

ВПЛИВ ВІКУ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ. ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У НЕМОЛОДИХ ПЕРШОРОДІЛЬ

Львівський Національний медичний університет ім. Данила Галицького

ВПЛИВ ВІКУ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ. ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У НЕМОЛОДИХ ПЕРШОРОДІЛЬ – Проведено клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у немолодих першороділь та у групи контролю – вагітних жінок віком до 27 років з фізіологічним перебігом вагітності. Підсумовуючи опрацьований матеріал, можна зробити висновок, що вік першороділь вагітних жінок є одним із факторів, який впливає на ускладнення перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду. Подані дані про особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у немолодих першороділь вказують на доцільність поглибленого вивчення функції фетоплацентарного комплексу у таких вагітних жінок з метою подальшого опрацювання рекомендацій для вдосконалення лікувально-профілактичних заходів, тактики ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду.

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У НЕМОЛОДЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ – Проведен клініко-статистичний аналіз течення вагітності, родов та послеродового періоду у немолодих первородящих і у групи контролю – вагітних жінок в віці до 27 років з фізіологічним перебігом вагітності. За результатами опрацьованого матеріалу можна зробити висновок, що вік первородящих вагітних жінок – фактор, який впливає на ускладнення течення вагітності, родов та послеродового періоду. Дані результати об'єднують вагітність, родов та послеродового періоду у немолодих первородящих вказують на доцільність поглибленого вивчення функції фетоплацентарного комплексу у таких вагітних жінок з метою подальшого опрацювання рекомендацій для удосконалення лікувально-профілактичних заходів, тактики ведення вагітності, родов та послеродового періоду.

INFLUENCE OF AGE ON REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMAN. COURSE OF THE PREGNANCY, DELIVERY, AND POSTNATAL PERIOD IN LATE-BIRTH PRIMIPARAS – Clinical and statistical analysis of the pregnancy, delivery, and postnatal period in late-birth primiparas and the control group consisting of pregnant women, aged 27, having physiological pregnancy period was carried out. According to the results obtained from the data processed, can be a conclusion made that the age of primiparas is the factor that results in complications of pregnancy, delivery, and postnatal period course. The data concerning the peculiarities of the pregnancy, delivery and postnatal period course show the importance of the in-depth study of the function of fetoplacental complex in such pregnant women with the purpose of further development of recommendations for improving treatment and preventive measures, as well as managing tactics of pregnancy, delivery and postnatal period.

Ключові слова : немолоді першороділі, вагітність, пологи, післяпологовий період.

Ключевые слова: молодые первородящие, беременность, роды, послеродовый период.

Key words: late-birth primiparas, the pregnancy, delivery, postnatal period.

ВСТУП. Значне місце в структурі перинатальної захворюваності займає вік першороділь, який відносять до постійних несприятливих факторів. Останніми роками багато науковців вивчають особливості перебігу вагітності та пологів у період становлення та вікового зниження репродуктивної функції жінки [8]. На думку багатьох вітчизняних і зарубіжних авторів у вагітних жінок старших вікових груп переважають порушення плацентарної системи, які зустрічаються значно частіше, ніж у жінок з фізіологічним перебігом вагітності у віці від 9 до 26 років [2]. Останніми роками спостерігається збільшення кількості немолодих першороділь. З одного боку це зумовлено соціальними факторами впливу на цю вікову категорію жінок, а з іншого – велике значення мають вікові фізіологічні особливості та супровідна патологія. До соціальних факторів, які формують дану групу першороділь, можна віднести пізні одруження, бажання мати матеріальну незалежність; нестабільне соціальне забезпечення. До фізіологічних факторів належать: порушення менструального циклу; морфо-функціо-

нальні особливості цієї вікової категорії першороділь; первинне непліддя; екстра-генітальна патологія. Числені дослідження [8] показали, що у віці від 31 до 40 років, у гістоструктурі тканини матки, як у першороділь, так і у жінок які вже народжували з'являються різні ознаки склеротичних змін. В ендометрії нарастає кількість колагенових волокон, отвори маткових залоз стають вужчими, місцями вони цілком облітеруються. Стінки судин, особливо базального прошарку, піддаються склерозу. У міометрії відбувається розростання сполучної тканини, стають більш вираженими сполучнотканинні прошарки між м'язовими пучками. У віці від 41 до 50 років склероклеротичні зміни в тканині матки прогресивно на-ростають. Прошарок ендометрію виснажується. Аргірофільні структури колагенізуються, розпадаються, переважають колагенові волокна. Кількість маткових ендометріальних залоз зменшується, багато з них спустошуються або кістозно розширюються. Артерії потовщуються, у базальному прошарку спостерігаються виражені процеси склерозування судин. У м'язовому шарі матки переважає сполучна тканина, яка стає більш щільною за рахунок розвитку в ній колагенових волокон і зменшення кількості волокон еластичної та аргірофільної структури.

