseldamiseks ning ureetra instillatsioonideks (2,5g korraga).

Üldraviks on akrihiin samuti sobiv, kuna 70 % temast eritub uriini kaudu, desinfitseerides seega haigestunud kuseteid. Tabletid, mis sisaldavad 0,1 g akrihiini ning 0,02 g plasmotsiidi, võetakse sisse 2 korda päevas 6 - 7 päeva vältel. Kogu raviks rakendatakse 2 kuuri à 15 tabletti viiepäevase vaheaja järel.

Uuematest ravivahenditest mainitakse:

a) aminoakrihiini - 0,1 x 3 pro die, 5 päeva vältel või

2 - 4 %-lise salvina (Lassari pastaga) 5 - 8 grammi tuppe
3 - 4 päeva tagant, kokku 7 - 8 korda;

- b) trihhomonatsiidtablette, mida võetakse per os 0,05 x 3 pro die, 5 päeva vältel. Paralleelselt asetatakse 1 tablett päevas tuppe kahe nädala vältel. Sääraseid kuure koratakse veel 2 korda (iga menstruatsiooni järel);
- c) preparaati ASD f₃ (Dorogovi aktiivne stimulaator) 5 %-lise emulsioonina;
- d) kõige paremaid tulemusi on viimasel ajal saavutatud, kasutades üldraviks metronidazolumi, mida tuntakse ka flagyl'i ehk preparaat 8823 RP nime all (prantsuse preparaat), või clont'i (saksa preparaat) ja klion'i (ungari preparaat) nime all. Kogu raviks on vaja 20 tabletti à 0,25 g, mida võetakse sisse 10 päeva vältel (2 tabletti pro die).
3. Bartoliniidi puhul haigestub enamikul juhtudel näärme viimajuhe (canaliculitis), mis tursub ja muutub valulikuks, voolus on mädane ja sisaldab elusaid trihhomonaade. Hiljem infitseerub ka Bartolini näärde, andes segainfektsiooni puhul abtsessi. Gonorröa puhul haigestub näärde primaarselt. Raviks määratakse voodirežiim, kummelimähised (15 - 20 g kummelit valatakse üle 1 klaasi keeva veega ja lastakse seista 2 - 3 tundi. Siis kurnatakse ja lisatakse vett kuni 1 liitrini) või Iiq. Burowi (2 supilusikatäit ühele klaasile veele), istevannid. Ägedate nähtude möödumisel kasutatakse raviks osarsoolpastat (vt. lk. 6). Haigestunud viimakäiku instilleeritakse 2 %-lise põrgukivilahusega. Üldraviks manustatakse sel ajal osarsooltablette. Abtsessi puhul avatakse see ja tamponeeritakse 5 %-lise osarsooli ja naatriumbikarbonaadi 2 %-lise seguga. Prognoos on hea.
4. Trihhomonaalse tservitsiidi puhul tekib põletikuline protsess emakakaelas, väljendudes kliiniliselt punetuses, turses, erosioonide ning mädase vooluse tekkimises.
Raviks soovitatakse haigestunud kohta peitsida 1 - 2 %-lise põrgukivilahusega ja vannitada järgmise seguga: Rp.

Osarsoli 0,8, Acidi borici 0,6, Glycerini 4,0, Aq. destillatae 150,0 (kuuriks 10 vanni). Teise meetodina soovitatakse pühkida emakakaela 3%-lise äädikalahusega, mille järel määrida 0,5%-lise trüpaflaviinilahusega.

5. Protsessi astsendeerumise puhul võib tekkida endometriit ja adneksiit. Kliinilised nähud on analoogilised mainitud suguelundite haigestumisega teise etioloogia alusel, (menstruatsioonihäired, valud, palpeeritavad infiltraadid).

Raviks kombineeritakse osarsooli koos antibiootikumide ning sulfaniilamiididega.

6. Teravad kondüloomid tekivad trihhomonoosi puhul välissuguosadel seoses rikkaliku valgevoolusega umbes 4% haigestest. Kondüloome peetakse viirusdermatoosiks, mis kliiniliselt annab lillkapsast või kukeharja meenutavaid vohandeid ja on edasiantavad suguuhte teel. Raviks kasutatakse puuderdamist resortsiiniga. Samuti mõjub nekrotiseerivalt puuderdamine seguga: Rp. Pulveris summit. sabinæ et Aluminis crudi \overline{aa} 10,0 ja Gordejevi vedelik.

