

УДК 616.97:616.6-074 (045)

Клініко-епідеміологічні аспекти хронічних урогенітальних захворювань при протозойній інвазії *Trichomonas vaginalis*

С.К. Джораєва, В.В. Гончаренко, С.В. Унучко, Г.М. Біляєв, Н.В. Соболев, О.В. Щоголева, А.Р. Бабута
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Резюме

В сучасних умовах спостерігається тенденція до поширення хронічних маломаніфестних форм запальних захворювань сечостатевого шляху зі стертою симптоматикою, що й визначає актуальність проблеми. Метою дослідження обрано оцінку поширеності трихомонадної та асоційованих інфекцій у хворих, що страждають виключно на хронічні запальні захворювання з в'ялим перебігом, з урахуванням гендерних та вікових особливостей. Обстежено 189 хворих віком від 17 до 80 років. В результаті проведених досліджень діагноз трихомонозу був верифікований у $48,7 \pm 3,6$ % первинних пацієнтів. Серед даної когорти обстежених переважно розповсюдження трихомонад визначено серед жінок віком 18–30 років, а серед чоловіків – 26–40 років, що свідчить про необхідність моніторингу інфекції з позицій дрібних соціальних груп – осіб окремого віку та статі.

Ключові слова: хронічні запальні захворювання сечостатевого тракту, трихомонадна інвазія, асоційовані інфекції, лабораторна діагностика.

Вступ

В сучасних умовах інфекційні захворювання статевих органів являють собою актуальну проблему багатьох медичних напрямів, і насамперед венерології. Урогенітальна інфекція є шонайпершою причиною виникнення запальних процесів серед гінекологічних та урологічних хворих. Її негативний вплив також вважається одним з факторів патогенезу жіночих незапальних захворювань. Запальний процес з хронічним перебігом в статевих органах сприяє формуванню таких патологічних станів, як ендометріоз, гіперпластичні процеси ендометрію, міома матки, безпліддя різного генезу, неопластичні захворювання шийки матки, а також функціональні розлади, що порушують фізіологічний перебіг вагітності [1, 3].

Підвищена кількість хронічних маломаніфестних форм запальних захворювань зі стертою симптоматикою пояснюється насамперед відсутністю чітко вираженої гострої стадії захворювання, трансформацією клінічної картини в напрямку атипового

перебігу, схильністю до подовженої тривалості процесу, зміною реактивності організму та біологічними особливостями збудників. Також має значення кількісне зростання антибіотикорезистентних, а часто і полірезистентних, штамів мікроорганізмів та розвиток їх асоціацій [2, 4]. Під впливом токсичних факторів асоційованих інфекційних агентів відбуваються деструктивні зміни, пригнічується фагоцитарна активність лейкоцитів, що призводить до розвитку торпідних форм. Хронізація деструктивного процесу спостерігається при функціональній неповноцінності мононуклеарних фагоцитів, які проникають в осередок пошкодження слідом за поліморфоядерними лейкоцитами [3].

Лідуюче положення серед сексуально-трансмисивних інфекцій у населення репродуктивноздатного віку посідає протозойна інвазія *Trichomonas vaginalis*. Гострота проблеми урогенітального трихомонозу обумовлена багатьма обставинами. Високому рівню захворюваності сприяють висока контагіозність,

інтенсивне статеве життя осіб репродуктивного віку, що нехтують правилами «безпечного сексу», можливість багаторазового зараження внаслідок відсутності формування набутого імунітету до збудника, а також схильність до хронічного, торпідного та маломаніфестного перебігу. У пацієнтів часто розвиваються серйозні ускладнення та відбувається рецидивування хронічних запальних захворювань статевої сфери [1, 2, 12]. Інфекція суттєво знижує якість життя пацієнта, і таким чином медична проблема доповнюється соціальним компонентом.

Трихомонадна інвазія слизової оболонки уrogenітального тракту знаменує початок формування мікроекологічних порушень у біотопі. Внаслідок змін екологічної рівноваги мікробіоти збудник стає учасником біологічної спільноти і сприяє формуванню патомікробіоценозних комплексів, у функціонування яких неминуче залучається потенційно патогенна мікрофлора. В результаті цих процесів в уrogenітальному тракті можуть виникнути умови, котрі сприяють тривалому персистуванню збудників інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСП) [1, 5, 7].