Таким чином, вікові зміни гістоструктури матки жінок старшого віку створюють патологічний фон для розвитку порушень в системі мати-плацента-плід. На підставі статистичних матеріалів і клінічних спостережень встановлено, що в жінок старше 35 років затримка внутрішньоутробного розвитку плода спостерігається в 33,0 % випадків, загроза переривання вагітності у 28,6 % випадків, викидні у 12,0 % , передчасні пологи у 16,7 % випадків, внаслідок порушень плацентарної системи. Всі ці показники значно вищі, ніж у загальній популяції. Для інволютивних процесів характерна гетерохронність старіння окремих органів та систем. Найбільш вразлива для цих процесів система імунітету. Зниження імунологічної реактивності починається невдовзі після досягнення організмом статевої зрілості, тоді коли не проявляються вікові зміни функцій інших систем. Послаблення імунологічного контролю супроводжується зниженням толерантності до інфекційних процесів.

Із віком спостерігають перебудову ендокринної та центральної нервової систем у вигляді гальмування метаболізму медіаторів та гормонів, що за принципом зворотного зв'язку викликає розлади їх секреції гормонів та медіаторів. Наростаючі нейроендокринні розлади, запрограмовані процесом старіння призводять до подальшої дисфункції органів та систем [1]. Відбувається зниження інтенсивності окисно-відновних процесів внаслідок гіпоксії, зумовленої як судинним, так і гемічним факторами. У процесі онтогенезу в людини відбувається ступеневе збільшення концентрації гонадотропних гормонів у крові [11]. Концентрація статевих гормонів максимально збільшується до середини репродуктивного періоду, після чого починається її поступове зменшення. Із віком у жінок відбувається поступове підвищення порогу чутливості гіпоталаму-шишкоподібного комплексу до інгібуючої дії естрогенів, спостерігають послаблення механізму зворотного зв'язку до вікового підвищення секреції гонадотропінів, що помітно збільшується між 20 – 27 та 28 – 39 роками. Процес біологічного старіння репродуктивної системи реалізується відтворенням у змінах на рівні гормон-рецепторної взаємодії. Кількість рецепторів-естрогенів у матці, гіпоталамусі, шишкоподібному тілі, щитоподібній залозі, корі головного мозку знижується, порушується процес транслокації гормон-реце-

пторних комплексів, зменшується ядерна акумуляція естроген-рецепторних комплексів у матці. Вікові зміни організму жінки мають характерну морфологічну картину. Відповідно до віку змінюється розмір, форма, маса та будова яєчників. Максимальної маси яєчники досягають у віці від 20 до 27 років, потім починається прогресуюче зменшення їх розмірів, що особливо помітно після 40 років. У цьому віці відбуваються склеротичні зміни яєчничкової тканини. Щитоподібна залоза, безпосередньо впливаючи на регуляцію репродуктивної системи, також починає зменшуватися після 27 років, втрачаючи свою біологічну активність. Виявлено значне зростання продукції ЛГ після 27 років з одночасним зниженням біосинтезу ТТГ, естрогену, естріолу та інсуліну, а також особливо різке зниження рівня секретії прогестерону. Таким чином, період повної статевої зрілості (20 – 27 років) поступово переходить у стадію виснаження, яка характерна для процесів старіння. Розлад гормональної регуляції на рівні гіпоталамус-шишкоподібна-щитоподібна залоза-яєчники, а також зміни "якості" статевих клітин у жінок 27 років і старше веде до атрезії фолікулів, що виявляється зменшенням кількості вагітностей у цей період життя.

Таким чином, вік має прямий або опосередкований вплив на репродуктивне здоров'я жінки, що безпосередньо буде проявлятися певними особливостями чи можливими ускладненнями перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ З метою вивчення особливостей перебігу вагітності та родів у немолодих першороділь нами було проведено комплексне дослідження 248 вагітних жінок. Обстежених вагітних жінок спостерігали під час вагітності, під час пологів та у післяпологовому періоді.