K u s e t e e d e h a i g e s t u m i n e n a i s t e l .

1. Trihhomonaalne uretriit tekib naistel enamasti sekundaarselt ülemineku teel suguelundeist. Uretriit võib esineda ägedal, asümptoomsel ning kroonilisel kujul.

Ägeda uretriidi puhul esineb sagedane kusetung, valu urineerimise algul, mädane sekreet ning ureetra limanaha põletikuline turse. Uriini esimene portsjon on sogane.

Asümptoomse vormi puhul puuduvad ägedad nähud. Uriini esimene portsjon sisaldab leukotsüüte. Trihhomonaade võib leida ainult värske uriini korduval uurimisel.

Kroonilise uretriidi pildil puuduvad samuti ägeda põletiku nähud, uriin on selge, kuid esineb valulikkus urineerimise lõpul.

Materjali uurimiseks võetakse masseerides ureetrat tupe kaudu vähemalt 3 tundi pärast urineerimist Värske uriin

tsentrifuugitakse ning sadet uuritakse trihhomonaadide suhtes.

Ravi läbiviimiseks on soovitatav rakendada uretroskoopiat. Ägeda protsessi puhul määratakse voodirahu, istevannid (37 - 38° C), loputused Janet' järgi (Hydr. oxycyanti 1,0 : 6000, 0,3 %-line boorhape, 2 %-line albargiin), vaheldumisi osarsooliga (Osarsoli 0,5, Acidi borici 0,6, Aq. destillatae 150,0). Protseduurid toimuvad iga päev või ülepäeviti. Välissuguosad määratakse seguga: Rq. Jodi puri 2,0, Kalii jodati 3,0; Natrii bicarbonici 4,0, Osarsoli 5,0, Clycerini 90,0.

Osarsooli võib ka rakendada uretraalküünalde kujul (iga päev 1 nädala vältel) järgmise retsepti järgi: Osarsoli 2,0, Sacchari albi et Sacchari lactici $\bar{a}\bar{a}$ 5,0, Gummiarabici pulverisati 1,7, Tragacanti q.s. u.f. bacil. urethral. N 20 2,5 cm long. et 0,4 cm crass.

Infiltraatide resorbeerimiseks võib uretrat tamponeerida 2 - 3 %-lises protargoolilahusega glütseriinis. Üldravina manustatakse osarsooli (3 tsüklit, viiepäevase vaheajaga) või urotropiini 0,5 x 10 päeva vältel. Kontrollpreparaadid soovitatakse võtta enne ja pärast menstruatsiooni.

2. Trihhomonaalne tsüstiit tekib protsessi astsendeerimise teel, kulgeb hariliku tsüstiidi kliiniliste nähtudega, kusjuures tsüstoskopeerimisel leiame hemorraagilise pildi. Valude vaigistamiseks manustatakse küünlaid: Rp. Extr. Belladonnae 0,02, Pantoponi 0,015, Antipyrini 0,5. Sisse võib anda osarsooli 0,25 ja püramidooni 0,3 3 korda päevas 1 pulber. Lokaalselt põieloputused 0,5 %-lise pörgukivilahusega.

T r i h h o m o n a a l n e p r o k t i i t .

Pärasoole infektsiooni puhul tekib ka seal põletikuline reaktsioon kipituse ja tenesmidega (eriti defekatsiooni ajal). Limanahal võivad tekkida täppverevalumid ja erosioonid.

Ravi: Lokaalselt teostatakse loputusi 3 - 5 %-lise protargooli või kollargooliga (10 ml üleväeviti) ööseks ordineeritakse küünlaid: Osarsoli 0,2, Protargoli 0,03. Hästi mõjuvad klistiirid küüslauguga (2 - 3 korda, kolmepäevaste vahetega).

T r i h h o m o n o o s l a s t e l .

Trihhomonoosi võivad haigestuda ka lapsed, eriti vastuvõtlikud on tütarlapsed.

Kliinilised nähud sarnanevad sel puhul täiskasvanute omadega, kuid on märksa ägedamad ja tormilisemad. Välissugueladel võivad tekkida ägeda dermatiidi nähud. Ravi on analoogiline täiskasvanute omaga. Lisaks sellele soovitatakse veel tütarlastel süstida tuppe 2 korda päevas jõhvika või sidruni naturaalmahla.