Трихомонадна моноінфекція зустрічається у 10–35 % захворілих, а частка мікст-інфекції з участю «сателітних» збудників ПСП становить 65–90 %, причому у формуванні патомікробіоценозів можуть брати участь хламідії (20–60 %), гонококи (5–30 %), уреоплазми (35–50 %), мікоплазми (4–8 %), гарднерели (15–30 %) та інші мікроорганізми [4, 5, 12]. Немало дослідників вважають, що ключова роль у цьому процесі належить *T. vaginalis*, що здатна виконувати резервуарну, або так звану TANK-функцію, по відношенню до інших патогенів [2, 3, 7].

Потрапляння паразита у сечостатеві шляхи не завжди закінчується розвитком найпростіших. Вважається, що будь-які зміни в слизових оболонках, що виникли у результаті попередніх статевих інфекцій з дисбіотичними порушеннями, сприяють трихомонадній інвазії [7]. Але, з іншого боку, накопичення у первинному осередку збудників у критичній дозі індукує процес порушення колонізаційної резистентності слизової оболонки, зниження якої може спровокувати розвиток бактеріальної інфекції. Потенційно патогенна мікрофлора, що входить до складу природного мікробіоценозу, може підвищити свій «агресивний» потенціал у результаті взаємодії з трихомонадами [1, 11].

За певних умов трихомонади не спричиняють відповідні реакції або провокують розвиток слабоманіфестних симптомів. Виникає динамічна рівновага, яка під впливом деяких факторів може порушитися в бік розвитку або згасання захворювання, аж до елімінації трихомонад. Значна кількість випадків маломаніфестного торпідного перебігу трихомонадної інфекції, особливо у чоловіків, пов'язана з тим, що трихомонади гетерогенні за набором патогенних властивостей, і серед них існують варіанти різного ступеня вірулентності (тепер є встановленими 8 серотипів і приблизно

120 різновидностей), що відрізняються одне від одного антигенними та культуральними характеристиками, факторами адгезії та інвазії. Крім того, реалізація патогенного потенціалу *T. vaginalis* суттєво залежить від преморбідного статусу макроорганізму, який обумовлюється сукупністю факторів, пов'язаних з функціонуванням імунної та ендокринної систем, наявністю хронічних інфекцій та екстрагенітальної патології, а також зі станом мікробіоценозу уrogenітального тракту [3, 4, 8–10].

Ураховуючи вищевикладені клінічні та епідеміологічні дані, нами було заплановане та проведене дослідження, метою якого обрано оцінку поширеності трихомонадної та асоційованих інфекцій у хворих, що страждають виключно на хронічні запальні захворювання з в'ялим перебігом, з урахуванням гендерних та вікових особливостей.

Матеріали та методи дослідження

На базі відділу ІПСШ ДУ «ІДВ НАМН» було проведено клініко-лабораторне обстеження 189 пацієнтів віком від 17 до 80 років. Діагностика трихомонадної інфекції ґрунтувалася на результатах комплексного обстеження, що охоплювало: виявлення трихомонад у мазках виділень з уретри, вагіни та цервікального каналу в жінок і уретри – у чоловіків та культуральне дослідження біологічного матеріалу у рідкому живильному середовищі на основі бульйону М 305 (HiMedia, Індія) з наступною детекцією збудника за допомогою мікроскопії нативних вологих препаратів. Для мікроскопічної візуалізації найпростіших у мазках матеріал був фіксований з наступним фарбуванням за Грамом.

Наявність хламідійної інфекції верифікувалася за результатами виявлення збудника у зазначених епітеліальних клітинах уретри, цервікального каналу за методом прямої імунофлюоресценції (ПФ) та визначенні антитіл до *Chlamydia trachomatis* за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА) з використанням наборів «Рекомби Слайд Хламидія» (Лабдіагностика, Россія) та імуноферментної тест-системи Vitrotest-Chlamydia IgG (Україна) згідно з інструкцією виробника. Бактеріологічні дослідження умовно-патогенних мікроорганізмів з визначенням їх кількісних показників та проведенням видової ідентифікації виконувались відповідно до регламентуючих документів МОЗ України [6].