Вік обстежених жінок, лімітований групами обстежень, коливався в межах від 20 до 40 років. Контрольну групу складала практично здорові вагітні жінки до 25-річного віку з середнім віковим показником (22,70±0,23) роки. У групу А (першороділі старшого віку 27-35р.) увійшли вагітні, середній вік яких склав (30,87±0,14) років, дана група розділена за підгрупами: I підгрупа – клінічно здорові, які пізно вступили в шлюб, одинокі, їх новонароджені; II підгрупа – з обтяженим гінекологічним соматичним анамнезом їх новонароджені; III підгрупа – свідомо не планували вагітності, з гінекологічною патологією, їх новонароджені. Група В представлена першороділля, середній вік яких склав (36,55±0,46) років, тобто старшими, дана група розділена за такими підгрупами: I – клінічно здорові, які пізно вступили в шлюб, одинокі, їх новонароджені; II – з обтяженим гінекологічним і соматичним анамнезом, їх новонароджені; III – свідомо не планували вагітності, з гінекологічною патологією, їх новонароджені.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ У перебігу даної вагітності найбільш частим ускладненням була загроза переривання вагітності (таблиця 1.). Це ускладнення спостерігалось у 38,46 і 48,0 % вагітних груп А і В, відповідно. Необхідно зазначити, що частота ускладнень вагітності у немолодих першороділь залежала від наявності соматичної і гінекологічної патології та суттєво відрізнялась від показників контрольної групи. В групах із соматичною та гінекологічною патологією у немолодих першороділь виявлено збільшення частоти ускладнень вагітності в 3 і більше разів порівняно з контролем та групою здорових першороділь, причому чим тяжча патологія, тим частіше розвивались ускладнення вагітностей.

Таблиця 1. Ускладнення перебігу даної вагітності обстежених вагітних жінок

Групи обстежених жінок	n	Загроза переривання вагітності		Гестози				Анемія вагітних		Перебіг вагітності			
				ранній		пізній				ускладнений		неускладнений	
		К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%
Контрольна	68	13	19,11	9	13,23	8	11,76	9	13,23	37	54,41	31	45,59
Група А першороділі (27-33 р.)	130	50	38,46	13	13,08	47	36,15	34	26,15	114	87,69	16	12,31
I	34	7	20,59	3	8,82	4	11,76	5	14,70	20	58,82	14	41,18
II	54	25	46,30	6	17,65	29	53,70	19	35,18	53	98,18	1	1,75
III	42	18	42,85	4	11,76	14	33,33	10	23,81	41	97,62	1	2,38
Група В першороділі (34 і старші)	50	24	48,00	4	8,00	22	44,00	14	28,00	45	90,00	5	10,00
I	14	3	21,43	1	7,14	3	21,43	3	21,43	11	78,57	3	21,43
II	19	13	68,42	2	10,53	12	63,16	7	36,84	18	94,74	1	5,26
III	17	8	47,06	1	7,14	7	41,18	4	23,53	16	94,18	1	5,82

У групі жінок із соматичною патологією загрозу переривання вагітності зафіксовано у 1,5 раза частіше, ніж у вагітних з гінекологічною патологією і в 3 рази частіше, ніж в групі здорових першороділь та групі контролю (p<0,05). Преєклампсія під час вагітності спостерігалась удвічі частіше у жінок з гінекологічною і втричі частіше у вагітних із соматичною патологією, порівняно зі здоровими немолодими першороділлями та контролем (p<0,05). Анемія вагітних, як ускладнення даної вагітності, спостерігалась за частоті однаково в обох основних групах (26,15 і 28,0 %) і рідше в групі здорових (14,7 %) та контролю (13,23 %) p<(0,05). Таким чином, частота і характер ускладнень вагітності у першороділь різних вікових груп були у загальному зіставленні при вираженій тенденції до збільшення частоти розвитку загрози переривання вагітності, а також гестозів, особливо в підгрупах із соматичною та гінекологічною патологією.