I m m u u n s u s , r e i n f e k t s i o o n j a r e t s i d i i v .

Trihhomonoos immuunsust ei anna, mistõttu on võimalikud ka reinfektsioonid. Samuti esineb teatav % retsidiive, mis tekivad mõni nädal pärast paranemist ja terveks tunnistamist. Mõlema ärahoidmiseks on vajalik:

- 1) varajane diagnoosimine ja põhjalik ravi, nii üldine kui ka paikne;
- 2) medikamentide sagedane vahetamine, kuna trihhomonaadid harjuvad nendega kiiresti ja muutuvad resistentseteks;
- 3) paralleelselt haigega ka tema partneri ravimine.

T r i h h o m o n o o s m e e s t e l .

Meeste haigestumisele trihhomonoosi on hakatud viimasel ajal pöörama rohkem tähelepanu, kuid juba 1893. a. kirjeldas Miura (23) meeste kuseteede infektsiooni trihhomonaadidega.

Nakatumine toimub eeskätt suguuhte teel, seepärast on ka arusaadav, miks ameeriklased nimetavad trihhomonoosi veneeriliseks haiguseks (nende nomenklatuuri järgi - seitsmendaks). Esimesena haigestub ureetra, kuid suhteliselt harvem kui naistel, kuna meeste ureetra on oma füsioloogiliste ning histoloogiliste iseärasuste tõttu trihhomonaadidele vähem sobivaks keskkonnaks. Palju soodsamaks pinnaks nakkusele osutub prostata, seemnepõiekesed ja munandimanused, millede sekreet on parasiitidele heaks söötmeks. Kliiniliselt eristatakse järgmisi trihhomonoosi vorme:

1. Glans penise, praeputiumi ja parauretraalkäikude trihhomonoos.
2. Trihhomonaalne uretriit.
3. Prostatiiit.
4. Vesikuliit.
5. Epididümiit.
6. Tsüstiit.
7. Asümptoomne trihhomonoos.

1. Glans penise ja eesnaha trihhomonoosi haigestumise puhul tekib punetus ja turse, eriti eesnahal, tekivad erosioonid, isegi haavandid. Haavand on läätseterasuurune, korrapäraste äärtega kollakashalli värvi ja sileda põhjaga (diferentsida süüfilisest, tripperist, streptodermiast). Subjektiivselt esineb sügelemine või valu, mikroskoopiliselt on trihhomonaadide leid positiivne. Sageli haigestuvad ka parauretraalkäigud (infiltraadid on palpeeritavad väädina), võivad esineda ka teravad kondüloomid.
2. Trihhomonaalne uretriit jagatakse /I. Porudominski järgi (15)/ a) värskeks ja b) krooniliseks vormiks, kusjuures värske põletik võib kulgeda kas ägedalt või loiult.
a) Värske trihhomonaalne uretriit moodustab kirjanduse andmetel keskmiselt ühe kolmandiku kõigist mittegonorroolistest põletikkudest. Inkubatsiooniaeg ulatub 3 päevast 5 - 6 nädalani /A. Vassiljev (2), B. Petserski (13)/.

Algul haigestub ureetra eesosa, kuid makroorganismi reaktiivsuse langus ja neurotroofilised häired, samuti trihhomonaadide eriline virulentsus põhjustavad põletiku ülekandmist pars posterior'i ja kaugemale.

Värske trihhomonaalne uretriit võib meestel kulgeda kas väga tormiliste objektiivsete ja subjektiivsete nähtudega või loult, peaaegu ilma vooluseta ning uriini muutuseta. Uretriidi puhul kaebavad haiged kipituse üle kusitist, voolus on kas seroosne või mädane, hallikat või kollakat värvi, sageli vahutav, kuid voolus võib ka puududa. Protsessi üleminekul ureetra tagumisse ossa kaasub sagedane kusetung, mõnikord uriini inkontinents.