Результати та їх обговорення

Критеріями включення до досліджуваної популяційної групи слугували наявність хронічних запальних захворювань сечостатевих шляхів з в'ялим перебігом, маломаніфестною симптоматикою та давністю захворювання від 1 року. До когорти обстежених увійшли пацієнти як жіночої, так і чоловічої статі, їх кількість становила 92 та 97 осіб відповідно. Віковий діапазон обстежених був досить широким. Так вік пацієнтів чоловічої статі варіював від 17 до 80 років (середній вік

36,3 ± 5,0), а жіночої – від 18 до 80 років (середній вік 36,8 ± 5,1). Пік захворюваності припадав на віковий інтервал 27–32 роки (63,5 %).

Характерним для усіх обстежених хворих був рецидивний характер перебігу захворювань, незначна вираженість об'єктивних показників та в'ялий перебіг загострення процесу хвороби. Серед обстежених жінок нозологічні форми захворювань розподілилися наступним чином: хронічний ендocerвіт – 48 осіб, хронічний аднексит – 20 пацієнток, хронічний цистит – 16 жінок, інші діагнози (ерозія шийки матки, кольпіт, вульвовагініт) – 8 осіб. Серед чоловіків обстеження здійснено у 70 пацієнтів з хронічним уретритом та у 27 – з хронічним простатитом. Серед обстежених пацієнтів було 19 пар статевих партнерів, з них 16 родин та 3 неодружені пари. Усі вони обстежені для встановлення причин запальних захворювань органів малого таза.

У ході застосування комплексу діагностичних методів діагноз трихомонозу був верифікований у 48,7 ± 3,6 % первинних пацієнтів. Відсоток позитивних знахідок був вищим у результаті проведення посівів на рідкі живильні середовища. Загальна кількість середовищ, у яких спостерігався ріст трихомонад, досягла 92 зразків зі 189. Знахідки збудників у мазках виділень, зафарбованих за Грамом, становили лише 20,6 ± 2,9 %. Відсоток позитивних результатів, отриманих бактеріологічно, виявився дещо вищим у групі обстежених жінок: він сягнув 28,0 ± 3,3 % проти 20,6 ± 2,9 % у чоловіків. Відмічено, що аналогічна картина спостерігалась і при бактеріоскопічному дослідженні мазків. Відсоток виявлення найпростіших у виділеннях жінок становив 12,2 ± 2,4 %, а в чоловічих мазках – 8,5 ± 2,0 %.

Було визначено, що більше ніж половина пацієнтів були інфіковані трихомонадами у вигляді моноінфекції. Цей показник досяг 51,1 ± 5,2 %. Також було проаналізовано кількість сателітних інфекцій, оскільки добре відомо, що трихомонади здатні виконувати резервуарну функцію, що дає змогу паразиту формувати своєрідні «депо дремаючої інфекції», поглинаючи різні бактерії та зберігаючи їх у активному стані [2]. Аналіз показав, що відсоток хворих, у яких одночасно з трихомонадною виявлено хламідійну інфекцію, становив 18,5 ± 4,0 %. Різні види умовно-патогенної мікрофлори (УПМ) виявлено у 30,4 ± 4,8 % пацієнтів, у яких основним чинником запальних процесів була протозойна інвазія. Видовий склад УПМ буде розглянуто нижче. Також у 9 обстежених пацієнтів даної популяційної групи було діагностовано наявність мікоплазмової інфекції, але відсоток є незначним для нашого дослідження, тому що мікоплазми як додаток до асоціації трихомонад з іншими наявними інфекціями були знайдені лише у двох осіб.

Внаслідок отримання достатньо високих показників наявності трихомонадної інвазії серед обстежених пацієнтів був здійснений розподіл хворих по групах за віком для отримання інформації з епідеміології

розповсюдження інфекції. Вікові групи складено таким чином, щоб до них увійшли особи приблизно з однаковим сімейним станом. Так, переважна кількість неодружених чоловіків була віком 17–25 років, а жінок – 18–30 років. У другій групі більшість пацієнтів перебувала у шлюбі, вік чоловіків був обраний у діапазоні від 26 до 40 років, а жінок від 30 до 45. Третю групу обстежених складено з осіб більш старшого віку, а саме чоловіків старше 41 року, жінок – 45. У нижченаведеній діаграмі (рис. 1) показано дані виявлення збудника у порівняльному аспекті між чоловіками та жінками різного віку.