Структура оперативних втручань, які виконувались в обстежених вагітних жінок, представлені в таблиці 2. Досить частим оперативним втручанням слід вважати кесарів розтин. Якщо у групі контролю оперативному розродженню підлягало 5,88 % роділь, то серед жінок від 27 до 33 років частота кесаревого розтину зросла вдвічі, у немолодих першороділь, особливо в підгрупі жінок з соматичною патологією, практично у 4 рази p<(0,05). Порівняльний аналіз показав до проведення активної оперативної тактики у цих жінок підтвердив, що основними причинами в групі контролю і здорових вагітних першороділь були аномалії розташування плода і невідповідність розмірів плода із розмірами таза матері. В групах А і В, крім перерахованих причин, превалювали екстрагенітальні та гінекологічні захворювання, зумовлені патологією плода та безпосередньо загрозили для життя матері. Серед немолодих першо-

Таблиця 2. Частота та вид оперативних втручань серед обстежених груп вагітних жінок

Групи обстежених жінок	n	Ручне втручання в порожнину матки		Кесарів розтин		Ампутація, екстирпація матки	
		к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%
Контрольна	68	3	4,41	4	5,88	-	-
Група А першороділлі (27-33 р.)	130	9	6,92	15	11,54	2	1,54
I	34	2	5,88	3	8,82	-	-
II	54	4	7,41	7	12,96	2	3,70
III	42	3	7,14	5	11,90	-	-
Група В першороділлі (34 і старше)	50	5	10,00	8	15,00	2	4,00
I	14	1	7,14	1	7,14	-	-
II	19	5	15,79	4	21,05	2	10,52
III	17	1	5,88	3	15,79	-	-

роділь у спектрі показань до оперативного розродження досить часто був висновок – немолода першороділлія. Згідно з акушерською тактикою, ці жінки були віднесені до групи високого ризику для самостійного розродження. На частоту проведення такої маніпуляції як ручне відділення плаценти та виділення посліду також впливають обтяжений акушерський та гінекологічний анамнез. Так, у жінок групи А і В із соматичною та гінекологічною патологією дана операція проводилась майже удвічі частіше, ніж у здорових немолодих першороділь контрольної групи. Родопосилення проводилось у 9,7 % випадків. У роділь у віці 34 роки і

старше частота родопосилення збільшилась у 2,6 раза ($p < 0,05$), що підкреслює присутність вікової дисгармонії, яка формує пусковий механізм до розвитку фетоплацентарної недостатності. Операції з приводу профузних маткових кровотеч з необхідністю ампутації та екстирпації матки були епізодичними, що не дозволяє інтерпритувати ці дані. Тривалість пологів характеризувалась тенденцією до збільшення її у групах немолодих першороділь (табл. 3.). Слід зазначити, що вірогідне ($p < 0,05$) збільшення тривалості пологів спостерігалось у вагітних жінок із соматичною та гінекологічною патологією.

Таблиця 3. Тривалість пологів (год) у обстежених групах вагітних жінок

Групи обстежених жінок	n	Тривалість періодів пологів (год)			Загальна тривалість пологів	P
		I	II	III		
Контрольна	68	7,76±0,38	0,19±0,08	0,10±0,003	8,23±0,37	
Група А першороділлі (27-33 р.)	130	8,53±0,83	0,22±0,013	0,16±0,06	9,05±0,88	<0,05
I	34	7,85±0,47	0,20±0,009	0,10±0,002	8,25±0,57	
II	54	9,17±1,22	0,26±0,02	0,28±0,17	9,69±1,28	
III	42	8,57±0,81	0,20±0,01	0,11±0,01	9,22±0,80	
Група В першороділлі (34 і старші)	50	8,55±0,85	0,24±0,01	0,17±0,058	9,07±0,86	<0,05
I	14	7,88±0,49	0,21±0,01	0,11±0,003	8,27±0,49	
II	19	9,19±1,23	0,29±0,02	0,28±0,16	9,70±1,29	
III	17	8,67±0,82	0,22±0,01	0,11±0,01	9,25±0,81	

Примітка. P – вірогідність відмінностей між основною та контрольною групами.

При аналізі даних об'єму крововтрати виявлено, що ці показники не виходили за межі фізіологічних коливань об'єму крововтрати у всіх обстежених групах вагітних жінок. Спектр ускладнень в пологах показаний у таблиці 4. Як видно із таблиці, найчастішим ускладненням у всіх обстежених було несвоєчасне відходження навколоплідних вод. Так, у групах немолодих першороділь ця патологія зустрічалась майже у 2 рази частіше, ніж у контрольній групі (23,85, 26,0 і 13,32 %, відповідно). При цьому у здорових першороділь старше 27 років частота несвоєчасного відходження навколоплідних вод суттєво не відрізнялась від контрольної групи, тоді як у жінок з гінекологічною та соматичною патологією ця частота у 2,5 і 3 рази перевищувала аналогічний показник групи контролю. Частота передчасних плодів залежала від тяжкості екстрагенітальної та гінекологічної патології, а також від порушення функції фетоплацентарної системи. Незважаючи на планові профілактичні мікроприємства, більше ніж у третині всіх обстежених вагітних жінок спостерігались ознаки гіпоксії плода різного ступеня тяжкості, що очевидно пов'язане із некомпенсованими явищами у функціональ-

