

CZĘSTOŚĆ WYKRYWANIA ZARAŻEŃ RZĘSISTKIEM POCHWOWYM Kobiet skierowanych do leczenia klinicznego w roku 1975

ALINA KOMOROWSKA, MARIA WOŹNIAK i URSZULA KOWALSKA

Klinika Ginekologii Zachowawczej i Onkologii Ginekologicznej Instytutu Ginekologii i Położnictwa AM, w Łodzi

W myśl obowiązujących przepisów, w poradniach „K” oraz w poradniach przemysłowej służby zdrowia u wszystkich zgłaszających się kobiet pobierane są rozmazy pochwowe do badania na obecność *T. vaginalis*. Badania nasze mają się przyczynić do oceny skuteczności tej, tak szeroko zakrojonej akcji.

Material i metodyka

Z 1938 kobiet (18-62 lat), 470 przebywało w klinice z powikłaniami wczesnej ciąży, pozostałe 915 leczono z powodu ostrego bądź zaostrzonego zapalenia przydatków, zmian statyki narządów rodnych (z nietrzymaniem moczu), krwawień związanych z mięśniakami macicy, niepłodności, zaburzeń miesiączkowania, kłykcin kończystych itp.

Z treści pobieranej z pochwy sporządzano preparaty bezpośrednio (w 0,9% NaCl), preparaty barwiono sposobem Giemsy, które klasyfikowano według Jíroveca-Petera-Maleka, a w niektórych przypadkach zakładano ponadto hodowlę rzesistka na odpowiednich podłożach.

Wyniki badań i ich omówienie

Zarażenie rzesistkiem pochwowym stwierdzono u 6,3% (87 kobiet), natomiast do 1969 r. (w preparatach trwałych, barwionych z treści pochwowej) wykrywano *T. vaginalis* u 30-31% kobiet [2-4, 6, 7, 10], w latach 1970-1974 — u 14-17%. To obniżenie należy łączyć z zapoczątkowaną szeroką akcją zwalczania rzesistkowicy [11].

Odkąd u wszystkich pacjentek w poradniach „K” i ambulatoriach przyzakładowych zaczęto stosować badania mikroskopowe i przeprowadzać odpowiednie leczenie, odsetek zarażonych kobiet uległ dalszemu obniżeniu do 7,8% [12].

Najbardziej zbliżone do naszych dane o częstości występowania *T. vaginalis* w narządach rodnych kobiety w Polsce podaje Wawrzkiwicz i wsp. [13]. Ostatnio Kwoczyński i Kwoczyńska [5] stwierdzili zarażenia rzesistkiem pochwowym tylko u 0,75% kobiet badanych w poradni onkologicznej miasta Wrocławia, co wiąże się z prawidłowym rozpoznawaniem i skutecznym leczeniem rzesistkowicy w ginekologicznych poradniach lekarskich.

Gorzędowska i Wachnik [1] zaobserwowali również zmniejszenie odsetka występowania *T. vaginalis* u dziewcząt do 18 roku życia, z terenu miasta Wrocławia z 8,2% w 1968 r. do 1,9% w 1974 r.

Rozpiętość zarażenia rzesistkiem waha się w granicach 43,5-48,7% [13] w zależności od warunków sanitarno-higienicznych, komunikacji, odległości miejsca zamieszkania od zakładów pracy, urbanizacji, odległości miejsca zamieszkania od zakładów pracy, urbanizacji i industrializacji okolic podmiejskich, wsi.

W prezentowanym materiale objawy kliniczne zarażenia rzesistkiem, towarzyszące innym objawom chorobowym, były nieznaczne i występowały u 15 (17%) naszych pacjentek; były to niewielkie upławy; 4 z nich miały pieczenie przy oddawaniu moczu, 7 — zaczerwienienie sromu, pochwy i szyjki, a u 3 upławy towarzyszyły kłykcinom kończystym. Tylko 10 spośród 87 badanych zgłaszało dolegliwości ze strony pochwy i sromu, a 15 podawało przebyte leczenie przeciwrzesistkowe; pozostałe nie wiedziały o zarażeniu tym pasożytem. Koincydencja zarażeń rzesistkiem i grzybami nie była częsta i dotyczyła tylko 5 (5,74%) chorych ciężarnych.