Із представлених діаграм помітно деякі гендерні та вікові відмінності захворюваності на трихомонадну інфекцію. При визначенні статеві структури хворих на трихомоніаз за досліджений період відзначалась явна перевага осіб жіночої статі у першій групі. Наявна інфекція спостерігалась у 30,4 ± 4,8 % обстежених жінок, тоді як відсоток хворих чоловіків віком до 25 років становив лише 3,1 ± 1,7 %. На наш погляд, показники відрізнялися так суттєво внаслідок того, що у даній роботі дослідження проводилось серед категорій хворих з маломаніфестними, торпідними формами хронічних захворювань, а оскільки когорта обстежених юнаків даного віку відрізняється максимальною статевою активністю, то для них більш притаманні гострі фази захворювання. У жінок наявність інвазії виявлялася значно частіше, ніж у чоловіків, що було пов'язане з дещо більш вираженою симптоматикою захворювання, яка змушує їх активніше звертатися по спеціалізовану допомогу, хоча для меншої частини обстежених жінок відзначався клінічно субманіфестний та асимптомний перебіг захворювань з мінімальною кількістю скарг, переважно на незначні виділення у вигляді білей.

Взагалі, з урахуванням зібраного анамнезу, показники частоти генітальних інфекцій переважно залежать від реалізації поглядів молоді на статеvu поведінку. У другій групі показники виявлення трихомонад відрізнялись від вищерозглянутої. По-перше, було відмічено збільшення частоти випадків трихомонозу у чоловіків, які зросли до 24,7 ± 4,4 %. По-друге,

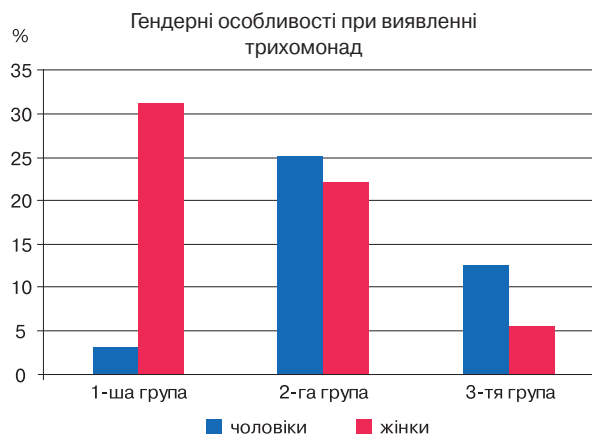


Рис. 1. Вікова структура пацієнтів з виявленим урогенітальним трихомоніазом.

у обстежених жінок виявлена тенденція до незначного зниження рівня інфікування. Слід підкреслити, що в даній групі переважна кількість пацієнтів мали триваліший період розвитку інфекції з хронізацією процесу. Цілком можливе припущення щодо частішого звернення осіб чоловічої статі по лікарську допомогу за рахунок появи скарг у частини пацієнтів на статеві розлади, оскільки добре відомо, що хронічний перебіг захворювання може призвести до появи простатичної дисфункції. Внаслідок цих обставин зросла кількість відвідувань лікаря і, відповідно, кількість діагностованої інфекції. У третій групі обстежених зниження частоти діагностування збудника спостерігалось як у жінок, так і в чоловіків і знизилось до $12,4 \pm 3,3$ % серед пацієнтів чоловічої статі та до $5,4 \pm 2,4$ % жіночої. Таким чином, отримані дані дають змогу зробити попередній висновок щодо необхідності моніторингу інфекції з позицій дрібних соціальних груп – осіб окремого віку та статі.

Наступний аналіз результатів обстеження пацієнтів проведено з урахуванням нозологічних форм захворювань. За результатами досліджень було проведено аналіз верифікації трихомозу у хворих з різними клінічними діагнозами, оскільки досліджені групи пацієнтів мали спектр нозологічних форм захворювань. Встановлено, що кількість виявлених позитивних результатів відрізнялася між хворими при запальних процесах різної локалізації з розходженнями у відсотковому співвідношенні. У таблиці представлено розподіл груп дослідженого контингенту хворих з різною патологією в залежності від клінічного діагнозу з визначенням позитивних результатів.