ному стані плаценти. Найбільш частим ускладненням в пологах була загроза розриву промежини, яка спостерігалась більше ніж у третини всіх обстежених жінок, що було пов'язане із зниженням еластичності тканин промежини. У післяпологовому періоді у жінок контрольної групи не виявлялися ознаки інфекційно-запальних ускладнень. В групі А частота цього ускладнення становила 4,8 %, а в групі В – 5,4 %, причому післяпологові інфекційно-запальні ускладнення спостерігали у вагітних жінок із соматичною та гінекологічною патологією.

Висновки Підсумовуючи опрацьований матеріал, можна зробити висновок, що вік першороділь є одним із факторів, який впливає на ускладнення перебігу вагітності, пологів та перебіг післяпологового періоду.

Подані дані про особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у немолодих першороділь вказують на доцільність поглибленого вивчення функції фетоплацентарного комплексу у таких вагітних жінок з метою подальшого опрацювання рекомендацій для вдосконалення лікувально-профілактичних заходів, тактики ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Література

1. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска. – М.: Медицина, 1989. – 656с.
2. Беременность и роды у первородящих женщин старшего возраста / Рудюк М.П., Жученко П.Г., Сытник. И.А., Шамрай П.Ф. – К.: Здоров'я, 1975. – 160 с.
3. Гасанова Р.П. Особенности гормональной функции плаценты у первородящих различных возрастных групп с угрозой прерывания беременности // Вестн. Росс. Ассоц. Акуш. – 2000.-№6. – С. 46 – 48.
4. Дуда В.И., Дуда В. И., Дуда И.В. Патологическое акушерство. – Минск: Высшая школа. – 2001. – С.319 – 323.5. Каюпова Н.А. Критерии выделения групп риска акушерских осложнений у беременных // акушерство и гинекология. – 1992. - №1. – С.5 – 8.
6. Лизогуб В.С. Функциональная подвижность нервных процессов у лиц зрелого и пожилого возраста // Проблемы старіння і доглядання. – 1998. – №4. – С. 355-360.

7. Ошуркевич О.Е. Программированные роды у пожилых первородящих. Авт. дисс. канд. мед. наук. 14.00.01.- К., 1990. – 18с.
8. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. Избранные лекции по акушерству и гинекологии.- Ростов - на -Дону: Феникс. – 2000. – С.62– 76.
9. Чернуха Е.А. Родовой блок.-М.: Триада-Х, 1999. – 533с.
10. Sival D.A. Studies on fetal motor behavior in normal and complicated pregnancies // Early Hum. Dev. – 1993. –V.34, №12. – P.13 – 20.
11. Vercellini P., Zuliani G., Rognoni M. Pregnancy at forty and over: a case control study // Europ. J. Obstet. Gynecol.-1993.-V.48,№3.-P.191-194.
12. Curry M.A., Perrin N., Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women // Obst. Gyn.- 1998.-V.92,№4.- P. 530-534.
13. Gant N.F., Cunnigam F.G. Basic Gynecology and Obstetrics.- Appleton & Lange.- Norwalk, Connecticut / San Mateo , California, 1993.-472p.

Струк В.Ф.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ТРИХОМОНОЗОМ ТА ПІЕЛОНЕФРИТОМ ВАГІТНИХ

Івано-Франківська державна медична академія

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ТРИХОМОНОЗОМ ТА ПІЕЛОНЕФРИТОМ ВАГІТНИХ – На основі обстеження 80 вагітних з трихомонозом та 50 вагітних з нормоценозом піхви встановлений взаємозв'язок між трихомонозом та піелонефритом вагітних. Виявлено, що трихомоноз є фактором ризику виникнення гострого піелонефриту вагітних, а вагітних з трихомонозом необхідно відносити до групи ризику з виникнення гострого піелонефриту вагітних.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТРИХОМОНОЗОМ И ПИЕЛОНЕФРИТОМ БЕРЕМЕННЫХ – На основании обследования 80 беременных с трихомонозом и 50 беременных с нормоценозом влагалища установлена взаимосвязь между трихомонозом и пиелонефритом беременных. Установлено, что трихомоноз представляет собой фактор риска возникновения острого пиелонефрита беременных, а беременных с трихомонадной инфекцией необходимо относить к группе риска по возникновению острого пиелонефрита беременных.