Diagnosiiks võetakse uriin kahte klaasi (Tompsoni proov). Esimeses klaasis on uriin sogane. Urethritist posteriori puhul muutub uriin sogaseks ka teises klaasis. Trihhomonaade leidub tsentrifugeeritud uriini sademes. Differentsiaaldiagnosiiks gonorröast soovitab V. Matvejev (12) rakendada järgmist proovi: teostada kahekordset provokatsiooni 0,5 %-lise põrgukivilahuse instilleerimise teel. Gonorröa puhul ägenevad selle järel kliinilised nähud, trihhomonoosi puhul aga vastupidi - vaibuvad ajutiselt.

b) Krooniline trihhomonaalne uretriit on iseloomustatud pikaldase kulu, kliinilise pildi vaesuse ning infiltraatide tekkimisega, kusjuures kõvad infiltraadid võivad üle minna striktuurideks (ureetra kitsenemised).

3. Trihhomonaalne prostatiit tekib enamasti uretriidi pinnal. Prostatiidi tunnusteks on tuimad valud ristluu piirkonnas, sagedane urineerimistung, hommikuti sekreedi tilk ureetra välisotsal ja mõnikord hematuuria. Kaebused võivad ka puududa eriti prostatiidi kroonilise vormi puhul. Protsessist võivad olla kaasa haaratud ka Cowperi näärmed. Diagnoos pannakse prostata palpeerimise (per rectum) ja näärme sekreedi mikroskopeerimise alusel (rikkalikud leukotsüüdid ja trihhomonaadid).

4. Trihhomonaalne vesikuliit. Seemnepõiekestest haigestumine

kulgeb enamikul juhtudel kergel, katarraalsel kujul, mistõttu palpatoorne leid puudub, masseerimise teel saadud sekreedis aga leitakse sageli trihhomonaade.

5. Trihhomonaalne epididümiit. Sattudes munandimanustesse, põhjustavad trihhomonaadid ka seal põletikulist protsessi, mis võib esineda kas ägedal või kroonilisel kujul. Epididümiidi puhul esinevad vähemal või suuremal määral valud, palpeerides tunneme pähkli kuni kanamunasuurusi infiltraate, nahk on hüperemiline ja tursunud. Võib ka esineda keha temperatuuri tõus.
6. Trihhomonaalne tsüstiit tekib aatsendeeriva uretriidi alusel tüüpiliste tsüstiidiinähtudega (sagedane kusetung, valu urineerimise lõpul, terminaalne hematuuria. Uriin on sogane, happelise reaktsiooniga, sisaldab leuko- ja erütrotsüüte. Üksikutel juhtudel levib protsess ka neeruvaagnale. Diagnoos täpsustatakse, uurides kateteeruriini tsentrifugaati.
7. Meestel võib esineda ka asümptoomne (ilma subjektiivse vaevuseta) ja latentne (ilma kliiniliste muutusteta) trihhomonoos ning trihhomonaadide kandmine, kus puudub reaktiivne põletik ja subjektiivsed vaevused, kuid leidub parasitääriivaid trihhomonaade, mis võivad osutada ohtlikuks partnerile. B. Teohharov konstateeris parasitide kandmist 26,3 % praktiliselt tervetel meestel (19).

M e e s t e t r i h h o m o n o o s i r a v i .

Meeste trihhomonoosi peetakse ravitavaks haiguseks, kuid kroonilised ja komplikatsioonidega juhud nõuavad kauaaegset ning püsivat ravi ja järelkontrolli. Üldravina manustatakse osarsooli tsüklitena (à 5 päeva) 3-päevaste vaheaegadega, kuuriks 15 - 20 g osarsooli. Samuti on efektiivne ravi akrihiiniga (0,1 x 3 pro die, 10 päeva vältel). Mõlemat ravimit võib ka kombineerida.

Akrihiin-plasmotsiidi määratakse sama skeemi järgi kui naistele. Mis puutub antibiootikumidesse, siis on nad ots-

tarbekohased segainfektsiooni puhul /I. Porudominski (15)/.

Nendest on trihhomonoosi puhul efektiivsemad sündroomid, levomütsetiin ja biomütsein.

Krooniliste protsesside puhul üldravist üksi ei piisa ja tuleb rakendada ka paikset teraapiat. Ureetra loputamiseks kasutatakse sol. hydrargyri oxycyanati 1:10000, novarsenoli 1:500 või furacillini 1:5000, mille järel viiakse ureetrasse 0,5 - 1,0 g osarsoolipulbrit või osarsoolküünlaid. Selle järgi tuleb 2 tundi vältida urineerimist. Kuuriks teostatakse 5 - 10 säärast protseduuri.