В результаті аналізу отриманих даних помітно, що в пацієнтів чоловічої статі вищий відсоток позитивних результатів ($48,1 \pm 9,6$ %) спостерігався у хворих з хронічним простатитом (середній вік 30,1 року). Привернув увагу вік обстежених чоловіків з цим

діагнозом у зв'язку з тим, що хоча віковий діапазон був від 20 до 80 років, переважну кількість хворих цієї групи склали пацієнти, які пройшли тридцятирічний рубіж. Даний факт підкреслює загрозу так званого трихомонадоносійства, коли хворі з маломаніфестним перебігом трихомозу не мають уяви про наявність у них інфекції, а збудник продовжує розвиватися. Отриманий показник демонструє високу інфікованість даного контингенту і свідчить про необхідність своєчасного обстеження та лікування.

У чоловіків з хронічним уретритом відсоток знаходження був нижчим і становив $37,1 \pm 5,8$ %. Достатньо високий, приблизно однаковий процент визначено у жінок з хронічним ендocerвіцитом та хронічним аднекситом, показники виявлення збудників досягали 60 %. Настільки широка розповсюдженість інфекції у цих групах має неабияке значення з урахуванням сексуально активного та репродуктивного періоду життя хворих, середній вік яких становив 29,5 року при аднекситах та 29,9 року – при ендocerвіцитах. Також високий показник спостерігався у групі жінок з хронічним циститом – $56,3 \pm 12,4$ %.

Слід зазначити, що у групі, складеної з жінок більш старшого віку, середньовікове число становило 45,2 року, а віковий діапазон був вельми широким – від 22 до 80. Показник інфікованості групи, у яку об'єднано жінок з ерозією шийки матки, вульвовагінітами, кольпітами, не є вірогідним внаслідок невеликої кількості обстежених. Таким чином, високий показник наявності інфекції у групі обстежених ($48,7 \pm 3,6$ %) свідчить про необхідність вчасної діагностики інфекції для запобігання появі ускладнень у хворих.

Нижче розглядаються дані, що демонструють видовий склад УПМ, яка виявлена як асоціанти *T. vaginalis*. Переважну кількість вилучених мікроорганізмів представляли різні види стрептококів та стафілококів, а меншу частку – представники інших родів. Оскільки спостерігались відмінності і процентних, і видових показників між чоловіками та жінками, то результати розглянуто окремо. На рисунку 2 наведено розподіл мікрофлори за результатами бактеріологічних досліджень 34 жінок ($36,9 \pm 5,0$ %), у яких було вилучено штами УПМ у високих ступенях колонізації.

З діаграми помітно, що провідне місце серед ізольованих штамів бактерій когорти обстежених посіли стрептококи, дещо нижчим виявився відсоток виявлення стафілококів, при цьому питома вага деяких видів була вищою, ніж інших. Серед стрептококів, що зустрічалися у даній групі, були представники трьох видів. Лідуючі позиції стрептококової компоненти посіли *Streptococcus mitis* та *Streptococcus mutans* (26,3 % та 14,7 % відповідно), а стафілококової – *Staphylococcus haemolyticus* (17,6 %), дещо нижчим виявився відсоток виявлення *Staphylococcus warneri* (11,8 %). Достатньо високим процентом виявлення відзначилася *Escherichia coli*, показник досяг 11,8 %. У частини жінок (5,9 %) було вилучено

| Таблиця Результати обстеження хворих у залежності від діагнозу | | | | |
|---|-------|------------------|----------------------------------|--------------|
| Клінічний діагноз | Стать | Кількість хворих | Кількість позитивних результатів | |
| | | | Абс. | % ± m |
| Хронічний уретрит | Чол. | 70 | 26 | 37,1 ± 5,8% |
| Хронічний простатит | Чол. | 27 | 13 | 48,1 ± 9,6% |
| Хронічний ендocerвіцит | Жін. | 48 | 29 | 60,4 ± 7,1% |
| Хронічний цистит | Жін. | 16 | 9 | 56,3 ± 12,4% |
| Хронічний аднексит | Жін. | 20 | 12 | 60,0 ± 10,9% |
| Інші (ерозія шийки матки, вульвовагініт, кольпіт) | Жін. | 8 | 3 | 37,5 ± 17,1% |
| Усього | | 189 | 92 | 48,7 ± 3,6% |

