

6. Баринский И.Ф., Шубладзе А.К., Каспаров А.А., Гребенюк В.Н. Герпес (этиология, диагностика, лечение). – Москва: «Медицина», 1986. – 272 с.
7. Змейчук И.Я., Ющишин Н.И., Семенуха К.В. Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 1998. - № 1. – С. 100-106.
8. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека: Руководство для врачей. – В.Новгород-СПб., 2006. – 303 с.
9. Калюжна Л.Д., Бардова К.О. Доцільність застосування протирецидивної терапії у хворих на генітальний герпес // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. - № 1 (44). – С. 119-124.
10. Кожные и венерические болезни: Рук-во для врачей в 4-х т. / Под ред. Ю.К.Скрипкина. – М.: Медицина, 1996. - Т. 4. - 352 с.
11. Крапивница. Вирусные дерматозы / Под ред. Е.В.Соколовского. – СПб.: “СОТИС”, 2000. – 160 с.
12. Противовирусные препараты. Рук-во для врачей и фармацевтов / Под ред. М.Г.Романцова. – СПб., 1996. – 57 с.
13. Скрипкин Ю.К., Шарاپова Г.Я., Селицкий Г.Д. Инфекции, передаваемые половым путем. Практ. рук-во. – М.: “МЕДпресс-информ”, 2001. – 368 с.
14. Тищенко М.С., Серебряков М.Ю., Вронов А.В., Серебряков Д.Ю. Лечение больных герпетической инфекцией. // Terra Medica Nova. – 2006. - № 4. - С. 40-44.
15. Benedetti J, Zeh J, Selke S, Corey L. Frequency and reactivation of nongenital recurrences among patients with genital herpes simplex virus. Am J Med 1995; 98: 237-242.
16. Fleming DT, McQuillan GM, Johnson RE et al. Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976 to 1994. N Engl J Med 1997; 337: 1105-1111.
17. Leung DT, Sacks SL. Current recommendations for the treatment of genital herpes. Drugs 2000; 60: 1329-1352.
18. Wheeler CE J. The herpes simplex problem. J Am Acad Dermatol 1998; 18 (Part 2):163-168.

УДК [618.3+616-053.31]-022.7/9:576.893.161.21]-07-08-084

ИНВАЗИЯ *TRICHOMONAS VAGINALIS* БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Г.И.Мавров, Т.В.Осинская, Т.В.Губенко

ГУ “Институт дерматологии и венерологии АМН Украины”, Харьков

Ключевые слова: *Trichomonas vaginalis*, эпидемиология, диагностика, клиника, беременные женщины.

Актуальность темы. Впервые у беременных женщин *T. vaginalis* были выявлены И.П.Лазаревичем в 1870 г. По разным оценкам, трихомоноз беременных женщин колеблется в пределах 1-50%, при этом, в 2-40% случаев возможно ее прерывание, а в 1,5-11% – преждевременные роды. Урогенитальный трихомоноз беремен-

ных представляет собой в большинстве случаев смешанный протозойно-бактериальный процесс с частым присоединением грибковой инфекции. В частности, трихомонадно-гонорейная ассоциация встречается у 48% беременных, а у ВИЧ-инфицированных – у 18% [1-16]. Однако, и на сегодняшний день вопросы об особенностях трихомонадной инфекции у беременных женщин, а также ее влияние на течение беременности, роды и послеродо-

вой период остаются до конца не выяснены.

Цель исследования – на основании особенностей эпидемиологических и клиничко-лабораторных данных беременных женщин, инфицированных *T. vaginalis*, выделить группы риска с учетом особенностей акушерско-гинекологического анамнеза, течения беременности, родов и послеродового периода.

Материал и методы исследования. В исследование принимали участие: 140 беременных женщин. Группу контроля составили 20 практически здоровых родильниц с физиологическим течением беременности, родов и послеродового периода. Материалом для лабораторного изучения служили мазки отделяемого из влагалища, цервикального канала, уретры, амниотические жидкости, плодовые оболочки. Диагностику трихомонадной инфекции проводили бактериоскопическим (исследование нативных и окрашенных препаратов по Романовскому-Гимзе) и бактериологическим (применялась стандартная питательная среда для выделения и культивирования трихомонад - СКДС) методами. Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки данных «Microsoft Excel» – 2000.

