

Цель работы: изучить состояние заболеваемости урогенитальным микоплазмозом в Украине за период с 2002 по 2012 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении статистических данных нами были получены следующие результаты: за указанный период отмечается рост заболеваемости урогенитальным микоплазмозом (с 34,8 случаев на 100 000 населения до 86,8), в период с 2002 по 2007 год частота выявления увеличилась более чем в два раза (с 34,8 до 75,8), в период с 2007 по 2012 частота выявления УМ также возросла (с 75,8 до 86,8), что может свидетельствовать о недостаточном внимании к данной проблеме практических врачей и несовершенной диагностической программе. Самый высокий уровень заболеваемости наблюдается среди населения Харьковской области (347,1 случай на 100 000). Причем у женщин данная патология выявляется в 2 раза чаще, чем у мужчин.

Выводы: таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения проблемы урогенитального микоплазмоза ввиду роста заболеваемости, а также поиска эффективных схем лечения.

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

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ТРИХОМОНАДНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

**Бондаренко Г.М., Осинская Т.В.,
Унучко С.В., Федорович Т.В.**

**ГУ «Институт дерматологии
и венерологии НАМН Украины»**

Урогенитальные инфекции нередко характеризуются рецидивами после лечения,

самопроизвольными выкидышами, патологическим течением беременности, родов, послеродового периода, инфицированием плода и новорожденного.

По разным оценкам частота выявления *T.vaginalis* у беременных составляет – 20 – 55 %, *U.urealyticum* – 50-75 %, *M.hominis* – 20-25 %. Результаты исследований по оценке вероятности перинатального инфицирования *T.vaginalis* (0 – 55 %), *U.urealyticum* и *M.hominis* (2 – 11%) немногочисленны и переменны, что не позволяет объективно оценить степень распространения и факторы риска заражения новорожденных детей трихомонадной инфекцией.

Цель работы – на основании клинико-эпидемиологических особенностей, а также влияния трихомонадной и микоплазменной инфекции на гестационный период, выделить факторы риска перинатального инфицирования *T.vaginalis*, *U.urealyticum* и *M.hominis*.

Материалы и методы исследования: обследованы 210 беременных женщин и 160 новорожденных девочек, в возрасте до 7 суток жизни; 25 проб амниотических оболочек и околоплодных вод. Материалом для лабораторного изучения служили мазки отделяемого из влагалища, цервикального канала, уретры, околоплодные воды, амнион. Диагностику *T.vaginalis* проводили бактериоскопическим (исследование нативных и окрашенных препаратов по Романовскому–Гимзе) и бактериологическим методами (применялась стандартная питательная среда для выделения и культивирования трихомонад - СКДС). Диагностику *M.hominis* и *U.urealyticum* проводили бактериологическим, иммунологическим (ИФА) и молекулярно-генетическим (ПЦР) методами. Для микроскопического исследования амниотических оболочек вырезались кусочки размером 1,0 × 1,0 см через всю толщину ткани и фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Затем проводили через спирты возрастающей концентрации, заливали в целлоидин-парафин и изготавливали срезы толщиной 5-6 мкм. Гистологические срезы

окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизону.

Результаты и их обсуждение. Трихомоноз, как моноинфекцию диагностировали в 30% случаев, микоплазмоз и уреаплазмоз - в 15%. За составом урогенитальной микрофлоры преобладали больные на смешанную инфекцию, а именно чаще всего в ассоциации с *T.vaginalis* (65,1%), в частности с *M. hominis* (7%) и *U. urealyticum* (28%), *Chlamydia trachomatis* – (16%), *Gardnerella vaginalis* (18%), *Treponema pallidum* (1%), *Candida albicans* (43%) и *Staphylococcus aureus* в концентрации больше 10⁴ КУО/см³ (18%). Инфицирование новорожденных девочек диагностировалось – *T.vaginalis* у 22% случаев, *M. hominis* – у 6% и *U. urealyticum* – у 9%.

Установлены факторы риска по перинатальному инфицированию *T.vaginalis*, *M. hominis* и *U. urealyticum*: возраст (20 – 30 лет) инфицированных матерей (78%), раннее (до 18 лет) начало половой жизни (58%), низкий удельный вес индивидуальной профилактики (29%); не диагностированная урогенитальная инфекция до родов (98%), патология нижнего и верхних этажей урогенитального тракта (78%), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (95%), высокая частота гестационных осложнений (100%) и соматической патологии (70%); физиологическое родоразрешение (81%), кесарево сечение (18%); наличие инфекции в амниотической жидкости и оболочках с патоморфологическими изменениями амниона, а также женский пол ребенка.

Выводы. Анализируя полученные данные, мы видим достаточно высокий уровень выявления трихомонадной и микоплазменной инфекции среди беременных женщин, с высоким уровнем акушерско-гинекологических заболеваний и осложнений, а также их новорожденных детей, что в значительной степени является фактором риска для перинатального инфицирования, который в значительной степени зависит от используемых диагностических методов, в частно-

сти, культурального при трихомонозе и ПЦР при микоплазмозе. Является целесообразным выделения в группу риска беременных женщин, инфицированных *T.vaginalis*, *M. hominis* и *U. urealyticum*, с учетом особенностей соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, течения беременности, родов и послеродового периода, а также возможного перинатального заражения.

УДК 618.3/.5-06:616.972.-616.972:616.983:616:98

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПЕРЕБІГ СИФІЛІТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

**Бондаренко Г.М., Унучко С.В.,
Губенко Т.В.**

*ДУ „Інститут дерматології
та венерології НАМН України”*

За останні роки суттєво змінилась епідеміологія сифілісу. Встановлено, що захворюваність на сифіліс розвивається хвилеподібно. Підвищення відмічалось з інтервалами приблизно в 15-17 років. У другій половині ХХ сторіччя найбільш інтенсивний ріст інфікування сифілісом спостерігався у 1995-1996 роках. Рівень захворюваності у цей період був більш ніж у 5 разів вище рівня захворюваності у 60-ті роки, коли реєструвались мінімальні показники. Пік зростання на сифіліс припав на 1996 рік, коли інтенсивний показник був 150,8 випадків на 100 000 населення. Підвищення захворюваності сифілісом у ці роки спостерігалось практично у всіх регіонах України. Починаючи з 1998 року відмічається зниження кількості хворих на сифіліс. Статистичні дані за 2012 р. по Україні склали: число виявлених випадків – 5334 або 11,7 на 100 тис. населення. Наведені дані - це офіційна статистка, яка відображає, по різних оцінках, від 10% до 40% реальної кількості випадків сифілісу.