Jak wynika z naszych badań, obecnie zgłaszają się do kliniki w większości kobiety bez podmiotowych i przedmiotowych objawów rzesistkowego zapalenia pochwy i sromu, często z utajonymi inwazjami tym pasożytem lub grzybami, które mogą ujawniać się w różnych innych chorobach narządów rodnych. W porównaniu do lat ubiegłych odsetek objawów klinicznych zapalenia sromu, pochwy i szyjki wynoszący 17% jest trzykrotnie mniejszy niż to obserwowano w 1969 r., kiedy stanowił 56,9%.

Jak wiadomo, rozwój i szerzenie się rzesistkowicy — poza odpornością na czynniki fizyczne i inwazyjnością szczepu — zależy także od stanu konstytucjonalno-kondycyjnego chorej, a zwłaszcza od morfologii dolnego odcinka narządów płciowych, od ich wydolności czynnościowej i anatomicznej, od prawidłowości cyklu miesięczkowego, wieku itp.

Wśród zarażonych 40,2% to kobiety ciężarne, najczęściej młode (do 38 roku życia); pozostałe 59,8% to kobiety starsze, do 62 lat. U starszych po menopauzie istnieją lepsze warunki dla trwałego osiedlenia się *T. vaginalis* w dolnej części narządów rodnych. Sprzyja temu nieszczelna szpara sromowa u wieloródek, opuszczenie przedniej i tylnej ściany pochwy, obniżenie i rozdarcie szyjki macicy, nadżerki części pochwowej [8,9]. W tej grupie kobiet z rzesistkowicą stwierdzono opuszczenie ścian pochwy u 6, nadżerki części pochwowej u 7, zapalenie kanału szyjki u 5 oraz u 11 stare pęknięcie szyjki.

TABELA

Rozpoznanie kliniczne zmian ginekologicznych u kobiet zarażonych rzesistkiem pochwowym w podziale na grupy zawodowe

TABLE

Clinical diagnosis of gynecologic disorders in women infested by *T. vaginalis* in relation to the groups of employment

Rozpoznanie kliniczne Clinical diagnosis	Pracownice fizyczne Manual workers	Pracownice umysłowe Intellectual workers	Niepracujące Unemployed	Razem Total (%)	Kobiety Women (%)	
Abortus imminens	15	6	2	23 (26.4)	w ciąży pregnant	40.23
Partus praematurus imminens	4	1	1	6 (6.9)		
Pyelonephritis gravidarum	3	2	1	6 (6.9)		
Adnexitis acuta	3	1	—	4 (4.7)	poza ciążą impregnant	59.77
Adnexitis chronica exacerbata	6	9	3	18 (20.8)		
Cysto et rectocele Incontinentia urinae	3	3	—	6 (6.9)		
Uterus myomatosus						
Metrorrhagia	3	4	—	7 (8.0)		
Sterilitas	2	4	1	7 (8.0)		
Dysfunctio ovariorum	1	5	1	7 (8.0)		
Condylomata acuminata	1	2	—	3 (3.4)		
Razem (%) badanych zarażonych <i>T. vaginalis</i> Examined women infested by <i>T. vaginalis</i> , totally (%)	41 (47.1)	37 (42.5)	9 (10.4)	87 (100)		

Rzęsistkowicę bezobjawową częściej spotykano u ciężarnych, co jest zgodne z obserwowanym przez Soszkę i Kuczyńską [8] brakiem odpowiedzi pochwy na zarażenie rzęsistkiem u kobiet ciężarnych; w obrazach mikroskopowych autorzy ci stwierdzali niekiedy liczne pałeczki Döderleina.

W naszym materiale 35 kobiet, tzn. 40,23%, zarażonych rzęsistkowicą stanowiły ciężarne zgłaszające się najczęściej w związku z groźącym poronieniem (26,4%), z groźącym porodem przedwczesnym (6,9%) i odmiedniczkowym zapaleniem nerek (6,9%). 52 z zarażonych leczyło się z powodu ostrego (4,7%) bądź zaostrzonego zapalenia przydatków (20,7%), krwawień spowodowanych mięśniakami macicy (8%), niepłodności (8%), opuszczenia przedniej i tylnej ściany pochwy (6,9%), zaburzeń miesiączkowania (8%) oraz kłykcin kończystych (3,4%).