Результаты и их обсуждение. На основании клиничко-лабораторных данных урогенитальный трихомоноз был диагностирован у 54,9±5,0% беременных женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Основную часть женщин, инфицированных *T. vaginalis*, составили беременные, направленные женскими консультациями и гинекологическими стационарами - 90,5±4%, при этом в основном по поводу других ИППП. Большинство исследуемых беременных составили женщины, у которых впервые была обнаружена *T. vaginalis* – 92,1±3,6%, повторно (после лечения до беременности) – 6,9±3,6%. Средний возраст инфицированных беременных составил 26,9 лет, при этом доминировали женщины состоящие в браке - 90,7±4% и

имеющие постоянное место работы (служащие) – 56,5±6,7%.

Начало половой жизни большинство беременных начали в 17,3 лет, при этом в возрасте до 16 лет – 23,6±5,8%. Заболевание трихомонозом в 92,4±3,6% случаев расценивалось, как хронический процесс. Трихомонадная инфекция, как моноинфекция наблюдалась у 40,3±6,7% женщин, а в 58,9±6,7% - представляла смешанный процесс в ассоциации с другими инфекциями (*Chlamydia trachomatis* – (14,5%), *Ureaplasma urealyticum* – (41%), *Mycoplasma hominis* - (14%), *Candida albicans* – (38,9%), *Gardnerella vaginalis* – (16,7%), *S. aureus* в концентрации более 10^4 КОЕ/см³ (13,7%), носителями ЦМВ - (13%) и генитального герпеса (тип 2) - (3,1%)). Больше трех инфекций отмечалось у 13,1±4,3% женщин. При изучении клиничко-течения трихомонадной инфекции у исследуемых, было выявлено, что 76,1±5,8% беременных предъявляли жалобы и патология урогенитального тракта (табл.1).

Анализируя акушерский анамнез и исход предыдущих беременностей у исследуемых, было установлено, что преобладали женщины с повторной беременностью. Течение данной беременности, родов и послеродового периодов протекала с патологией у 58,9±6,7 % женщин. (табл.2).

У каждой третьей женщины наблюдалось сочетание нескольких осложнений течения данной беременности.

Выводы. Таким образом, анализируя полученные данные, мы видим достаточно высокий уровень выявления трихомонадной инфекции среди беременных женщин с высоким уровнем акушерско-гинекологических заболеваний и влияние ее на течения и повышенную частоту осложнений гестационного периода. Исходя из этого, считаем целесообразным выделения в группу риска беременных женщин, инфицированных *T. vaginalis*, с учетом особенностей акушерско-гинекологического анамнеза, течения беременности, родов и послеродового периода.

Таблица 1

Структура патологии урогенитального тракта
у беременных с УТ с учетом сопутствующей флоры (%)

Признаки	Моноинфекция, %	Смешанная инфекция, %
Жалобы		
Выделения	76,1 ± 5,8	89,3 ± 4,1
Жжение	21,3 ± 7,7	24,7 ± 5,6
Зуд	21,3 ± 7,7	28,9 ± 6,0
Дизурия	21,3 ± 7,7	26,9 ± 5,9
Клинические проявления		
Вульвовагинит	76,1 ± 7,7	89,3 ± 4,1
Эндоцервицит	16,7 ± 6,8 *	49,6 ± 6,7 *
Эрозии шейки матки	13,3 ± 6,2 *	38,1 ± 6,5 *
Аднекситы	3,7	12,6 ± 4,4
Уретрит	21,3 ± 7,7	28,9 ± 5,9
Лейкоцитоз (40-все п/зр)	34,5 ± 8,6 *	49,7 ± 6,7 *
Поликистоз яичников	5,9 ± 4,6	5,1 ± 3,0
Фибромиома матки	-	1,8
Бессимптомное течение	23,9 ± 7,7 *	11,8 ± 4,1 *

* – достоверные различия между подгруппами ($p < 0,01$);

Таблица 2

Структура патологии акушерского анамнеза и периода гестации
у беременных с УТ с учетом сопутствующей флоры (%)