Ravi lõpetatakse instilleerides 3 - 4 korda ureetrasse (1 - 2 korda nädalas) 1 % protargoolilahust.

Segainfektsiooni (gonorröaga) ja komplitseeritud vormide puhul alustatakse ravi immunoteraapiaga, siis jätkatakse osarsooli ja akrihiiniga, teostades paralleelselt ka paikset ravi.

Struktuuride puhul ureetras on vältimatu bužeerimine, mida kombineeritakse prof. Bogomoletsi antiretikulaarse tsütoksilise seerumi süstimisega naha alla.

Ägeda prostatiidi ja vesikuliidi puhul mõjub hästi mikroklusteeritud joodiga (2 tilka joodi 80 ml soojale veele, 2 korda päevas); epididümiidi puhul soojendusravi. Krooniline prostatiit reageerib hästi massaažile ning diatermiale (aktiivne elektrood viiakse rektumisse).

Ägeda tsüstiidi puhul antakse suu kaudu 10 %-list kalsiumkloriidilahust (3 korda päevas 1 supilusikatäis), põieteed, sündroomi ja osarsooli või akrihiini. Kroonilise tsüstiidi puhul teostatakse täiendavalt veel põieloputusid ihtüooli või kollargoolilahusega 1:6000 - 1:2000.

Segainfektsiooni puhul viiakse algul läbi antigonorröiline ravi ja alles siis trihhomonoosivastane teraapia.

Tervistumise kriteeriumideks on:

- 1) kliinilise pildi ja enesetunde normaliseerumine;
- 2) trihhomonaadide pidev puudumine mikroskoopilistes preparaatides;
- 3) retsidiivi puudumine 3 kuud kestnud kontrollaja vältel.

Provokatsiooniks kasutatakse 0,5 %-lise põrgukivi- või protargoolilahuse instilleerimist, ureetra massaaži bužeerimisel, vürtsitatud toitu ja õlut (isegi gaseeritud vett ja suhkruaineid) ja steriliseeritud piima süstimist (1 ml intramuskulaarselt) preparaat võetakse uurimiseks 24 tundi pärast provokatsiooni.

T r i h h o m o o s i p r o f ü l a k t i k a .

Eespool toodust selgub, et trihhomonoos omab suurt sotsiaalset tähtsust ja pole ime, et üha sagedamini nõutakse selle haiguse tunnistamist ametlikult suguhaiguseks. See annaks meile õiguse rakendada selle levinud infektsiooni vastu kõiki dispanserilisi profülaktilisi abinõusid, mida kasutatakse võitluses veneeriliste haigustega. Võitlusest trihhomonoosi vastu peavad osa võtma nii naistenõuandlad, kus toimub haigete naiste avastamine ja ravi, kui ka suguhaiguste dispanserid, kuhu suunatakse nende partnerid läbi vaatusele ja ravile.

Üheks tähtsaks profülaktiliseks abinõuks osutub isiklik hügieen (suguosade õige tualett, omaette voodi ja ihupesu, juhuslike tutvuste vältimine jne.). Vestlused isiklikust hügieenist peavad olema laialdase sanitaarselgitustöö teemaks. Kahtlaste nähtude ilmumisel peavad haiged viibimata pöörduma spetsialistide poole õige ravi saamiseks. Haiged peavad teadma, et haiguse ajal on keelatud suguühe ja üldkasutatavate asutuste ja ruumide - saunad, vannid, WC hoolimatu kasutamine.

Sünnitusmajades tuleb trihhomonoosihaiged sünnitajad isoleerida ja nende vastsündinud lapsi infektsiooni eest kaitsta. Ravi teostatakse hiljem naistenõuandlas.

Tähtis on raviva meditsiinilise personali käte (kummikinnaste), arstiriistade ning haigel tarvitada olnud esemete hoolas desinfektsioon.

Lasteasutustes teostatakse profülaktikat sel teel, et perioodiliselt vaatab arst läbi nii lapsi kui ka teenindavat

personali trihomonooosi suhtes. Lasteasutustesse võetakse lapsi vastu alles pärast vastavat uurimist ning haigeks osutunud lapsele võimaldatakse lasteasutusse paigutamise ainult siis, kui on loodud isolatsioon ning vastava ravi tingimused.