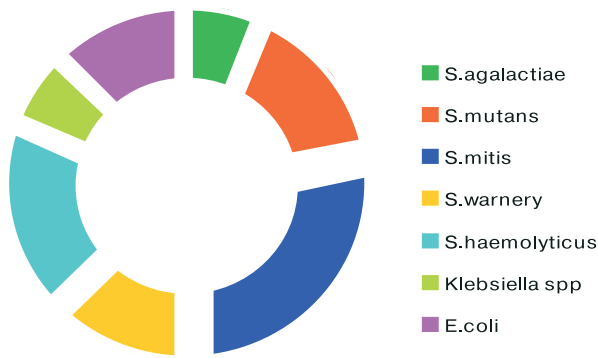


Рис. 2. Структура видового складу мікроорганізмів, ізолюваних від жінок

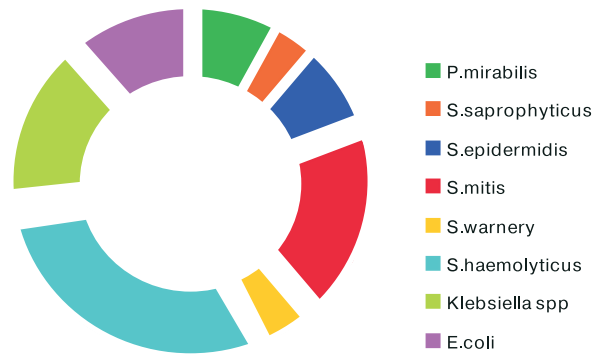


Рис. 3. Структура видового складу мікроорганізмів, ізолюваних від чоловіків

Klebsiella spp., мікроорганізм, який має достатньо виражені патогенні властивості та є непритаманним для данного біотопу.

За результатами бактеріологічних досліджень чоловіків, отримані результати мікробного складу сечостатевого біоценозу 41 хворого (42,3±5,0 %) дещо відрізнялися від результатів, отриманих у жінок, і представлені на рисунку 3.

Лідуюче положення серед ізолюваних мікроорганізмів посів *S. haemolyticus* (19,5 %), а на другій ранговій позиції виявився представник роду стрептококів – *S. mitis* (12,2 %). Відмічено, що стрептококова компонента біоценозу серед чоловіків була представлена лише одним видом та була нижчою у процентному співвідношенні, ніж у жінок. Вищий процент виявлення у чоловіків у порівнянні з жіночою групою був у *Klebsiella spp.*, показник досяг майже 10 %. Зате ізоляти *E. coli* було отримано у меншій частині чоловіків порівняно з жінками – 7,3 %. На відміну від жіночої групи, у чоловічій було знайдено представника ентеробактерій – *Proteus mirabilis* (4,9 %). З урахуванням тієї обставини, що цей мікроорганізм не повинен перебувати у данному біотопі, то навіть такий низький відсоток виявлення можна вважати вартим уваги.

При обстеженні 19 пар в 10 родин було верифіковано діагноз трихомонадної інфекції. В 7 парах трихомонади були знайдені як у чоловіка, так і у дружини,

в 3 парах – лише в одного партнера. З урахуванням нозологічних форм, подружжя розподілилися наступним чином. Лише 7 пар звернулися до лікаря у зв'язку з основним діагнозом запальних процесів уретри та цервікального каналу без супутніх ускладнень. Переважна кількість пацієнтів мала ознаки інших нозологій, відзначались простатити у чоловіків, аднексити у жінок, переважно ускладнення спостерігались у обох партнерів.

Таким чином, з представлених даних помітно, що трихомонадна інфекція на сьогодні продовжує посідати провідні позиції за розповсюдженістю і являє собою загрозу здоров'ю як молодих людей, так і більш зрілих, призводячи внаслідок інвазії до зсувів колонізаційної резистентності біотопу та появи ускладнень, що зумовлюють порушення репродуктивної, статеві та сечовидільної функцій організму людини.

Висновки

В результаті проведених досліджень встановлено деякі гендерні та вікові відмінності розповсюдженості трихомонадної інфекції. Вікові показники захворюваності свідчать про переважне розповсюдження трихомонад серед жінок у групі віком 18–30 років, а серед чоловіків – 26–40 років, що свідчить про необхідність моніторингу інфекції з позицій дрібних соціальних груп – осіб окремого віку та статі.