MUTUAL CONNECTION BETWEEN TRICHOMONOSIS AND PYELONEPHRITIS OF PREGNANT WOMEN – It was found out the mutual connection between trichomonosis and pyelonephritis of pregnant women basing on the investigation of 80 pregnant women with trichomonosis and 50 ones with normocenosis of vagina. It was revealed that trichomonosis is the risk factor and the cause of occurrence of acute pielonephritis of pregnant women. The pregnant women with trichomonosis must be referred to the risk group according to the origin of acute pielonephritis of pregnant women.

Ключові слова: трихомоноз, піелонефрит вагітних, нормоценоз піхви.

Ключевые слова: трихомоноз, пиелонефрит беременных, нормоценоз влагалища.

Key words: trichomonosis, pyelonephritis of pregnant women, normocenosis of vagina.

ВСТУП Одними з найбільш поширених інфекційних захворювань жіночої статеві сфери є бактеріальний вагіноз, уrogenітальний кандидоз і трихомоноз. Дані Стенфордського університету показують наступний розподіл нозологій, які складають поняття „вагініти”: бактеріальний вагіноз – 50 %, трихомоноз – 25 %, кандидоз – 25 %. Трихомоноз є одним з найбільш поширених захворювань сечостатевого тракту і займає перше місце серед уrogenітальних захворювань, що передаються статевим шляхом. На трихомоноз щорічно хворіють 170 млн людей. Актуальність проблеми зумовлена не тільки значним поширенням, небезпекою для здоров'я хворої людини, але і важкими наслідками у вигляді ускладнень, які можуть бути причиною безпліддя, патології вагітності, пологів, новонародженого, дитячої смертності неповноцінного потомства і т.д. Захворювання однаково часто вражає як жінок, так і чоловіків. У дівчаток трихомонадна інвазія зустрічається рідко [2,5].

Збудником сечостатевого трихомонозу є піхвова трихомонада, вона належить до найпростіших, класу джгутикових, роду трихомонад і є одноклітинним організмом, що пристосувався в ході еволюції до життя в органах сечостатевої системи. Завдяки рухам джгутиків і коливанню ундулюючої мембрани, трихомонада здійснює поштовхоподібні, обертальні рухи. Розмноження її відбувається шляхом простого поперечного поділу. Уrogenітальна трихомонада була вперше описана в 1836 р. паризьким лікарем Donne, котрий виявив її у виділеннях із піхви у жінок хворих на гонорею та сифіліс і дав їй назву “піхвова трихомонада”. Цим терміном користуються до сьогодні [2,5,6].

Піелонефрит вагітних – інфекційно-запальний процес з переважанням ураженням інтерстиціальної тканини правої нирки, каналцевого апарату і стінок та стінок чашковидної системи. Гострий піелонефрит вагітних, як правило, виникає у вагітних молодого віку у терміни 20–28 тижнів. Він зустрічається у 6-8 % вагітних. В основному піелонефрит викликається умовно-патогенними мікроорганізмами. Майже у 20 % випадків безсимптомна бактеріурія вагітних призводить до гострого піелонефриту. У числі причин називають дилатацію і зниження тонуусу сечоводів, частіше правого, везикоуретральний рефлюкс та інші. Локалізація джерела інфікування може бути різною – як у сечовій, так і статевій системах. При піелонефриті вагітних має місце висока частота переривання вагітності (до 20 %), ранніх гестозів, анемії і пізнього гестозу [1,3,4,6].

Як трихомоноз, так і піелонефрит вагітних негативно впливають на репродуктивну функцію жінки, перебіг вагітності та стан плода і новонародженого. У доступній нам літературі ми не знайшли даних про частоту гострого піелонефриту вагітних у жінок, що хворіють на трихомоноз. Враховуючи все вищесказане, ми вирішили встановити чи існує взаємозв'язок між трихомонозом і гострим піелонефритом вагітних.

Мета дослідження – встановити чи існує взаємозв'язок між трихомонозом і гострим піелонефритом вагітних. Дослідження носило характер проспективного.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Нами обстежено 130 вагітних, які були розподілені на дві групи. Першу групу склали 80 вагітних з трихомонозом, а другу групу – 50 вагітних з нормоценозом піхви. Середній вік вагітних у 1-й групі був (22±1,4) років, а у 2-й групі – (23± 1,5) років. Кількість першовагітних і повторновагітних, а також першороділь і повторнороділь у групах була однаковою. Кожній вагітній