K i r j a n d u s .

1. Б е л я е в Е.И., Клиническое значение вагинальной трихомонады, Казанский мед. журнал, 1930, 5-6 578.
2. В а с и л ь е в А.И., Уретроскопия и эндосуретальные операции, Медгиз, 1955.
3. В а с и л ь е в - Ч е б о т а р е в А.А., Трихомонадный кольпит, Дисс., Ленинградский ГИДУВ, 1937.
4. В е й н е р о в И.Б. и Р о ж и н с к и й Л.М., Трихомонадный уретрит у мужчин, Киев, 1956.
5. Е л и с т р а т о в а М.Ф., Трихомонадный вагинит, Советский вестник венерологии и дерматологии, 1937, 6, 615.
6. К о л е с о в А.П., К вопросу о культивировании вагинальной трихомонады, Сов. Медицина, 1951, 5, 27.
7. К о л е с о в А.П., Парафинотерапия трихомонадных кольпитов, Журнал педиатрии, акушерства и гинекологии, 1951, 2, 25.
8. К о л е с о в А.П., Лечение трихомонадных кольпитов действием фитонцидов лука, чеснока и редьки. Доклады на Всесоюзном совещании по вопросу трихомонадных кольпитов ИЭМ АМН СССР, мая, Л. 1951.

9. К о р ч е м к и н А.М., Акрихин-плазмоцидная терапия трихомонадных заболеваний. Труды врачебно-санитарной службы Казанской ж.д. 1946, 1, лк. 87.
10. К у р ы г и н В.М., Лечение трихомонадных вульвовагинитов. Акушерство и гинекология, 1936, 5, лк. 641.
11. Л о с и ц к а я В.А., *Trichomonas vaginalis* и влияние ее на послеродовой период. Журн. акушерства и женских болезней, 1926, XXXVI, 2, лк. 133,
12. М а т в е е в В.Н., О трихомонадных уретритах у мужчин, 1939, П, лк. 42.
13. П е ч е р с к и й Б.Ф., Трихомонадные уретриты у мужчин, Советская медицина, 1951, 3, лк. 21.
14. П о й з н е р Б.С. и К у л а к о в а А.А., Трихомонадное заболевание женского организма, Томск, 1952.
15. П о р у д о м и н с к и й И.М., Трихомонадный уретрит у мужчин. Медицинский работник, 1956, № 50 (1484).
16. Р я б о в а Е.А. и Ш и л ь н и к о в а А.Д., К вопросу о трихомонадных вульвовагинитах у женщин. Труды Куйбышевского обл. НИ КВ Ин-та, 1941, 1, 145.
17. С и д о р о в Н.Е., К о р ч е м к и н А.М., К о л е с о в А.П., Трихомонады мочеполовых органов человека. М. Москва, 1959.
18. Т е р а с Д.Х., Экспериментальное исследование патогенности вагинальной трихомонады. Дисс. Тарту, 1954.
19. Т е о х а р о в О.А., Асимптомный и малосимптомный трихомонад мочеполовых органов и его эпидемиологическое значение. Вестник дерматологии и венерологии, 1956, 6, лк. 54.
20. Т к а ч е н к о Г.М., Материалы к биологии трихомонад и эпидемиологии трихомонозов человека. Дисс. Курск, 1955.

21. H a w e s , R. Quart, I, Mi. Sci., 1947, 88, 1, 79, 97.
22. M a r s c h a n d , F. Zbl. Bacteriologie, 1894, 15.
23. M i u r a , Zbl. f. Bacteriologie. 1894, 9.

Тартуский государственный университет
ЭССР, г. Тарту, ул. Ыликооли, 18
Л. Нурманд

ТРИХОМОНОЗ
На эстонском языке

Vastutav toimetaja H. Vahter
Korrektor E. Vöhandu

=====

TRÜ rotaprint 1964. Trükipoognaid 1,38. Tingtrüki-
poognaid 1,25. Arvestuspoognaid 1,02. Trükiarv 300.
Paljundamisele antud 31.XII 64. MB 10760.

Tell. nr. 1654.

Hind 3 kop.

Hind 3 kop.

A-26433

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00377833 1