Список літератури

1. Андрейчев В.В. Дисбиотические нарушения микрофлоры в репродуктивном тракте у мужчин с хроническим трихомониазом [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / В.В. Андрейчев. – Челябинск, 2011. – 156 с.
2. Горчаков Д.А. Патогенетические особенности урогенитального трихомониаза в гендерном аспекте [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Д.А. Горчаков. Саратов, 2014. – 134 с.
3. Инфекции в акушерстве и гинекологии [Текст] / Под ред. О.В. Макарова, В.А. Алешкина, Т.Н. Савченко. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 464 с.
4. Кисина В. Урогенитальный трихомониаз: современный взгляд на проблему [Текст] / В. Кисина, В. Вавилов, А. Гушин // Врач. – 2010. – № 1. – С. 18–20.
5. Опыт применения местных средств в лечении урогенитального трихомониаза [Текст] / Г.М. Бондаренко, Ю.В. Щербаклова, И.Н. Никитенко [и др.] // Репродуктивная эндокринология. – 2014. – № 2 (16). – С. 49–55.
6. Приказ № 535 «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования,

References

1. Andreychev VV. Disbioticheskie narusheniya mikroflory v reproduktivnom trakte u muzhchin s hronicheskim trichomoniazom (Dysbacterious disturbances of microflora in urogenital tract of men with chronic trichomonosis). Chelyabinsk; 2011. 156 p.
2. Gorchakov DA. Patogeneticheskie osobennosti urogenitalnogo trichomoniazom v gendernom aspekte (Pathogeny peculiarity of urogenital trichomonosis in gender aspect). Saratov; 2014. 134 p.
3. Makarov OV, Alyoshkin VA, Savchenko TN. Infektsii v akusherstve i ginekologii (The infections in obstetrics and gynecology). Moscow: MEDpress-inform; 2007. 464 p.
4. Kisina V, Vavilov V, Guschin A. Urogenitalniy trichomoniaz: sovremenniy vzglyad na problemu (Urogenital trichomonosis: present view to the problem). Vrach. 2010;1:18-20.
5. Bondarenko GM, Scherbakova YuV, Nikitenko IN, et al. Opyt primeneniya mestnykh sredstv v lechenii urogenitalnogo trichomonozom (Application experience of local agents in the treatment of urogenital trichomonosis). Reprodukivnaya endokrinologiya. 2014;2(16):49-55.

применяемых в клинко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений» [Текст] / МЗ СССР. 22.04.1985.

7. Состояние микрофлоры урогенитального тракта у половых партнеров при хроническом мочеполювом трихомониазе (обзор литературы) [текст]. / Н.А. Неронова, Е.В. Симонова, Е.А. Жигалова [и др.] // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – № 3 (85), часть 1. – С. 135–140.

8. Global Epidemiology of Sexually Transmitted Diseases [Text] / A. Mindel, D. Dwyer, B. Uerring [et al.] // Sex Transm Dis. – 2013. <http://doi.org>.

9. Harp D.F. Trichomoniasis: evaluation to execution [Text] / D.F. Harp, I. Chowdhury // Eur J Obstetrics & Gynecol and Reproduct Biol. – 2011. – Vol. 157. – P. 3–9.

10. Prevalence of Trichomonas Vaginalis, Mycoplasma genitalium and Ureaplasma urealyticum in men with urethritis attending an urban sexual health clinic [Text] / N. Knatib, C. Bradbury, V. Chalker [et al.] // Int. J. STD AIDS. – 2014. – Vol. 55, N 4. – P. 332–336.

11. Trichomonas vaginalis prevalence, incidence, risk factors and antibiotic-resistance in an adolescent population [Text] / J.W. Krashin, E.H. Koumans, A.C. Bradshaw-Sydnor [et al.] // Sex Transm. Dis. – 2010. – Vol. 37 (7). – P. 440–444.

12. Van Der Pol B. Clinical and laboratory testing for Trichomonas vaginalis infection [Text] / B. Van Der Pol // J. Clin. Microbiol. – 2016. – Vol. 54. – P. 7–12.

6. MZ SSSR (22.04.1985) Prikaz № 535 «Ob unifikatsii mikrobiologicheskikh (bakteriologicheskikh) metodov issledovaniya, primenyaemih v kliniko-diagnosticheskikh laboratoriyah lecheno-profilakticheskikh uchrezhdeniy» (Order № 535 of Ministry of health protection of USSR from 22.04.85. «About unification of microbiological (bacteriological) investigation method, applied in clinical-diagnostic laboratory of treatment-and-prophylactic establishments»).

7. Neronova NA, Simonova EV, Zhigalova EA, et al. Sostoyanie mikroflory urogenitalnogo trakta u polovoyh partnerov pri khronicheskom mochepolovom trichomoniazе (obzor literatury) (Urogenital tract microflora condition in the sexual partners with chronic urogenital trichomonosis (review). Bulletin VSNTS SO RAMN. 2012;3(85)1:135-140.