Показатели	Исследуемые беременные	
	Моно, %	Смешанная, %
Патология беременности	33,1 ± 8,6 *	78,9 ± 5,3 *
Токсикозы (I и II половины)	25,1 ± 8,1	31,4 ± 6,1
Анемия	37,9 ± 8,9	39,7 ± 6,6
Угроза прерывания	38,1 ± 8,9	41,8 ± 6,7
ФПН	39,2 ± 8,4 *	67,2 ± 6,4 *
Гестационный пиелонефрит	23,3 ± 7,7	26,2 ± 5,6
Акушерский анамнез		
Выкидыши	6,1 ± 4,3	5,9 ± 3,1
Внематочная беременность	2,9	2,6
Первичное бесплодие	-	3,9 ± 2,6

* – достоверные различия между подгруппами ($p < 0,01$);

Список литературы

1. Галникіна С.О., Хміль С.В., Гумена І.Я. Дерматологічні аспекти вагітності. Ч. 3. // Укр. журнал дерматології і венерології - 2007. - № 4 (27). - С. 44-49.
2. Луценко Н.С, Терапина Л.Р. Течение гестационного процесса при различных методах лечения инфекции // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. - № 4 (24). - С. 2-4.
3. Мавров И.И. Половые болезни. Рук-во для врачей, интернов и студентов. – Харьков: Факт, 2002. - 789 с.
4. Мавров Г.И. Проблемы трихомонадной инфекции у беременных женщин и новорожденных детей: эпидемиология, особенности клиники, диагностики, лечения и профилактики /

- Г.И.Мавров, Т.В.Осинская // Укр. журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – 2007. – № 2 (25). – С. 74–78.
5. Мавров Г.И. Инвазия *Trichomonas vaginalis* беременных и новорожденных / Г.И.Мавров, Т.В.Осинская // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2010. – № 1. – С. 101-107.
 6. Мавров Г.И. Инфекции, передающиеся половым путем, и проблема сексуального и репродуктивного здоровья нации / Г.И.Мавров, А.Е.Нагорный, Г.П.Чинов // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2010. – № 1. – С. 5-15.
 7. Никитенко И.Н. Урогенитальный трихомониаз. Эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2009. - №1. - С. 7-10.
 8. Осинская Т.В. Случай трихомоноза беременной женщины и ее новорожденной девочки / Т.В.Осинская // Дерматологія та венерологія. – 2009. – № 4 (46). – С. 62-65.
 9. Савичева А. М., Башмакова М.А., Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г. Инфекции у беременных (диагностика, лечение, профилактика) // Журнал акушерства и женских болезней. - 2002. - № 2 (61). - С.71-77.
 10. Сапожникова В.А. Трихомониаз беременных и родильниц: Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к. мед. н.: спец. 14.00.11. «Кожные и венерические болезни» / В.А.Сапожникова. – Томск, 1956. – 25 с.
 11. Ameri J. / J.Ameri // Trop. Med. – 2008. – Vol. 78, N 1. – P. 117–119.
 12. Bramley M. Study of female babies of women entering confinement with vaginal trichomoniasis / M.Bramley // British Journal of Venereal Diseases. – 1976. – Vol. 52. – P. 58–62.
 13. Cassie R, Stevenson A. Screening for gonorrhoea, trichomoniasis moniliiasis and syphilis in pregnancy// Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Commonwealth. – 1973.- Vol. 80 - P. 48-51.
 14. Francis J. Bowden, Geoffrey P. Gamett. *Trichomonas vaginalis* epidemiology: parameterising and analysing a model of treatment inventions // Sex Transm. Infect. – 2000. – Vol. 76. – P. 248–256.
 15. Heine RP, McGregor JA, Patterson E, et al. *Trichomonas vaginalis*: diagnosis and clinical characteristics in pregnancy// Infect Dis Obstet Gynecology. – 1994. - Vol. 1. – P. 228-234.
 16. Saurina GR, Mc Cormack WM. Trichomoniasis in pregnancy. Sex Transm Dis 1997; 24: 361-2.

ІНВАЗІЯ *TRICHOMONAS VAGINALIS* ВАГІТНИХ ЖІНОК

Г.І.Мавров, Т.В.Осінська, Т.В.Губенко

У статті наведені дані щодо епідеміології, діагностики та особливостей клінічного перебігу трихомонадної інфекції у вагітних жінок.

TRICHOMONAS VAGINALIS INVASION OF PREGNANT WOMEN

G.I.Mavrov, T.V.Osinskaya, T.V.Gubenko

This pilot researcher is devoted to analysis of the epidemiology, clinical manifestation, diagnostics *Trichomonas vaginalis* infection of pregnant women