Warto dodać, że nie stwierdzono istotnych różnic częstości rzęsistkowicy w grupie kobiet pracujących fizycznie (47,1%) i umysłowo (42,5%); rzadziej wykrywano *T. vaginalis* u kobiet nie pracujących zawodowo (10,4%). Obrazy mikrobiologiczne treści pochwowej przemawiały za rzęsistkowicą przewlekłą. U 13 badanych w osadzie moczu występowały równocześnie rzęsistki.

Ogólnie biorąc, znaczne zmniejszenie zachorowalności w roku 1975 można wiązać z wprowadzeniem badań profilaktycznych, sondażowych z profilaktyką w okresie ciąży, z lepszym uświadomieniem i kulturą sanitarną, a przede wszystkim ze skutecznością leczenia lekami przeciw rzęsistkowymi nie tylko kobiet, ale także ich partnerów.

Wnioski

1. Akcja zwalczania rzęsistkowicy w Łodzi zmniejszyła w porównaniu do lat ubiegłych odsetek wykrywanych inwazji *T. vaginalis* u kobiet leczonych w klinice w roku 1975.

2. Dla wczesnego wykrywania i leczenia rzęsistkowicy ważne są: profilaktyka i przeprowadzane planowo w poradniach „K” i poradniach przemysłowych systematyczne badania ginekologiczne połączone z badaniem mikroskopowym treści pochwowej.

3. Wobec możliwości istnienia — po objawowym — bezobjawowego, utajonego okresu rzęsistkowicy bezwzględnie konieczne jest radykalne, długotrwałe leczenie aż do skutku przypadków rozpoznanego lub nawet tylko prawdopodobnego zarażenia.

Adres autorek:

90-570 Łódź, M. Skłodowskiej-Curie 15/17

LITERATURA

1. Gorzędowska, E., Wachnik, S.: *Wiad. Parazytol.* 23, 569, 1977.
2. Grönnner, L., Čatár, G., Valent, M.: Ref. Międzyn. Symp. „Balneoth. Gyn.”, Frantisk. Lazne 10-14 X 1967.
3. Komorowska, A., Kurnatowska, A.: *Probl. Uzdr.*, 69, 191, 1973.
4. Kozłowska, D., Witkowska, Z.: *Gin. Pol.*, 40, 407, 1969.
5. Kwoczyński, M. Z., Kwoczyńska, K.: *Wiad. Parazytol.*, 23, 497, 1977.
6. Nowosad, K., Wawrzekiewicz, M., Robaczyński, J.: *Wiad. Parazytol.*, 12, 487, 1966.
7. Peter, R., Komorowska, A., Kurnatowska, A.: *Wiad. Parazytol.*, 12, 244, 1966.
8. Pikuła, Z.: *Wiad. Parazytol.*, 23, 573, 1977.
9. Pilawski, Z., Łazar, W., Kośmider, M., Żółtowski, M.: *Wiad. Parazytol.*, 23, 605, 1977.
10. Skałba, A., Suchy, H.: *Wiad. Parazytol.*, 19, 337, 1973.
11. Schmer, R.: *Wien Med. Wschr.*, 32, 808, 1970.
12. Trzeciak, B.: *Wiad. Parazytol.*, 23, 581, 1977.
13. Wawrzekiewicz, M., Guzik, E., Bartoszewicz, T., Kwoczyński, M. Z.: *Wiad. Parazytol.*, 23, 561, 1977.

FREQUENCY OF TRICHOMONAL INFECTIONS IN WOMEN
SENT IN FOR GYNECOLOGICAL TREATMENT IN 1975

by

A. KOMOROWSKA, M. WOŹNIAK and U. KOWALSKA

In 1975, 1385 women aged 18-62, suffering from vaginal flow, were examined at the Gynecologic Clinic, the Institute of Gynecology and Obstetric, Medical Academy, Łódź. Vaginal smears were taken from all the women, which were then stained by Giemsa's method and estimated according to Peter, Jirovec and Malek. In doubtful cases cultures of trichomonads were started in proper media.

Invasion of *T. vaginalis* was stated in 87 (6.3%) patients, which means a decrease as compared with the past years. Most of the infected women suffered from adnexitis, dysfunctio ovariorum uterus myomatosus, colpoptosis of the anterior and posterior wall of the vagina, etc. Most of them were professional workers, employed mainly in the textile industry.

Systematic prophylactic gynecological examinations at Women's and Industrial Dispensaries are particularly important for early detection and treatment of trichomonadosis.