8. Mindel A, Dwyer D, Uerring B, et al. Global Epidemiology of Sexually Transmitted Diseases. Sex Transm Dis; 2013. <http://dr.doi.org>.

9. Harp DF, Chowdhury I. Trichomoniasis: evaluation to execution. Eur J Obstetrics & Gynecol Reproduct Biol. 2011;157:3-9.

10. Knatib N, Bradbury C, Chalker V, et al. Prevalence of Trichomonas Vaginalis, Mycoplasma genitalium and Ureaplasma urealyticum in men with urethritis attending an urban sexual health clinic. Int. J. STD AIDS. 2014;55(4):332-336.

11. Krashin JW, Koumans EH, Bradshaw-Sydnor AC, et al. Trichomonas vaginalis prevalence, incidence, risk factors and antibiotic-resistance in an adolescent population. Sex Transm Dis. 2010;37(7):440-444.

12. Van Der Pol B. Clinical and laboratory testing for Trichomonas vaginalis infection. J. Clin. Microbiol. 2016;54:7-12.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКИХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОТОЗОЙНОЙ ИНВАЗИИ *TRICHOMONAS VAGINALIS*

С.К. Джораева, В.В. Гончаренко, С.В. Унучко, Г.М. Беляев, Н.В. Соболев, О.В. Щеголева, А.Р. Бабута

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Резюме

В настоящее время наблюдается тенденция к возрастанию хронических слабоманифестных форм воспалительных заболеваний мочеполовых путей со стертой симптоматикой, что и определяет актуальность проблемы. Целью работы выбрано оценку распространенности трихомонадной и ассоциированных инфекций среди больных, имеющих исключительно хронические воспалительные заболевания с вялым течением, с учетом гендерных и возрастных особенностей. Обследовано 189 больных в возрасте от 17 до 80 лет. В результате проведенных исследований диагноз трихомоноза был верифицирован у 48,7 ± 3,6 % первичных пациентов. Среди данной когорты обследованных преимущественное распространение трихомонад выявлено среди женщин в возрасте 18–30 лет, а среди мужчин – 26–40 лет, что свидетельствует о необходимости мониторинга инфекции с позиции мелких социальных групп – лиц отдельного возраста и пола.

Ключевые слова: хронические воспалительные заболевания мочеполового тракта, трихомонадная инвазия, ассоциированные инфекции, лабораторная диагностика.

CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL ASPEKTS OF CHRONIC UROGENITAL DISEASIS WITH PROTOZOAL INVASION *TRICHOMONAS VAGINALIS*

S.K. Dzhoraeva, V.V. Goncharenko, S.V. Unuchko, H.M. Biliaiev, N.V. Sobol, O.V. Schegolyeva, A.R. Babuta

SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»

Abstract

The increase of chronic slight-manifested forms of inflammatory urogenital tract diseases determines the problem actuality. The aim of this investigation to assess the prevalence of trichomonas and associated infections among the patients suffering only from chronic inflammatory diseases with flaccid course in consideration of the gendered and ageing peculiarity. It was examined the 189 patients in age from 17 to 80 years. The trichomonosis diagnosis was verified for the 48,7 % patients as the result of the investigations. The primary prevalence of trichomonas was detected among the women of 18–30 years and the man 26–40 years. It is indicated about the infection monitoring necessary on the basis of the small social groups - the persons of private age and sex.

Key words: chronic inflammatory urogenital tract diseases, invasion of trichomonas, associated infections, laboratory diagnostic.

Відомості про авторів:

Джораєва Світлана Карьягдівна – канд. мед. наук, зав. лаб. мікробіології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». E-mail: sjoraeva@i.ua

Гончаренко Валентина Василівна – канд. мед. наук, н. с. лаб. мікробіології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Унучко Сергій Васильович – канд. мед. наук, н. с. відділення ІПСШ ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Соболев Наталя Володимирівна – лікар-бактеріолог бак. відділу КДЛ ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Щоголева Олена Володимирівна – м.н.с. лаб. мікробіології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Бабута Анастасія Романівна – лаборант лаб. мікробіології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Біляев Георгій Митрофанович – д-р мед. наук, лікар-консультант ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»